



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA

“PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE PARA USUARIOS DE MARIHUANA
DEL CENTRO DE PREVENCIÓN EN ADICIONES DR. HÉCTOR AYALA VELÁZQUEZ
(CEPREA), APLICADO EN EL CENTRO DE INTERNAMIENTO PARA ADOLESCENTES
(CIPA) DEL ESTADO DE HIDALGO”

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
HERNÁNDEZ LAZCANO JORGE JAIR

DIRECTORA:
DRA. GARCÍA MERAZ MELISSA

PACHUCA, HGO.

2013

Agradecimientos

En estas líneas no tendré el espacio ni las palabras suficientes o adecuadas para agradecer a las personas que me han apoyado en mi formación como persona y como futuro profesional.

Sin embargo, deseo agradecer en primer lugar a mis padres, de quienes me siento orgulloso de ser su hijo, por haberme dado la vida y apoyarme en las buenas y en las malas. De igual forma a mi hermana, con quien sé que puedo contar a pesar de las diferencias.

De mi familia tengo mucho que agradecerles a mis tíos y primos, con quienes he contado en mi estancia en Pachuca; en especial a mi tía Teresa por su confianza. De igual forma, a mi tía Fabiana por su apoyo incondicional y el cariño que me ha brindado.

De igual manera, le agradezco a quienes me apoyaron para la realización de mi formación profesional y sobre todo de la tesis. En primer lugar a la doctora Melissa por confiar en mí, pero sobre todo por su paciencia. También les agradezco a las psicólogas del CIPA, de las cuales aprendí bastante mientras fui prestatario en el centro, pero sobre todo a la psicóloga Mónica por apoyarme a la realización de la intervención. Le agradezco de igual forma a la doctora Silvia, directora del CEPREA por confiar en mí, siendo un desconocido, para llevar a cabo la aplicación del programa.

Quiero agradecerles a todas esas personitas que me han acompañado a lo largo de la carrera y que ahora puedo llamar amigos, de quienes no diré nombres para no omitir a ninguno. Quizás con algunos conviví más que con otros, sin embargo, pasé con ustedes muchas cosas raras, divertidas, risas, lágrimas y de todo ello les agradezco.

Una disculpa si llegado a este momento me olvidé de alguien, pues no fue mi intención. Por último, pero no menos importante, quiero agradecerle a esas personas —ya sean mencionadas arriba o no— que a pesar de todo han confiado en mí, incluso en momentos en los que yo dejé de hacerlo.

Gracias

Índice

Abstract	1
Resumen	2
Introducción	3
Capítulo I. La Marihuana: definiciones e historia	
Definiciones.....	6
Consumo de marihuana.....	7
Ley de salud: aspectos legales.....	10
Drogas y cultura: Del rechazo a la cultura popular.....	11
Debate actual sobre la marihuana.....	12
Familia como factor de protección o riesgo de consumo de marihuana.....	13
Relación familia-dependiente.....	14
Amigos como factor de riesgo en el consumo.....	14
Capítulo II. Menores infractores	
Breve esbozo histórico del menor infractor.....	16
En México.....	16
Concepto actual.....	17
Infractores en México y en Pachuca.....	17
Consumo en México y menores infractores.....	18
Capítulo III. Intervenciones breves para el consumo de marihuana hoy en día	
Enfoques psicológicos para realizar una intervención con consumidores de drogas.....	19
A nivel internacional.....	21

Intervenciones con enfoque cognitivo conductual para reducir el uso de cannabis.....	21
En México.....	25
Método IV.....	27
Resultados V.....	51
Discusiones y conclusiones VI.....	127
Referencias Bibliográficas.....	132
Anexos	137

Índice de tablas

Tabla 1. Datos sobre el consumo de droga en los participantes.....	52
Tabla 2. Resultados totales de los participantes en las pruebas de la sesión admisión.....	61
Tabla 3. Registro de la Línea Base Retrospectiva (LIBARE) de los participantes antes de entrar al CIPA.....	63
Tabla 4. Resultados de los participantes en la actividad 1 “Mitos de la Marihuana” y actividad 2 “Realidades de la Marihuana”.....	69
Tabla 5. Resultados de la actividad 3 “Consecuencias por el consumo de la marihuana”, Pregunta: Consecuencias positivas.....	70
Tabla 6. Resultados de la actividad 3 “Consecuencias por el consumo de marihuana”, Pregunta: Consecuencias negativas.....	71
Tabla 7. Resultados de la actividad 4 “Consecuencias por el consumo de la marihuana” (2).....	72
Tabla 8. Resultados del ejercicio 1A “Decisión de cambio”, Pregunta: ventajas de dejar de consumir.....	75
Tabla 9. Resultados del ejercicio 1A “Decisión de cambio”, Pregunta: Ventajas de continuar con el consumo.....	76
Tabla 10. Resultados del ejercicio 1A “Decisión de cambio”, Pregunta: Desventajas de continuar el consumo.....	77

Tabla 11. Resultados del ejercicio 1A “Decisión de cambio”, Pregunta: Desventajas de continuar el consumo.....	78
Tabla 12. Resultados del ejercicio 1B “Razones para cambiar”.....	79
Tabla 13. Resultados del ejercicio 1 “Situaciones en las que has consumido marihuana”, Pregunta: Situaciones de consumo.....	83
Tabla 14. Resultados del ejercicio 1 “Situaciones en las que has consumido marihuana”, Pregunta: Disparadores.....	84
Tabla 15. Resultados del ejercicio 1 “Situaciones en las que has consumido marihuana”, Pregunta: Consecuencias inmediatas.....	85
Tabla 16. Resultados del ejercicio 1 “Situaciones en las que has consumido marihuana”, Pregunta: Consecuencias demoradas.....	86
Tabla 17. Resultados del ejercicio “Opciones, consecuencias y planes de acción”, Pregunta: Situaciones de consumo.....	89
Tabla 18. Resultados del ejercicio 1 del “Folleto Prevención de recaídas”, Pregunta: Planes de acción.....	93
Tabla 19. Resultados de la Línea Base Retrospectiva (LIBARE) de la sesión 1 de post-test, al mes de la intervención.....	102
Tabla 20. Resultados de la Línea Base Retrospectiva (LIBARE) de la sesión 2 de post-test, a los 3 meses de la intervención.....	106
Tabla 21. Comparativos de la Línea Base Retrospectiva (LIBARE).....	112

Tabla 22. Problemas asociados al consumo de drogas.....	137
Tabla 23. Consumo anterior.....	138
Tabla 24. Tratamientos, salario gastado y abstinencia.....	139

Índice de figuras

Figura 1. Tipo de estudio utilizado en la intervención.....	32
Figura 2. Descripción de las fases de la Intervención en Usuarios de Marihuana.....	34
Figura 3. Descripción de las fases de la Intervención en Usuarios de Marihuana.....	35
Figura 4. Formato de la entrevista inicial del Programa de Intervención Breve Para Usuarios de Marihuana del CEPREA.....	36
Figura 5. Sub escala de repetición de dígitos.....	37
Figura 6. Sub escala de símbolos y dígitos.....	37
Figura 7. Inventario de Beck de depresión.....	38
Figura 8. Inventario de Beck de ansiedad.....	38
Figura 9. Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD).....	39
Figura 10. Actividad 1. Mitos sobre la marihuana.....	40
Figura 11. Actividad 2. Realidades sobre la marihuana.....	40
Figura 12. Imagen de la Línea Base Retrospectiva (LIBARE) del Programa de Intervención Breve del CEPREA.....	43

Figura 13. Formato de las preguntas del Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS), UNAM, 2012) del Programa de Intervención Breve Para Usuarios de Marihuana del CEPREA.....	44
Figura 14. Ejemplo del Inventario de Situaciones de Consumo de Droga (ICSD).....	46
Figura 15. Descripción de los participantes.....	48
Figura 16. Descripción de los padres participantes.....	49
Figura 17. Primer droga y droga de impacto de los participantes, resultado de la entrevista.....	53
Figura 18. Importancia de dejar de consumer.....	54
Figura 19. Autopercepción del consumo como problema.....	54
Figura 20. Seguridad de dejar de consumir.....	55
Figura 21. Edad en que se convirtió en un problema el consumo.....	55
Figura 22. Puntaje de los participantes en la sub escala de dígitos.....	56
Figura 23. Puntaje de los participantes en la sub escala de símbolos y dígitos.....	57
Figura 24. Puntaje de los participantes en el inventario de depresión de Beck.....	58

Figura 25. Puntaje de los participantes en el inventario de ansiedad de Beck.....	59
Figura 26. Puntaje de los participantes en el Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD).....	60
Figura 27. Resultado del Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS) en los participantes.....	64
Figura 28. Promedio del Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS) en los 7 participantes.....	65
Figura 29. Puntaje Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD) en los participantes.....	66
Figura 30. Promedio del inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ICSD) en los 7 participantes.....	67
Figura 31. Pensamientos sobre consumo de los participantes en la sesión 1.....	73
Figura 32. Resultados en los Niveles de importancia y confianza para cumplir la meta.....	80
Figura 33. Pensamientos sobre consumo de los participantes en la sesión 3...	87
Figura 34. Pensamientos sobre consumo de los participantes en la sesión 4...	91
Figura 35. Pensamientos sobre consumo de los participantes en la sesión 5....	94
Figura 36. Niveles de importancia y confianza de lograr la meta.....	96

Figura 37. Pensamientos sobre consumo de los participantes en la sesión 6....	97
Figura 38. Percepción de la calidad de vida.....	99
Figura 39. Percepción de consumo los últimos 6 meses.....	100
Figura 40. Técnicas o estrategias utilizadas después de la intervención.....	101
Figura 41. Resultados del Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS) en la sesión 1 del post-test, al mes de la intervención.....	103
Figura 42. Promedio del Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS) de la sesión 1 de post-test, al mes de la intervención.....	104
Figura 43. Nivel de satisfacción en la calidad de vida.....	107
Figura 44. Percepción de consumo en los últimos meses.....	108
Figura 45. Técnicas y estrategias utilizadas después del intervención.....	109
Figura 46. Resultados del Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS) en la sesión 2 del post-test, a los 3 meses de la intervención.....	110
Figura 47. Promedio en el Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS) en la sesión de seguimiento a los 3 meses de la intervención.....	111
Figura 48. Relación de la importancia de cumplir la meta en la sesión 2 y en la sesión 6.....	113
Figura 49. Relación del nivel de confianza de consumo entre la sesión 2 y la sesión 6 de la intervención.....	114

Figura 50. Relación de los puntajes del Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS) en el pre-test y la primera sesión del post-test.....	115
Figura 51. Relación de los puntajes del Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS) del pre-test y las dos sesiones de seguimiento.....	116
Figura 52. Resultado significativo de la situación de riesgo: Presión social.....	117
Figura 53. Porcentaje del nivel de participación y compromiso de los padres de los participantes en la sesión 1.....	119
Figura 54. Porcentaje del nivel de participación y compromiso de los padres de los participantes en la sesión 2.....	121
Figura 55. Porcentaje del nivel de participación y compromiso de los padres de los participantes en la sesión 3.....	123
Figura 56. Porcentaje del nivel de participación y compromiso de los padres de los participantes en la sesión 4.....	125
Figura 57. Porcentaje de participación y compromiso por parte de los padres de los participantes en las 4 sesiones.....	126

Abstract

To determine the efficacy of a behavioral-cognitive intervention program for marihuana consumers and their parents a pre-experimental study was conducted. We used a validate program from UNAM called: *Programa de Intervención Breve Para Usuarios de Marihuana*. The program has as main objective to reduce the marihuana consumption. The intervention program was divided into pre-test, intervention and post-test, besides parental intervention. Furthermore, the program consists of 14 sessions: 2 for pre-test, 6 for behavioral cognitive intervention, pointed out psychoeducational aspects, and 2 for post-test. Finally, 4 sessions were dedicated to their parents. The marihuana consumption —depend variable— was measure through two tests (LIBARE retrospective consumption line and self-efficacy measure through Situational Confidence Inventory CCS). The intervention —independent variable— was structured into 6 behavioral cognitive intervention sessions. Participants were selected from general CIPA population. In this intervention participates 7 adolescents that are, at that moment, in reclusion (CIPA). The average age of the group was 17.4 years old (min=16, Max=18). Only 5 parents from the group participate in the second part of the intervention. We found that during the post-test assessment, six participant increased their trust in avoid situations of marihuana consumption. Freidman K samples paired test was conducted in order to find statistical significance in the factor of the Situational Confidence Inventory; results show that only Social Influences area had statistical differences between groups condition. Meanwhile, 3 participants indicated that follow with the consumption in the post-test time. 4 participants extinguish their consumption. These results indicated that the intervention program had a significant effect over the marihuana consumers. Some of their verbalizations indicated that friends are a high risk factor for consumptions meanwhile parents are a protective one.

Keywords: Behavioral-cognitive intervention, Marihuana consumption, Teenagers, Self-efficacy.

Resumen

Se llevó a cabo un estudio experimental para determinar la eficacia de un programa de intervención de corte cognitivo conductual para consumidores de marihuana y sus padres. Se utilizó el programa de la UNAM, Programa de Intervención Breve Para Usuarios de Marihuana, cuyo objetivo principal es reducir el consumo de marihuana. De manera general, se divide en pre-test, intervención para el consumo de marihuana y el post-test con seguimiento, además de intervención con los padres. Consta de 14 sesiones: 2 de pre-test, 6 de intervención cognitivo-conductual y 2 de post-test; por último, 4 sesiones se dedican al trabajo con padres. Las variables dependientes; consumo de marihuana y autoeficacia para evitar el consumo fueron medidas con pruebas (LIBARE: Línea Base Retrospectiva y el CCS: cuestionario Breve de Confianza Situacional). La intervención de corte cognitivo-conductual y psicoeducativa — variable independiente— se estructuró en 6 sesiones. Los participantes fueron seleccionados de la población general en internamiento. Participaron 7 menores de edad que se encuentran en el Centro de Internamiento Para Adolescentes (CIPA). Media de edad de 17.4 años, en un rango de 16 a 18 años. Respecto al trabajo con padres participaron N=5. En el post-test, 6 de los participantes manifestaron un aumento en la confianza situacional, así mismo, se encontró que el factor Presión Social obtuvo puntajes estadísticamente significativos entre el pre-test y las sesiones de Con referencia al consumo de marihuana, tres participantes continuaron con el consumiéndolo (de acuerdo al post-test) y 4 lograron extinguir su consumo. Estos resultados indican que el programa de intervención tuvo un efecto positivo, ya que poco más de la mitad de los participantes eliminó el consumo de marihuana. De forma notoria en diversas verbalizaciones, los participantes indicaron que son sus amigos son un alto factor de riesgo para el consumo, mientras que la familia es un factor protector.

Palabras clave: Intervención cognitivo-conductual, manejo de consumo de marihuana, adolescentes, autoeficacia.

Introducción

“El consumir marihuana es bueno”, “la marihuana no causa ningún tipo de daño”, son el tipo de creencias que suelen tener los jóvenes acerca de la marihuana e, incluso, como lo mencionan Calafat, Amengual, Farrés, Mejías y Borrás (2003 en Bulla, 2010), puede ser considerada una droga no nociva o tolerable; sin embargo, diversos estudios (Vélez, Borja & Ostrosky-Solís 2010) muestran que el uso de la marihuana provoca deterioro en las capacidades cognitivas, sobre todo en lo que se refiere a la memoria y el aprendizaje.

Además de los daños cognitivos, los jóvenes consumidores de marihuana pueden sufrir problemas de índole social, desde el mismo encasillamiento que se le hace a la persona, con connotaciones como “drogodependiente” (Bilbao, 2003). Otra forma de separación social se da cuando el sujeto consumidor de marihuana es llevado a centros de readaptación social, debido a que ha cometido “conductas tipificadas en el Código Penal” bajo los efectos de la marihuana (Reyes & González, 2010; p. 1045), como lo muestra la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (E. N. A., Villatoro-Velázquez, et al. 2011), con respecto a menores en tutelares del país o incluso es recluido por su posesión de la misma (Bilbao, 2003).

En la E. N. A. 2011 se reporta que de 30 Consejos Tutelares, estudiados en el país, un 68 % de la población de internos refieren consumir algún tipo de droga. De aquellas consumidas destaca en primer lugar la marihuana con un 35 % de los casos. De igual forma, un 24.3 % refirieron haber cometido el delito bajo la influencia de alguna droga (Villatoro-Velázquez, et al. 2011).

Por otra parte, los Servicios Médicos Forenses (SEMEFO) reportan que en un 24.4 % de las muertes ocurridas de manera violenta o súbita, las personas estaban bajo los influjos de alguna droga (Villatoro-Velázquez, et al. 2011).

En cuanto a los procesos de internamiento por los que son recluidos los menores cuando comenten algún delito, es importante resaltar que los menores han comenzado a entrar al campo laboral a edades más tempranas, con lo cual se anticipa también que cometerán delitos a edades más tempranas (García, 2007)

Ahora bien, desde que al menor se le considera infractor no recibe la educación que necesita todo sujeto a esa edad, y queda al cuidado de instituciones punitivas a cargo de procesos jurídicos y no de instancias educativas. A pesar de que estos sistemas pueden tener programas educativos en su interior, éstos son deficientes para las necesidades de los menores (Reyes & González, 2010). Es así, que los centros han pasado a ser centros al cuidado de menores en tratamiento (enfermos), en vez de menores en formación (Reyes, 2008).

Otro aspecto negativo que tienen dichos centros es que, al ser ambientes punitivos, están llenos de injusticias y trato inhumano hacia el menor. Como sugiere Reyes (2010), lugares en donde, en lugar de haber custodios, debería de haber especialistas como maestros, trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras, entre otros especialistas de la salud y la educación, que ayuden a la educación de forma holística de los menores y a erradicar conductas antisociales por medio del aprendizaje de nuevas conductas.

Un indicador psicosocial importante para los menores consumidores es sin duda la familia (García-Aurrecochea, Díaz-Guerrero, Reyes-Lagunes, Medina-Mora, Andrade-Palos & Reidl, 2006). La cual ofrece factores de protección para no consumir cuando satisface las necesidades de éxito y respeto del consumidor, pero también cuando establece normas y límites (Hawkins, Catalano & Miller, 1992; Munist, Santos, Kotliarenko, Suárez, Infante & Grotberg, 1998; Pérez & Mejía, 1998 en García-Aurrecochea, et al. 2006); o bien, un factor de riesgo cuando ofrece agresiones al individuo (Rodríguez-Kuri, 2004 en García-Aurrecochea, et al 2006). Ahora bien, la relación establecida en una familia donde uno de sus miembros es dependiente es denominada codependencia; en la cual la familia mantiene un patrón de dependencia hacia la persona con conducta adictiva (Delgado & Pérez, 2004).

En el caso de las intervenciones hacia consumidores de marihuana que se han dado en el país se puede decir que existe muy poca evidencia acerca de su efectividad. Más aún si nos enfocamos en aquellos consumidores que se encuentran en situación de internamiento y sus familias. En el caso Centro de Prevención en Adicciones Dr. Héctor Ayala Velázquez (CEPREA) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) se trabaja con un

Programa Breve Para Usuarios de Marihuana, el cual consta de dos sesiones de evaluación, 6 sesiones de intervención, con una sesión extra opcional y 4 sesiones de seguimiento; así como 4 sesiones con los padres de los usuarios o participantes.

Es así, que el presente reporte de tesis se realiza con el fin de conocer y mejorar la condición de los adolescentes consumidores de marihuana recluidos en el Centro de Internamiento para Adolescentes del Estado de Hidalgo (CIPA), por medio de la aplicación del *Programa de Intervención Breve Para Usuarios de Marihuana*.

La presente investigación tiene los siguientes capítulos:

Capítulo 1 La marihuana: Se habla sobre la marihuana, sus consecuencias sobre la salud del consumidor, así como la prohibición de esta droga. De igual forma, se analiza a la familia como factor protector de consumo y a los amigos como factor de riesgo.

Capítulo 2 Menores infractores: Se analiza al menor infractor de forma histórica a nivel internacional y en nuestro país, su concepto actual y datos estadísticos en México y Pachuca.

Capítulo 3 Intervenciones para el consumo de marihuana hoy en día: En este capítulo se describen Intervenciones cognitivo conductuales para extinguir el consumo de marihuana y/o drogas; tanto en México como a nivel internacional.

Capítulo 4 Método: Se plantean los pasos sistemáticos utilizados durante la intervención.

Capítulo 5 Resultados: En este capítulo se presentan los resultados obtenidos durante la investigación.

Capítulo 6 Discusión: Se analizan los resultados obtenidos de la investigación con respecto a la lectura reportada en el marco teórico.

Capítulo I. La Marihuana: definiciones e historia

Definiciones

La Real Academia Española define a la marihuana como:

1. “f. Cáñamo índico, cuyas hojas, fumadas como tabaco, producen trastornos físicos y mentales” (RAE, 2011 en la red).

Por otra parte, el Instituto Nacional de Salud en Estados Unidos (*National Institute of Health, NIH* por sus siglas en inglés) define a la marihuana como:

Una mezcla café verdosa de hojas, tallos, semillas y flores secas y picadas de la planta de cáñamo, *Cannabis sativa*. Su forma más concentrada y resinosa se llama hachís y cuando está en forma de líquido negro y pegajoso se conoce como aceite de hachís. La principal sustancia psicoactiva (que altera la mente) en la marihuana es el delta-9-tetrahidrocannabinol o THC (NIH en la red, 2013).

Mientras que, *Medline Plus* (2013) —empresa que se encuentra al servicio de dicho Instituto en Estados Unidos— agrega sobre el uso de dicha sustancia:

Que el abuso de la marihuana puede resultar en problemas de la memoria, el aprendizaje y el comportamiento social. A largo plazo, puede conducir a problemas como el cáncer de pulmón y un aumento del riesgo de infecciones. Puede interferir con la familia, la escuela, el trabajo y otras actividades. Se están realizando estudios científicos para probar la seguridad y la utilidad de los componentes del cannabis en el tratamiento de algunos cuadros clínicos.

Ahora bien, otro concepto que será usado a lo largo del presente documento es el de droga; el cual, el Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC, 2013) define bajo las siguientes pautas:

- Que, introducidas en un organismo vivo, son capaces de alterar una o varias de las funciones psíquicas de éste.
- Inducen a las personas que las toman a repetir su auto-administración, por el placer que generan.
- No tienen ninguna indicación médica y, si la tienen, pueden utilizarse con fines no terapéuticos.

Dadas las definiciones de droga y marihuana, se hace necesario un breve recuento de la historia del uso de la marihuana. Esto con el objetivo de dar cuenta de los patrones históricos que regulan el consumo de las drogas.

Consumo de la marihuana

El uso de droga en las sociedades es un fenómeno continuo y no aislado. Sin embargo, la forma en la que cada sociedad le confiere determinada estructura es el que le da características especiales de acuerdo al tiempo y espacio de dicha sociedad. Dicho lo anterior, es importante resaltar como en las sociedades occidentales se tiende a resaltar las capacidades patógenas que tienen las drogas sobre el individuo (Bilbao, 2003).

Ahora bien, en lo que se refiere al uso de la marihuana o *cannabis sativa* la situación no es diferente. Su uso es un fenómeno continuo que tiene sus orígenes en Asia Central; donde ya se usaba en la producción de una fibra muy resistente y que se ha expandido a sociedades occidentales. Esta expansión se dio tanto por dicha fibra como por su consumo debido a su efecto psicoactivo, gracias a los alcaloides que contiene (Franchi, 2005).

Sin embargo, como nos dice Bilbao (2003), el uso de las drogas es diferente en las sociedades antiguas y en las actuales:

Podemos decir, que en nuestra cultura, los desórdenes étnicos característicos son fundamentalmente trastornos de control de impulsos: trastornos de la alimentación, trastornos relacionados con sustancias, etc. Si bien es de amplia difusión el hecho de que, ya en culturas muy antiguas se puede comprobar que existía consumo de sustancias, este consumo se daba en inserto en un marco ritual que lo controlaba, impidiendo que adquiriera las

actuales características de compulsión. La estructuración cultural que predomina en el consumo de sustancias que observamos en nuestra sociedad, difiere ampliamente del consumo conocido por sociedades pre-industriales (p.39).

Se puede resaltar que en la prohibición del uso de la marihuana, así como en las demás drogas, interviene la forma en la que el individuo maneja y asimila la información que le es dada a partir de los otros individuos y las interacciones sociales con los mismos (Alvarado & Garrido 2003; Moscovici 1963 en Bulla, Vasquez, Güichá, Manrique-Abril & Ospina 2010).

De igual forma, es importante tomar en cuenta que el uso de una sustancia se ve afectado por lo que Linton denomina “modelos de conducta”: “el grupo indica al individuo que determinada practica no es permitida, al mismo tiempo que le deja claro –si desea realizarla- cuál es la manera en que debe hacerlo” (Bilbao, 2003, p. 37).

Es así, que al mismo tiempo que en la sociedad, el grupo de no consumidores ya tiene internalizada la forma de actuar con personas que consumen (Bilbao, 2003), los consumidores tienen prejuicios con respecto a las personas que no comparten el consumo de la sustancia, como personas cerradas, poco liberales y moralistas (Bulla, et al. 2010). Sin embargo, esta representación social puede ser modificada de acuerdo al grupo de pertenencia. Es así que un grupo de consumidores universitarios en Colombia reportan que antes de consumir, pensaban que el consumo de marihuana era nocivo. Pensamiento que cambia en el momento en que se vuelven consumidores (Bulla, et al. 2010).

Ahora bien, históricamente, su uso llegó a ser condenado en épocas como en el siglo XV. Durante el papado de Inocencio VIII, la iglesia prohibió el uso de la marihuana debido a su uso en rituales de brujería (Medina, s.f.).

En lo que concierne a la época moderna, es en Estados Unidos donde —bajo las ordenes de la burguesía blanca y debido a las demandas de igualdad— se crea el *Federal Bureau of Narcotics (FBN)*, liderada por Aslinger (Medina, s.f.; Sáenz, 2007). En dicha oficina se lleva a cabo una cruzada para desprestigiar a la marihuana; que iba desde historias sobre el uso de la misma por soldados de Villa en sus incursiones en Estados Unidos, el uso por parte de

músicos de jazz como Louis Armstrong, hasta datos sobre crímenes cometidos bajo el influjo de dicha sustancia (Medina, s.f.).

Sin embargo, debido a que dicha sustancia sólo era consumida en grupos minoritarios en Estados Unidos, tales como la gente de color y latinos, esta campaña no tuvo ningún éxito sino hasta que grupos de derecha comenzaron a hacer presión al gobierno, debido al reporte de jóvenes anglos que consumían marihuana. Es debido a esto, que en 1937 se aprueba en Estados Unidos, la *Marihuana Text Act*, que es la ley en la cual se criminaliza la venta de la marihuana como delito federal (Sáenz, 2007).

Esta legislación y la presión por parte de los Estados Unidos en países latinoamericanos para prohibir de igual forma la venta de la marihuana lo que llevó a su criminalización en América Latina. Es así que en 1937, Colombia decidió que la venta y cultivo de marihuana fueran catalogadas como “tráfico de drogas heroicas (derivadas de la heroína)”. Mientras tanto en México, funcionarios proponían ayuda en vez de penalización de los usuarios de marihuana. Mientras medios como el periódico *Excélsior* resaltaban los resultados patológicos por el uso de cannabis. Finalmente, y debido a la presión de Estados Unidos, México decidió reprimir a los consumidores por vías legales (Sáenz, 2007).

Sin embargo, y a pesar de las leyes con respecto a la marihuana, México es el principal productor de dicha droga con 47,590 Toneladas métricas (Tm) al año, seguido por Colombia y Jamaica con 1,500 Tm y 160 Tm, respectivamente. Mientras que Estados Unidos —a pesar de su legislación y a pesar de tener menor producción por medio de técnicas hidropónicas 6,000 Tm de marihuana— la produce con mayor concentración de sustancia activa (THC); al mismo tiempo que es la droga más consumida (Vélez, 2000).

En lo que respecta a Europa la legislación es diferente dependiendo del país, habiendo países como Suecia o Francia donde la portación de un cigarro de marihuana amerita cárcel. Mientras que las leyes en países como Holanda o Suiza, el consumir un porro de marihuana sólo amerita una sanción administrativa (Medina, s. f.).

Con respecto al resto del mundo, hay igual forma de diversidad en cuanto a la permisibilidad del consumo de marihuana, esto dependiendo de las leyes y costumbres locales de cada país. Existen países como Jamaica o

Marruecos con leyes poco severas al respecto, en contraste con la legislación de países como Francia o Estados Unidos (Medina, s. f.).

Ahora bien, a pesar de las prohibiciones que ha tenido, y aún hoy en día tiene, es una de las drogas ilegales de mayor consumo, como lo muestra la E. N. A. (Villatoro-Velázquez, et al. 2011). Dicha encuesta destaca a la marihuana como la droga ilegal más usada; con una prevalencia del 1.2 % de la población mexicana. De igual forma, el mismo nivel de consumo reporta Colombia, siendo la tercera sustancia más consumida, sólo después del alcohol y el tabaco (Manrique-Abril & Rivera 2008 en Bulla, et al. 2010).

Ley de salud: Aspectos legales

En lo que respecta al dispositivo policiaco-judicial, la ley en México —en sus reformas a la ley General de Salud del Código Penal Federal y del Código Federal de Procedimientos Penales en el Diario Oficial de la Federación (D. O. F., 2009) — indica que no se sancionará al consumidor de *cannabis* que porte una cantidad de 5 gramos o menos de dicha sustancia; siendo sometido a procesos legales por narcomenudeo quien porte una cantidad mayor a ésta.

Lo anterior puede deberse a lo que Bilbao (2003) describe como una forma de ver el fenómeno de la drogodependencia, confiriéndole responsabilidad sobre su propia persona al individuo que la consume y, sin embargo, culpando a los vendedores que dañan la salud de terceras personas. Es importante resaltar, que la prohibición de la marihuana, como de todo tipo de sustancia psicoactiva, no ha detenido la demanda de dichas sustancias, sino, más bien, incrementar su precio y fomentar la creación de grupos dedicados a la producción y distribución de dichas sustancias por la vía ilegal; sin importar los costos que esto conlleva (Vélez, 2000).

A pesar de este tipo de visiones sobre el fenómeno, se debe de resaltar que muchas de las campañas para prevenir y evitar el consumo de marihuana, tanto gubernamentales, como por parte de los medios de comunicación, son bajo visiones estereotipadas y bajo la cosmovisión de los no fumadores (Bulla, et al, 2010).

Drogas y cultura: Del rechazo a la cultura popular

Fuera de los medios tradicionales, se ha dado lo que ha sido denominado como *narcocultura* (Astorga, 1997; Córdova, 2005; Simonet, 2006; en Burgos, 2011; Valenzuela 2002), dicha cultura comienza con el término “narcotraficante” que tiene su origen en la prensa mexicana. El término hacía mención al tráfico de drogas narcóticas en los años cincuenta. Más tarde, en los años setenta, el término “narcotráfico” hace alusión al mercado de drogas ilícitas. Este término era parte tanto del lenguaje oficial, como no oficial. Más tarde, el término narco sería usado para un sinnúmero de etiquetas relativas al negocio ilícito de las drogas (Astorga, 2005).

Esta nueva cultura de lo “narco” o *narcocultura* tiene varias formas de expresión; entre ellas el narcocorrido (Burgos, 2011), así como nuevas formas de simbolismos adaptados a las creencias religiosas ya establecidas, como las católicas y la adopción de santos no oficiales, como La Santa Muerte o Jesús Malverde (Oleszkiewicz-Peralba, 2010).

Con respecto al narcocorrido, éste enaltece el contrabando de las drogas, formando y fortaleciendo ideales estereotipados de la vida de los narcotraficantes, así como actos violentos vinculados con dicho tráfico (Burgos, 2011). La censura al narcocorrido se ha llevado a cabo sin un apoyo científico que avale que los narcocorridos logran incrementar el narcotráfico y que sólo ha logrado darle un realce a dicha forma de expresión; debido a la censura parcial por evitar herir los intereses de productores, cadenas de televisión, etcétera (Astorga, 2005).

Como resultado de lo anterior se han creado nuevos ídolos representados en capos de la mafia; los cuales pueden mostrar vidas lujosas, valentía y éxito así como la evasión de la justicia. Lo anterior incluso con actos violentos (Simonett 2004 en Burgos, 2011).

Por otra parte, con respecto a la religión, debe mencionarse que debido al contacto cercano de los sicarios con la muerte se crea un vínculo con los primeros cristianos, los cuales tenían contacto cercano con sus difuntos (Oleszkiewicz-Peralba, 2010). Es importante resaltar que para el traficante, como para el consumidor, es más fácil aceptar la idea de una virgen misericordiosa a la cual venerar, que la de un Dios castigador (Franco 2002, en

Oleszkiewicz-Peralba, 2010). De igual forma, esto pasa con respecto a santos no reconocidos por la iglesia católica, como la Santa Muerte, Jesús Malverde o San Judas Tadeo, los cuales han tenido cierta transformación en cuanto a su veneración debido a su fusión con rituales prehispánicos, africanos y la aceptación y modificación popular (Michalick s.f. en Oleszkiewicz-Peralba, 2010). A esto se aúna la falta de justicia divina por parte de dios y, en cambio, justicia por parte de la muerte. Esta justicia se da tanto a ricos como a pobres, por ello, se le venera y busca su protección (Ballarin 2008 en Oleszkiewicz-Peralba, 2010).

Sin embargo, a pesar de que la religión católica no acepta oficialmente este tipo de santos, salvo la virgen de Guadalupe (Oleszkiewicz-Peralba, 2010), no se ha evitado que se sigan venerando; al mismo tiempo y al igual que la censura al narcocorrido, esto no ha disminuido, ni la violencia, ni el consumo de las drogas. Sin embargo, si ha creado una doble moral, como menciona Astorga (2005):

Sacerdotes de iglesia católica o miembros jerarquía que offician ceremonias de traficantes, reciben sus limosnas, bendicen sus casas... no son precisamente los mejor colocados para dar lección de moral a los creyentes (p. 159).

Debate actual sobre la marihuana

Hoy en día existen una serie de críticas a las políticas que prohíben y penan el uso y/o portación y/o venta de *cannabis sativa* o marihuana. Esto por una parte debido a que, si bien el consumo puede ocasionar que los usuarios tengan problemas de índole respiratorios, no se encuentra una correlación clara y definida sobre el uso de la marihuana y trastornos psiquiátricos como la psicosis. Es así, que estudios recientes tratan de analizar a sus antecesores tratando de quitar posibles sesgos en la investigación, como meros fenómenos causales. A esto se agrega que la población con psicosis no tiene relación estadística con la población consumidora de marihuana (IJDP, 2010).

Otra crítica a la ilegalidad de la marihuana parte del principio de que las naciones con sanciones más punitivas no presentan menor consumo de la sustancia. Incluso existen países como México, Canadá o Estados Unidos

donde, de mano de la prohibición, los brotes de violencia se dan debido a grupos criminales que trafican con la droga (IJDP, 2010).

A pesar de esta violencia generada por la prohibición de la *cannabis* —y gracias a cambios ideológicos con respecto al consumidor de marihuana— a partir de los años 60's en Estados Unidos cambió la creencia de que el consumidor era una persona potencialmente violenta. El consumo pasó de ser típico en grupos minoritarios, como los mexicanos, a grupos de adolescentes anglosajones consumidores. Es así que la creencia cambió de percibirla como una droga activadora a una droga que disminuía los impulsos agresivos en el consumidor (Himmelstein, 1983).

Otro fundamento por el cual se ha buscado dar un aspecto de legalidad a la marihuana ha sido debido a su posible uso medicinal, situación que desde los años 70's ha estado en discusión en el gobierno de los Estados Unidos. Diversos estudios han demostrado que el uso de la marihuana en pacientes que lo requieren ha sido beneficioso —por ejemplo pacientes con cáncer en tratamiento con quimioterapia, en los cuales disminuye efectos colaterales como vómitos, entre otros— (Zeese, 1999).

Por último, en países como Portugal y Holanda, con la despenalización de la droga, se redujo su consumo (IJDP, 2010).

Familia como factor de protección o riesgo de consumo de marihuana

Ahora bien, la familia es un factor que bien puede ser de riesgo para los menores para que cometan conductas antisociales e incluso delictivas, es así que menores expuestos a maltrato intrafamiliar, aprenden estas conductas sociales (Farrington, 1983 en Sanabria & Uribe, 2010). De igual forma, la familia puede ser un determinante para que el menor consuma drogas, en primer lugar si es que los familiares, sobre todo los padres tienen aceptación hacia el consumo de dichas sustancias. Es así, que la E. N. A. 2008 (Medina-Mora, Cravioto, Villatoro, Fleiz, Galván-Castillo & Tapia-Conyer). Señala que los jóvenes que tienen padres con tolerancia al uso de sustancias tienden a mayor probabilidad de consumo, con respecto a los hijos de padres poco tolerantes al respecto —con una porcentaje de probabilidad de consumo del 14

y del 3% respectivamente—. Otro factor que puede acercar a los menores a las drogas es el no tener un buen vínculo afectivo con los padres (Muñoz & Graña, 2001).

Pero es importante resaltar, que así como la familia puede ser un factor de riesgo hacia diferentes tipos de conductas como el consumo de sustancias cuando hay conflictos en el hogar (Otero, Mirón & Luengo, 1989, en Muñoz & Graña, 2001); también puede ser un factor de protección cuando en la familia pone reglas claras al menor y tiene supervisión parental adecuada (López & Rodríguez-Arias, 2010).

Relación familia-dependiente

Es importante resaltar que existen estudios que han encontrado que el 80% de las madres y el 67% de los padres de hijos con problemas de abuso de drogas, tienen ciertas psicopatologías que pueden tener relación con el uso de sustancia de sus hijos (Hodgins, et al. 2007, en Becoña, López, Míguez, Lorenzo & Fernández del Río 2009).

Por otra parte, el término con el cual se describe a la dependencia generada por parte de la familia hacia la persona consumidora es el de codependencia; utilizaremos el concepto de codependencia de Delgado y Pérez (2004).

La codependencia se ha definido como un patrón de comportamiento que se caracteriza esencialmente por el mantenimiento de una relación de dependencia afectiva con una persona que, a su vez, es controlada por un objeto de dependencia, que puede o no ser de tipo afectivo (p. 632).

Amigos como factor de riesgo en el consumo

Así como la familia puede ser un factor –no usado dicho término de forma estadística, sino más bien clínica, donde se facilita o condiciona su uso y no para determinar las dimensiones del mismo- los amigos también lo pueden ser para el consumo de marihuana y otras drogas (Carballo, et al 2004). Al igual

que como ocurre con la familia, los amigos pueden ser un factor de riesgo cuando son incapaces de cubrir necesidades de protección en el individuo, mientras que llegan a ser factores de protección si logran gratificar al mismo (García-Aurrecochea, et al 2006).

En un estudio (García-Aurrecochea, et al 2006) donde se buscó las diferencias ante diferentes estímulos que pueden ser factores de riesgo y protección entre jóvenes consumidores y no consumidores, se encontró los siguientes datos con la palabra amigo, como estímulo:

Amigos. Todos los grupos concordaron en asociar los amigos con la propia amistad, diversión, juego, ayuda, apoyo, sinceridad y alegría, sin embargo, los no consumidores de drogas, además los asociaron con unión, respeto, cariño y amabilidad. Al interior de los grupos de consumidores se encuentra la ausencia de ciertas asociaciones, tales como comprensión, convivencia, confianza y estudio; tampoco pensaron que fueran buenos, ni “chidos” (p. 341).

Capítulo II. Menores infractores

Breve esbozo histórico del menor infractor

Históricamente la etapa donde se empezó a penalizar los actos cometidos por menores, fue con la ley jurídica romana. En este periodo, sólo a dos púberes (menores de 18 años) se les dio pena capital, llevando a cabo sólo una de ellas. A la caída del impero romano, en el derecho canónico se podía aplicar penas corporales e incluso la pena de muerte a menores si se comprobaba que un menor de 14 años había cometido un delito con dolo. Fue en el siglo XIX con la entrada de ideas humanistas que se fija la edad de 18 años como mayoría de edad. Con la entrada de la reforma jurídica, se comienza a emplear como modelo de enseñanza en casas de corrección, donde se buscaría darle al menor enseñanza moral y sin etiquetarlo como delincuente, tratando que con este método volviera a ser un ente activo y productivo de la sociedad; es importante resaltar que en este sistema reformativo se incluía a menores que no fueran bien cuidados por la familia (Cruz & Cruz. s.f.).

En México

En la época precolombina la penalización podía ir desde penas corporales hasta la muerte. En la cultura maya en caso de robo la familia del menor debía pagar la deuda, de no ser posible el menor pasaba a ser esclavo de la familia afectada, esto último se aplicaba en caso de homicidio para resarcir el daño. En la cultura azteca, el menor incorregible podía ser vendido como esclavo; en las escuelas tenían jueces encargados de la corrección de los menores (Cruz & Cruz. s.f.).

Es en 1825 que la legislación mexicana habla por primera vez de medidas correccionales a los menores, sin embargo estas medidas no fueron llevadas a la práctica, por ser tiempos de guerra. Se tiene información que es en 1828 cuando se crea el primer tribunal de vagos, en el cual se juzga infracciones de menores, tales como la vagancia, más no delitos en sí. Más tarde, al crearse los tribunales para menores, se llevaba al menor a prisiones o en ocasiones a hospicios, donde en vez de readaptar al delincuente, se le tenía

en condiciones deplorables. Es en 1841 que se crea la primera casa correccional, donde por medio de golpes se tenía pensado corregir al infante y con ayuda de la religión darle terapia. En 1971 se inserta al menor a procesos penales en hospicios y los menores con delitos graves fueron insertados en cárceles para adultos, donde eran mal influenciados por los mismos para cometer crímenes como robos y asesinato. A pesar de las posteriores reformas y de la Constitución de 1917, hasta la fecha las condiciones de los menores en centros de readaptación, no han cambiado y en vez de ser centros especializados en la educación y reinserción del menor infractor, llegan a ser prisiones para menores (Reyes, 2008).

Concepto actual

La persona menor de 18 años que cometa un acto tipificado por la ley, no será sancionado por los mecanismos penales concernientes al adulto, sino, que debido a su estado de minoría de edad, tendrá un proceso como menor infractor, en el cual se buscará su tutela -esto protegiendo sus derechos como menor-. Lo anterior es debido a que como menor no podrá ser juzgado como persona activa en un delito, debido a no ser considerado responsable de sus actos como una persona adulta (Cruz & Cruz, s.f.).

Infractores en México y en Pachuca

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2013) describe que para el 2010 había en el país 12,404 menores infractores internos en centros de internamiento o titulares, con respecto al estado de Hidalgo, en el mismo año se ubica como la séptima entidad con menos menores internos, con 78 menores, de los cuales 72 son hombres y 6 mujeres.

Consumo de marihuana México y los Menores Infractores

Es importante reconocer que los menores con conductas antisociales o delictivas, presentan alto índice de seguir con estos patrones en la edad adulta. A la par de dichos actos pueden romper reglas y normas o bien afectar a terceras personas; de igual forma, tienden a ser una población con conductas nocivas para sí mismos —como el consumo de drogas como la marihuana, o bien tener relaciones sexuales riesgosas— (Sanabria & Uribe, 2009).

Ahora bien, aunque México ocupe a nivel mundial uno de los últimos lugares en consumo de marihuana, con el 1% de prevalencia —la marihuana— como ya se dijo, es la principal droga consumida en el país. Dicha prevalencia se mantiene en todas las regiones del país, de dónde se destaca que es en el norte dónde todo tipo de drogas tuvo un aumento significativo en el consumo en relación a la encuesta anterior. Es importante resaltar que en la región occidental la marihuana por sí sola tuvo un aumento en el índice de consumo, pasando del 0.7% al 1.3%; mientras que en la región norcentral decreció el consumo pasando del 1.7% al 1.0% (Villatoro-Velázquez, et al. 2011).

En lo que respecta a la población de distintas edades, la prevalencia no cambia, siendo la marihuana nuevamente la más consumida entre el grupo de edad de 18 a 65 años con una prevalencia del 1.9%, mientras que en los menores de entre 12 y 17 es del 1.3% (Villatoro-Velázquez, et al., 2011).

Capítulo II. Intervenciones breves para el consumo de la marihuana hoy en día

Enfoques psicológicos para realizar una intervención con consumidores de drogas

Existen diversas teorías psicológicas para explicar, intervenir y estudiar el fenómeno de la drogadicción. Los Centros de Integración Juvenil (CIJ, 2012) mencionan las principales corrientes:

1. Aprendizaje social: teoría expuesta por Bandura (1986, en CIJ, 2012). Este modelo es el más usado en las intervenciones que han resultado más efectivas en usuarios de drogas. Esta teoría retoma los principios básicos del condicionamiento clásico, sin embargo le da importancia a factores ambientales, así como a los procesos del pensamiento (cognitivos) de las personas. En esta teoría se utiliza el aprendizaje vicario, el cual se da por medio de la experiencia para buscar y lograr cambios de conducta en la persona que se encuentra en terapia.
2. Bandura y la teoría cognitivo social: bajo esta perspectiva Bandura (1986, en CIJ, 2012) resalta la importancia de la cognición, el ambiente y la conducta, de una forma determinista, donde la interacción de estas, causará determinados efectos. En el caso de la terapia, se espera resaltar ciertos significados simbólicos sociales que disminuyan el estrés y ayuden al paciente a tomar la decisión de consumo/no consumo por sí mismo.
3. Autoeficacia: bajo esta perspectiva Bandura (1986, en CIJ, 2012) resalta la importancia de los procesos cognitivos en la persona para realizar determinadas conductas. Al mismo tiempo, le da importancia a la información recibida por medio de la experiencia, lo mismo en primer lugar de personas que puede considerar como pares, hasta procesos afectivos-emocionales. A partir de la información recibida y los procesos cognitivos, la persona puede tomar decisiones sobre cómo actuar o dejar de hacerlo, a lo cual Bandura denomina como autoeficacia. Esta teoría tiene cierta similitud con la "Teoría de la acción planeada", es por

ello que la percepción en el control de una determinada conducta puede depender de variables más complejas, tales como el tiempo, la posibilidad de realizar la acción, así como si la se tiene una creencia positiva o negativa sobre determinada conducta (Ajzen y Fishben, 1980, en CIJ, 2012).

4. Desarrollo social de Catalano, et al. : esta teoría analiza la importancia de factores de riesgo y factores de protección que pueden llevar al individuo a realizar conductas, las cuales pueden ser prosociales o antisociales. En el caso del consumo de drogas, es una conducta antisocial (CIJ, 2012).
5. Jessor y la conducta de riesgo en los adolescentes: bajo esta teoría (Jessor, 1991, en CIJ, 2012) además de tomar en cuenta factores de riesgo y protección, propone conductas de riesgo —actos delictivos, drogarse, etc.—, así como resultados de riesgo —problemas legales, problemas de salud, etc.— que puede tener una persona al llevar a cabo conductas antisociales, como el drogarse.
6. Modelo transteórico del comportamiento: esta teoría estudia la emoción como factor determinante en el cambio de una conducta. Establece ciertos parámetros para realizar una intervención creada por fases específicas, en las cuales se dé un cambio de manera secuencial y no sólo brindar apoyo informativo, pues ese tipo de intervenciones no ofrecen cambios a los grupos en riesgo (Velicer, 1997 en CIJ, 2012).
7. Modelo integral de adicciones: Edwards y Cols (1982, en CIJ, 2012), crean un programa de intervención en el cual además de factores sociales y personales que pudieran ser factores en el consumo de drogas, retoman factores biológicos. Es así, que trastornos en el estado de animo pueden llevar al individuo a tomar decisiones. Bajo esta teoría se puede llegar a la extinción del consumo en cualquier momento.

A nivel internacional

Para Young, et al (2012), las intervenciones breves para consumidores de alcohol y otras drogas, deben ser dirigidas a poblaciones con problemas de consumo, pero que como tal no estén en búsqueda de un tratamiento por su uso de sustancias, de preferencia menores de 18 años, ya que es más fácil modificar conductas antes de la edad adulta; sugiere que en el caso de intervenciones breves para usuarios de alcohol, 4 sesiones o menos es lo ideal, así como mediciones en todos los casos de muestras biológicas para ver los resultados de forma cuantificable, como por medio de orina, cabello, etc.

Por otra parte, Fischer, et al (2012) demuestran la importancia de sesiones de seguimiento en estas intervenciones breves. En las sesiones de seguimiento a corto plazo no se ven diferencias significativas en cuanto al consumo o prácticas de riesgo —tales como manejar bajo los efectos de la marihuana— mientras que en sesiones de 12 meses o incluso posteriores pueden ser significativos. En este estudio, se utiliza a personas de entre 18 y 28 años.

Un estudio transnacional Estados Unidos, Brasil, Australia y la India, corroboran la disminución en el consumo de sustancias adictivas de los usuarios, posterior a ser participantes en una intervención breve. Donde se usa una prueba de detención de sustancias y se incluye en dicho proyecto a personas con dependencia baja o bien moderada; cabe destacar que los participantes de Estados Unidos tienen menor disminución de consumo que en el resto de los países participantes (Humenuk, et al, 2011).

Intervenciones con enfoque cognitivo conductual para reducir el uso de cannabis

Existe poca evidencia a nivel internacional acerca de las intervenciones cognitivo conductuales y su eficacia en el tratamiento del abuso de la marihuana; más aún cuando se trata de ensayos clínicos con muestras aleatorias (Hoch, Noack, Henker, Pixa, Höfler, Behrendt, Bühringer & Wittchen, 2011). Una buena parte de las intervenciones enfocadas a la disminución del consumo incluyen técnicas estándar de la terapia cognitivo conductual así

como técnicas que incrementen la motivación para dejar el consumo y elementos de habilidades de entrenamiento y prevención de caídas. Sin embargo, es poco común que contemplen la psicoeducación, mientras que la comorbilidad con otros trastornos es poco tomada en cuenta como objetivo de la intervención. A continuación se enlistan algunos de los programas reportados en los últimos años así como su eficacia.

- a. Manual de tratamiento CANDIS (CANDIS [CANnabis DISorders] Treatment Manual, Hoch, Noack, Henker, Pixa, Höfler, Behrendt, Bühringer & Wittchen, 2011). Es un programa originalmente probado en dos versiones Tratamiento estandarizado (*Standardised Treatment ST*) y la versión más individualizada (*Targeted Standardized Treatment TST*). La población objetivo son hombres y mujeres mayores de 16 años, con uso regular de cannabis de al menos dos veces por semana en el último mes, que cumplan con el criterio de inclusión en el DSM IV para un trastorno con de uso de cannabis, que hayan aprobado el consentimiento informado y que tengan una residencia local a dónde se desarrollará el estudio. Los criterios de exclusión incluyen la dependencia a alcohol, depresión, desorden de pánico con agorafobia, uso de medicamentos, un desorden psicótico e intoxicación durante la línea base del estudio experimental. La intervención consta de dos sesiones por semana, de al menos 90 minutos cada una. Las sesiones están dirigidas a reducir el desgaste e incrementar el uso de conductas que promuevan el cambio conductual. El programa también incluye en cada sesión informar acerca de problemas típicos de motivación para el cambio. El tratamiento estándar se conforma de 10 sesiones con tres componentes principales: el componente de cambio motivacional (MET), el cognitivo conductual. (CBT) y el componente de entrenamiento en la resolución de problemas psicosociales (PPS). En el caso del componente MET o motivacional se incluyen de 1 a 3 sesiones en las cuales se refuerza la motivación por el cambio y por utilizar el rechazo como una meta de abstinencia. En el componente cognitivo conductual o CBT se incluyen estrategias cognitivo conductuales relacionadas al consumo se aplica en las sesiones 1, 3-6, 9 y 10. Estas sesiones

incluyen el cambio de cogniciones maladaptativas, emociones y conductas ligadas al consumo así como el aprendizaje de habilidades alternativas al consumo. Se enfatiza la psicoeducación dado que se da un énfasis en el aprendizaje de los daños que tiene la *cannabis* a nivel cerebral. El modelo individual enfatiza los factores de riesgo genéticos, neurobiológicos, psicológicos y sociales. Se educa sobre el condicionamiento operante, clásico y aprendizaje por modelamiento. El componente de resolución de problemas o PPS enfatiza en las sesiones 7 y 8, los problemas de vida, tales como el desempleo y las posibles estrategias de resolución asociadas.

- b. Tratamiento para adolescentes con un trastorno del uso de cannabis con enfoque cognitivo conductual (Hendriks, Van der Schee & Blanken, 2011). La intervención se compone de una base línea, así como un seguimiento de la base línea a los 3, 6, 9 y 12 meses posteriores al tratamiento. Las sesiones de intervención enfatizan la motivación hacia el cambio de la conducta adictiva, así como el subsecuente cambio de cogniciones y conductas maladaptativas a través del entrenamiento en el autocontrol y el entrenamiento en las habilidades de enfrentamiento ante el consumo. El tratamiento se deriva directamente de la terapia cognitivo-conductual.

- c. Intervención breve integrada (Lanf, Engelder & Brooke, 2000 *Integrated Brief Intervention* [IBI]). Se trata de una intervención breve para usuarios que reportar problemas de abuso de cannabis en Australia. Los temas y estrategias de la IBI incluyen: 1) Un set de metas, tales como automonitoreo y el uso de diarios, 2) Un bosquejo de síntomas y estrategias de enfrentamiento, 3) Estrategias de reducción de daño, métodos para reducir el daño asociado con el uso y forma de administración de cannabis, 4) Estrategias para el uso controlado tales como participación asistida en ambientes limitados, frecuencia y consumo, 5) Estrategias de sueño dirigidas a conciliar mejor el sueño, 6) Educación, centrada en efectos psicológicos y psicofisiológicos de los efectos del uso del cannabis, 6) Habilidades de entrenamiento.

Estrategias de prevención de caídas es decir, identificación de situaciones de alto riesgo hacia las recaídas, 7) Modificación de estilos de vida, actividades alternativa, influencias sociales, 8) Impacto del uso de la cannabis en las relaciones y 9) Influencias sociales sobre el uso de cannabis. La evaluación consta de un diseño pre y post test, con seguimiento al mes y a los tres meses, las sesiones de seguimiento fueron telefónicas.

- d. Versión asistida por computadora de la Intervención de terapia para incrementar la motivación, terapia cognitivo conductual y para el manejo de la contingencia basada en la abstinencia (*Test computer-assisted version of MET/CBT/CM* Budney, Fearer, Walker, Stanger, Thostenson, Grabinski & Bickel, 2011). Esta intervención combina las teorías motivacionales, cognitivo conductual y de la contingencia basada en la abstinencia. El programa es computarizado y abarca 12 semanas en nueve sesiones. Se desarrolla a través de la combinación de tres manuales 1) el CRA plus para usuarios con dependencia a la cocaína, 2) La consejería breve para dependencia a la marihuana (BCMD) y 3) la guía de tratamiento de las tres terapias hacia el uso de la marihuana. El programa contiene dos sesiones de evaluación, una de retroalimentación, sesiones dirigidas hacia el cambio de vida, mantenimiento de metas, estrategias de afrontamiento, comprensión de patrones de conducta, uso de drogas, resolución de problemas, habilidades para el rechazo de drogas, enfrentamiento, manejo del humor negativo, habilidades para incrementar la asertividad, enfrentamientos hacia la resolución de habilidades para la vida.
- e. Programa de intervención breve para usuarios de Cannabis (Copeland, Swift & Rees, 2000). Se trata de un programa breve de 6 sesiones cognitivo conductuales. Utiliza los instrumentos psicométricos siguientes: Entrevista diagnóstica internacional para la dependencia a cannabis DSM-IV, la escala de severidad a la dependencia de cinco ítems. Los instrumentos de autoreportes son: Lista de chequeo de 90 síntomas, el inventario de depresión de Beck, el cuestionario de Confianza

Situacional hacia la cannabis, y el cuestionario de problemas asociados al consumo de Cannabis.

- f. Programa Check-up para adolescentes usuarios de Cannabis (*Adolescent Cannabis Check-Up Brief Intervention* Martin, Copeland & Swift, 2005). La primera sesión trata de un foro con los padres y como los jóvenes comienzan el consumo de *cannabis*. La segunda sesión es de evaluación consta de entrevista y autoreportes de los adolescentes para obtener la línea base de consumo. La sesión tres es de retroalimentación acerca del consumo. La sesión cuatro implica estrategias y habilidades para reducir el uso de consumo. Las estrategias van desarrollada a la discusión de la dependencia, el reconocimiento de situaciones personales, el manejo del consumo, un set de metas acerca del consumo, planeación para el cambio, auto monitorio de consumo y prevención de caídas.

En México

- a. Uno de los programas breves utilizados en México con resultados positivos en sus informes preliminares, es el *Programa de Intervención Breve Para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas*. Dicho programa está integrado por 5 fases: Detección de casos, Evaluación, Inducción al tratamiento, Tratamiento (5 sesiones) y Seguimiento (Martínez, Salazar, Ruiz, Barrientos & Ayala, 2009). Dicho programa en sus resultados preliminares (Martínez, Salazar, Pedroza, Ruiz & Ayala, 2008) muestran que en su aplicación a 8 consumidores de marihuana, en los cuales disminuyó tanto los problemas ocasionados por su consumo, así como el consumo mismo.
- b. Otra intervención aplicada con consumidores de drogas en México, es el *Programa de satisfactores cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas*. Dicho programa, es una adaptación del Enfoque de Reforzamiento Comunitario (CRA, por sus siglas en inglés, Hunt & Azrin, 1973 en Barragán, Flores, Morales, González & Martínez s.f.) en población mexicana. Este programa consta de 12 componentes para

establecer y alcanzar metas con el usuario de distintas sustancias. Algunos de estos componentes no tienen orden específico, e incluso no son usados, de acuerdo a las necesidades y estilo de vida del usuario — es así, que el componente de búsqueda y mantenimiento de empleo puede ser omitido, si el usuario tiene vida laboral activa en este momento, o bien el uso de *diasperam* (medicamento que causa reacciones adversas si se usa alcohol) como auxiliar en el tratamiento de consumidores de alcohol, puede ser opcional —. El programa se piloteo en 9 consumidores crónicos, de los cuales tanto en tratamiento como sesiones de seguimiento reportaron tener niveles mejores en su calidad de vida, disminución de consumo, así como hábitos saludables de estilos de vida. Posteriormente, se utilizó el programa con 20 participantes seleccionados de forma no probabilística, de los cuales, 18 reportaron cambios significativos en sus medidas de consumo (Barragán, et al. s.f.).

- c. La Universidad de Autónoma Aguascalientes (UAA), implemento el programa: *Estrategias de enfrentamiento y recaídas de adolescentes participantes en programas de intervención breve* (Bárcenas, Martínez & Pedroza, 2009) en el cuál se analizó las estrategias de afrontamiento al consumo de drogas. Los participantes recibieron Programas de Intervención Breve, previo al estudio. Los resultados del estudio mostrarón que los adolescentes que tuvieron recaídas tienden a evitar los conflictos y problemas. Las estrategias más usadas por los participantes —tanto los que tuvieron recaídas, como los que no— fueron: distracción física, resolución de problemas y diversión relajante.

Método IV

Planteamiento del problema

La adolescencia es una etapa de fuertes cambios a los cuales se enfrentan los jóvenes; que incluyen cambios corporales, emocionales hasta la reafirmación de su género, sexo y preferencia sexual (Barón, 2000). Estos cambios, aunados a ciertos factores sociales, pueden llevar al como el suicidio, el consumo de drogas tales como la marihuana, o bien tener relaciones sexuales riesgosas, entre otras (Barón, 2000; Sanabria & Uribe, 2009).

En México de forma institucionalizada se cuenta con albergues y Casas del Niño DIF, entre otras: que si bien existen, no cubren las necesidades de atención integral al menor, por lo que muchos pueden correr el riesgo de caer en manos del crimen organizado, las drogas u otros tipos de conductas que pueden llegar a ser penalizadas por nuestra sociedad (Vázquez & León, 2012).

Es así que en el estado de Hidalgo existe el Centro de Internamiento Para Adolescentes (CIPA), el cual ayuda al menor que presenta conductas que ameritan el internamiento. Ahora bien uno de los problemas a los que se enfrentan los menores en internamiento es su contacto previo con sustancias ilegales, tales como la marihuana, las cuales en ocasiones pueden incluso ser la causa de dicho internamiento o el origen de problemas subsecuentes.

De ahí que la presente intervención se centra en ayudar al menor internado en el CIPA a través de un programa de intervención que pretende eliminar o disminuir el consumo de marihuana. Al mismo tiempo que pretende ayudar a los padres a lograr una mejor comunicación, centrada en la resolución de problemas y la comprensión del otro.

JUSTIFICACIÓN

La E. N. A. (2011) reporta que la droga más consumida en población en edad escolar varones es la marihuana con un 6.3%. Por otra parte, los Centros Tutelares que presentan datos para dicha encuesta, reportan que la droga más usada por los internos es la marihuana (35.0%). De igual forma, un 68.1% refirieron consumir habitualmente drogas y un 24% cometió el delito estando bajo los efectos de alguna droga.

Es así que los delitos contra la salud vinculados con el narcotráfico han tenido un aumento significativo, sextuplicándose en los menores de edad en el período del 2000 al 2007 (Velázquez & León, 2012).

Ahora bien, en lo que respecta a los jóvenes que han cometido algún delito, estudios demuestran que la posibilidad de reincidencia es del 30% de cometer un segundo delito, la mitad de este porcentaje tiende a cometer dos delitos solamente, mientras que el otro 15% llega a cometer entre 3 y 16 delitos en el lapso de uno a cuatro años (Bravo, Sierra & del Valle, 2009). Es importante resaltar que para evitar dicha reincidencia se ha encontrado que es el entorno familiar el ideal para brindar factores de protección al menor (Bravo, Sierra & del Valle, 2009). A partir de lo anterior, es por lo cual se realiza la presente intervención, dándole al participante herramientas psicoeducativas para evitar el consumo, evitar la reincidencia del mismo a un centro de internamiento, extinguiendo o bien disminuyendo su consumo de marihuana para que tenga una mejor reinserción social.

Pregunta de investigación

¿Qué impacto tiene la aplicación del Programa de intervención breve para usuarios de marihuana en la disminución o eliminación del consumo de marihuana en adolescentes reclusos en el Centro de Internamiento para Adolescentes del Estado de Hidalgo?

OBJETIVOS

- **Objetivo general:**

Disminuir o extinguir el consumo de marihuana y aumentar la Confianza Situacional en menores internados en el CIPA del estado de Hidalgo a través de la aplicación del Programa Breve de Intervención Para Usuarios de Marihuana del Centro de Prevención en Adicciones Dr. Héctor Ayala Velázquez (CEPREA-UNAM).

- **Objetivos específicos:**

Pre-test

Admisión

1. Revisar el procedimiento para la admisión de los participantes
2. Realizar la entrevista inicial
3. Aplicar la batería de pruebas

Evaluación

1. Medir la variable dependiente —consumo de marihuana— por medio de la escala retrospectiva libare
2. Medir la variable dependiente a través de la aplicación del Cuestionario Breve de Consumo Situacional y autoeficacia hacia el consumo de marihuana

Intervención

Inducción

1. Demostrar los principales mitos en torno a la marihuana y las consecuencias del uso de esta sustancia
2. Concientizar al participante en torno a sus resultados de la evaluación previa

Decidir cambiar y establecimiento de metas

1. Apoyar al participante a reflexionar sobre su consumo y la posibilidad de cambio
2. Motivar al participante a llevar a cabo un cambio en su estilo de vida al suspender su consumo

Identificar situaciones de riesgo que llevan al consumo de marihuana

1. Analizar las situaciones de riesgo ante las que se enfrentan los participantes
2. Conocer los disparadores que llevan a los participantes a consumir marihuana
3. Reunir elementos que permitan plantear planes de acción ante las situaciones de riesgo

Planes de acción

1. Realizar estrategias de planes de acción frente al consumo de marihuana.

Prevención de recaídas

1. Brindarle al participante los elementos necesarios para que realice ensayos conductuales para evitar recaídas a futuro

Mantenimiento de la meta

1. Analizar el progreso del participante dentro del tratamiento
2. Determinar el final de la intervención o necesidad de sesiones adicionales
3. Ayudar al usuario a definir por segunda ocasión su meta de consumo para los siguientes meses

Manejo del deseo y ansiedad

1. Identificar las estrategias del deseo y ansiedad, a través de distintas técnicas
2. Apoyar al participante en caso de que no haya logrado cumplir su meta

NOTA: en la presente intervención con participantes del CIPA no se usó esta sesión, debido a no considerarse pertinente por la ausencia de consumo y ausencia de ansiedad.

Post-test 1 y 2

1. Medir el cambio de la variable dependiente con referencia al consumo marihuana de los participantes
2. Medir el cambio de la variable dependiente con referencia a la Autoeficacia situacional para el consumo de marihuana
3. Medir la eficacia de la intervención
4. Reforzar estrategias aprendidas en los participantes

Sesiones con los padres

Análisis de la conducta del adolescente

1. Identificar cómo se desarrollan algunos problemas de conducta, como la agresión y el consumo de drogas en el adolescente.
2. Guiar a los padres en la prevención de las conductas antes mencionadas

Comunicación entre padres e hijos adolescentes

1. Identificar las habilidades de comunicación que los padres deben de tener para establecer un diálogo efectivo con sus hijos adolescentes

Solución de problemas con el adolescente

1. Practicar estrategias de solución de problemas y control del enojo
2. Guiar a los padres para que utilicen las estrategias para evitar que los conflictos incrementen

Manejo de consumo de drogas en el adolescente

1. Detectar y enfrentar el consumo de sustancias del adolescente

HIPÓTESIS

En forma Nula y alterna

Existe un cambio significativo en el consumo de los participantes antes y después de las sesiones experimentales realizadas a través del Programa de Intervención Breve Para Usuarios de Marihuana.

Existe un cambio estadísticamente significativo en el nivel de Confianza Situacional ante el Consumo de Marihuana en las tres condiciones experimentales (pre-test, post-test 1 y post-test 2).

Tipo de estudio

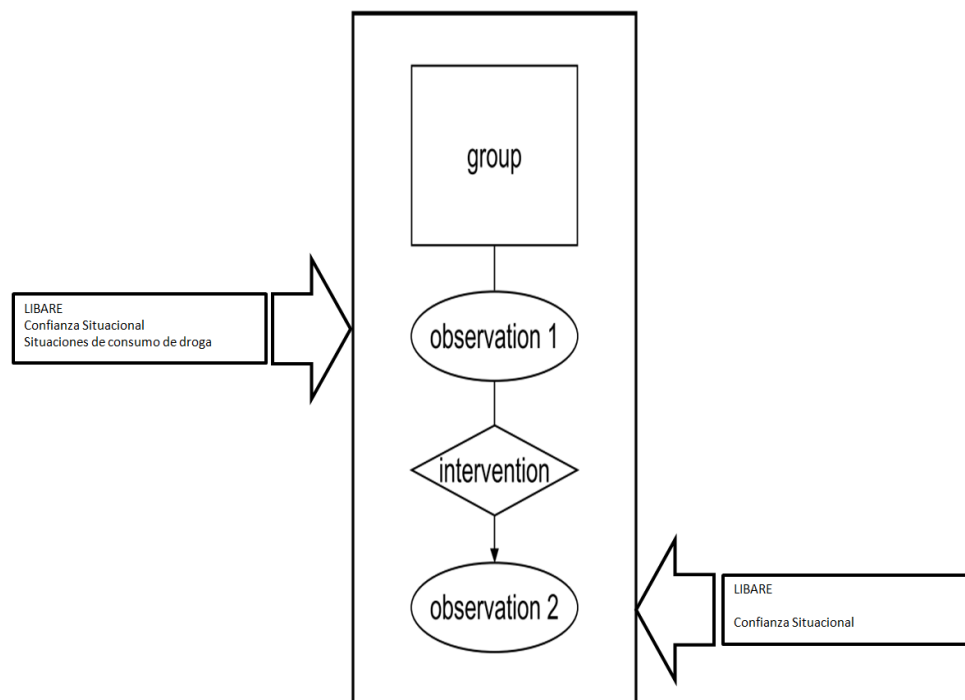
De acuerdo con García-Cabrero (2009), el tipo de estudio puede describirse como explicativo dado que el problema de investigación está bien fundamentado y se plantean hipótesis a contrastación estadística.

Tipo de diseño

De acuerdo con Campbell y Stanley (1963), el tipo de diseño es pre-experiemntal de un solo grupo. Aunado a ello, el tipo de diseño es referido por Clark-Carter (2004) como un diseño de un solo grupo, con pre-test y post-test. En este caso particular se describe como un diseño de *panel retrospectivo*. Lo anterior implica que el tiempo es introducido como una variable retrospectiva, de la cual, sólo se tiene acceso a la misma por medio de la memoria de los participantes. Clark-Carter nos da un ejemplo de este tipo de diseños con un grupo de estudiantes sometidos a un curso de computación; después del curso se les pregunta a los participantes sobre su actitud previa al curso sobre las computadoras. Una de las críticas consistentes es que depende como tal de la memoria del participante. Sin embargo, en ciertas circunstancias no se puede tener acceso a una línea base de observación dado que mantener la conducta de consumo para medirla sería no ético.

Figura 1

Tipo de estudio utilizado en la intervención.



La figura 1 muestra un diagrama del tipo de estudio utilizado, tomado de Clark-Carter (2004) diseño *One group, pre-test, post-test design Retrospective panel* y modificado para objeto de esta investigación

VARIABLES

Variable independiente: Programa de Intervención Breve Para Usuarios del Centro de Prevención en Adicciones Dr. Héctor Ayala Velázquez (CEPREA).

Variable dependiente: Consumo de marihuana y autoeficacia situacional hacia el consumo de marihuana.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

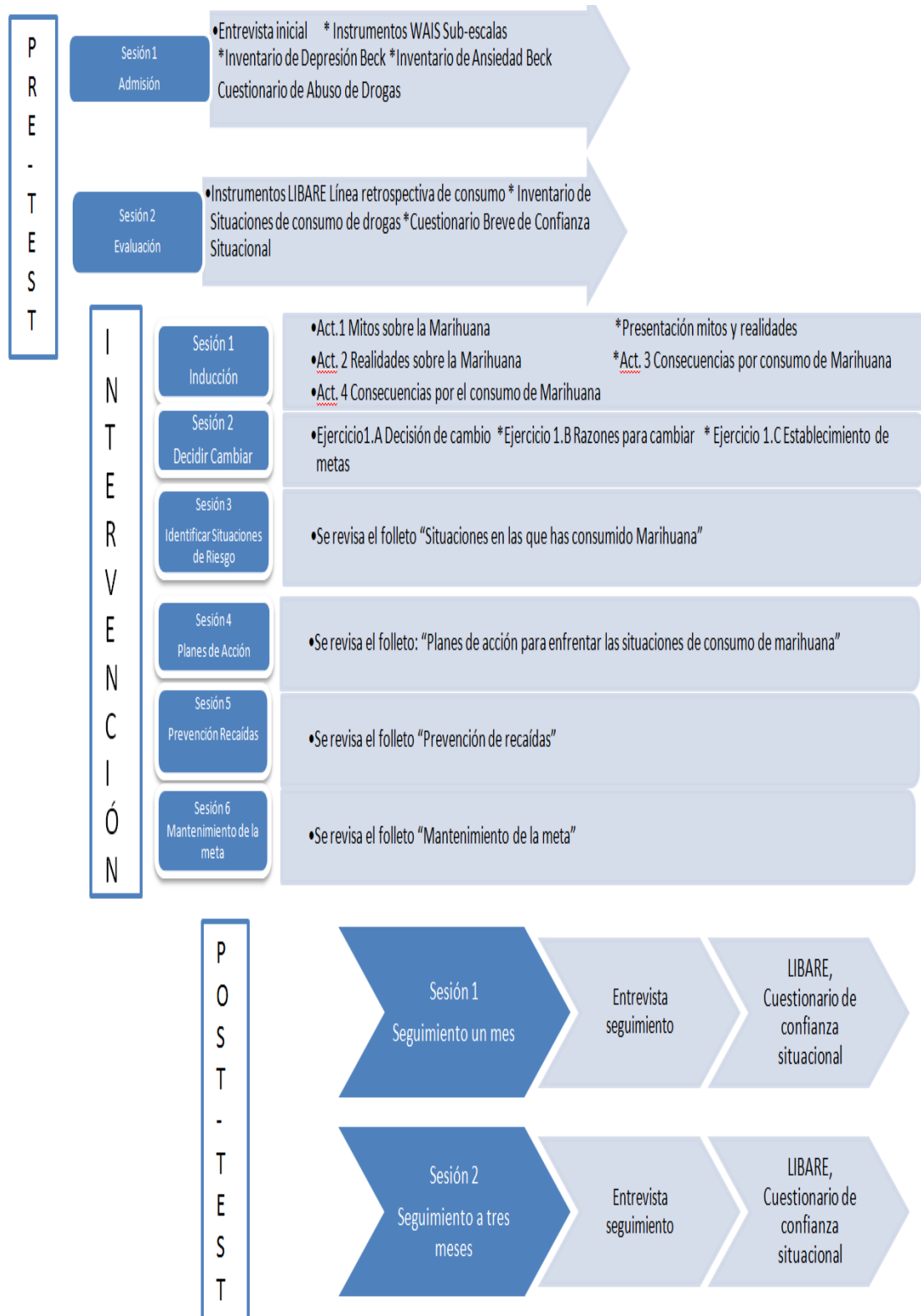
Programa de Intervención Breve Para Usuarios de Marihuana.

Definición conceptual: El programa describe fases en las cuales se puede evaluar a los usuarios de marihuana en base a pruebas de desarrollo cognitivo, líneas de reporte de consumo y situaciones de riesgo de consumo. El Programa es de tipo psicoeducativo, consiste en 14 sesiones en total. La evaluación inicial es de 2 sesiones, el módulo psicoeducativo es de 6 sesiones y el seguimiento consta de 2 sesiones, más 4 sesiones psicoeducativas con los padres. Estructurado en Pre-test, intervención y post-test. De igual forma, el programa es un tratamiento de corte cognitivo-conductual dirigido a usuarios de marihuana que presentan baja dependencia a la droga pero han presentado problemas debido a su consumo (UNAM, 2012).

Definición operacional: Se siguieron de manera sistemática los pasos planteados por la UNAM. La imagen a continuación muestra las fases resumidas del proceso.

Figura 2

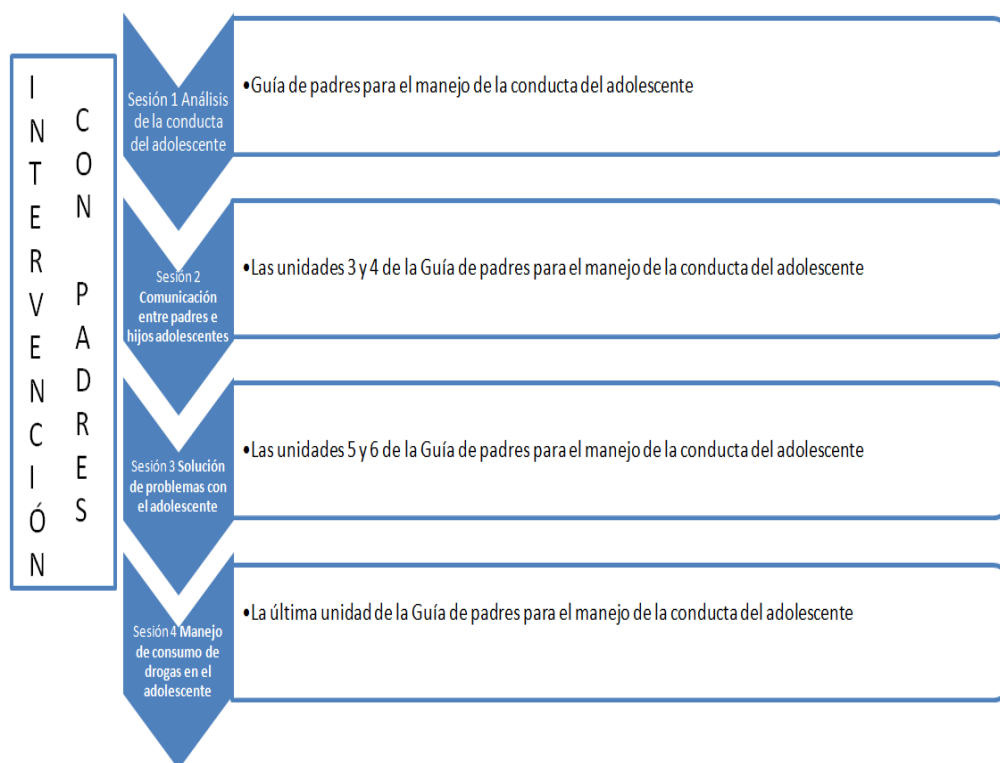
Descripción de las fases de la Intervención en Usuarios de Marihuana



La figura 2 muestra la forma en la que se dividen las fases de la intervención en sus distintas sesiones.

Figura 3

Descripción de las fases de la Intervención en usuarios de Marihuana, en la sección de padres



La figura 3 muestra las sesiones con los padres.

Descripción de instrumentos y calificación en las fases de PRE-TEST e INTERVENCIÓN (la fase de post-test no se incluye dado que aparece más adelante como la variable dependiente).

PRE-TEST

Admisión

Entrevista sobre datos generales, el estado socioeconómico del usuario, su patrón de consumo y problemas relacionados con el mismo (UNAM, 2012).

Figura 4

Formato de la entrevista inicial de la Intervención Breve Para Usuarios de Marihuana del CEPREA.

Entrevista Inicial

Nombre del terapeuta: _____ Exp.: _____
Fecha: _____ Nombre del usuario: _____ Edad: _____
Sexo: _____ Estado civil: _____ Religión: _____
Escolaridad: _____ Ocupación: _____
Dirección: _____
Teléfono personal: _____ Teléfono recados: _____

¿Cuántos miembros conforman la familia? _____

Enumere quiénes viven en la casa, desde el más grande hasta el más pequeño; su edad, su escolaridad, su ocupación, etc.

Nombre	Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco

La figura 4 muestra el formato de las primeras preguntas realizadas en la entrevista inicial.

INSTRUMENTOS PSICOMÈTRICOS

1) Escala Weschler de Inteligencia para Adultos (WAIS)

En este estudio se utilizó la Sub escala de repetición de dígitos (UNAM, 2012): Es una lista que va de 3 a 9 dígitos que se presentan verbalmente y que el usuario tiene que repetir también verbalmente. Consta de dos partes: en la primera parte el usuario tiene que repetir literalmente la serie de dígitos dictados por el aplicador; por ejemplo, si el aplicador dice 3, 4, 5, el usuario tendrá que decir 3, 4, 5. En la segunda parte, el sujeto debe reproducir una lista de 2 a 8 dígitos en sentido inverso, es decir, de atrás hacia adelante. La escala no tiene un tiempo límite, los dígitos podrán repetirse solo una vez antes de ser marcados como incorrectos. La prueba solo se detiene cuando el usuario falla en dos ocasiones consecutivas.

Figura 5
Sub escala de repetición de dígitos

REPETICIÓN DE DÍGITOS	
DIGITOS	CALIFICACION
<i>Hacia adelante</i>	<i>Encierre</i>
5-8-2	3
6-9-4	3
6-4-3-9	4
7-2-8-6	4
4-2-7-3-1	5
7-5-8-3-6	5
6-1-9-4-7-3	6
3-9-2-4-8-7	6

La figura 5 muestra los primeros dígitos de la sub escala de repetición de dígitos.

Sub escala de símbolos y dígitos. La escala contiene 9 símbolos emparejados con 9 dígitos que se encuentran en la parte superior de la hoja. El sujeto tiene un minuto y medio (90 segundos) para llenar la cantidad posible de símbolos bajo los números en la hoja de respuestas. No se le dice al sujeto que tiene 90 segundos para realizar la prueba. El usuario deberá llenar en orden los recuadros de la escala, no debe saltarse dígitos o rellenar primero todos los uno, todos los dos, etcétera (UNAM, 2012).

Figura 6
Sub escala de símbolos y dígitos

SIMBOLOS Y DÍGITOS										PUNTAJE									
EJEMPLOS																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9											
—	⊥	⊔	L	U	○	^	×	=											
2	1	3	7	2	4	8	1	5	4	2	1	3	2	1	4	2	3	5	2

La figura 6 muestra la sub escala de símbolos y dígitos.

2) Inventario de Depresión Beck (UNAM, 2012)

El cuestionario consta de 21 reactivos agrupados en cuatro oraciones que indican un grado de depresión de menor a mayor. El individuo selecciona una de estas oraciones, la que mejor refleje cómo se sintió desde la semana pasada hasta el día de la aplicación.

Figura 7

Inventario de Beck de Depresión

Inventario de Beck Depresión

En este cuestionario se encuentran algunas oraciones agrupadas en 4 afirmaciones que describen como se puede sentir. Por favor lea cada una cuidadosamente cada una de ellas y elija una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que se sintió de la semana pasada al día de hoy. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió.

0. Yo no me siento triste 1. Me siento triste 2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo 3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo	0. Yo no me siento que esté siendo castigado 1. Siento que podría ser castigado 2. Espero ser castigado 3. Siento que he sido castigado
---	--

La figura 7 muestra las primeras preguntas del Inventario de Beck de Depresión.

3) Inventario de Ansiedad de Beck (UNAM, 2012)

Es un instrumento de 21 reactivos que está diseñado para evaluar síntomas de ansiedad.

Figura 8

Inventario de Beck de Ansiedad

Inventario de Beck Ansiedad

Instrucciones: En el recuadro de abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lee cuidadosamente cada afirmación. Indica cuanto te ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una x según la intensidad de la molestia.

	Poco o nada	Más o menos	Moderadamente	Severamente
1. Entumecimiento, hormigueo				
2. Sentir oleadas de calor (bochorno)				
3. Debilitamiento de las piernas				
4. Dificultad para relajarse				
5. Miedo a que pase lo peor				

La figura 8 muestra los primeros reactivos del Inventario de Beck de Ansiedad.

4) Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD, UNAM, 2012)

Este cuestionario tiene como objetivo obtener información acerca del consumo de drogas durante los últimos 12 meses. Con abuso de droga nos referimos al uso excesivo de sustancias, que trae consigo consecuencias adversas significativas y recurrentes en diversas áreas de la vida, relacionadas con el consumo de drogas, pero no tan graves como los problemas fisiológicos severos.

Figura 9

Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD)

Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD-20)		
Instrucciones: este cuestionario tiene como objetivo obtener información acerca de su involucramiento potencial con las drogas (sin incluir bebidas alcohólicas ni tabaco) durante los últimos 12 meses . Lea cuidadosamente cada afirmación y decida si su respuesta es SI o NO y marque del lado derecho del reactivo. Si tiene alguna dificultad con las afirmaciones, escoja la respuesta que ha ocurrido con más frecuencia en su caso. Por favor responda a todos los reactivos.		
CUESTIONARIO DE USO DE DROGAS CAD – 20	SI	NO
1. ¿Ha usado drogas diferentes de las que se utilizan por razones médicas?		
2. ¿Ha abusado de las drogas de prescripción médica?		
3. ¿Ha abusado de más de una droga al mismo tiempo?		
4. ¿Puede transcurrir una semana sin que utilice drogas?		
5. ¿Puede dejar de utilizar drogas cuando quiere?		

La figura 9 muestra las primeras 5 preguntas del Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD).

INTERVENCIÓN

Seis sesiones de la Psico-Intervención

Sesión 1

Actividad 1. Mitos sobre la marihuana (UNAM, 2012): Consta de 8 reactivos, en los cuales el participante deberá contestar con verdadero (V) o falso (F) de acuerdo a sus creencias sobre la marihuana.

Figura 10

Actividad 1. Mitos sobre la marihuana

ACTIVIDAD 1. MITOS SOBRE MARIHUANA

A continuación se te presenta una tabla en la que se mencionan algunas ideas comunes alrededor del consumo y las consecuencias de la marihuana. Encierra o tacha, en la columna de la derecha, si tú crees que la información es verdadera (V) o falsa (F).

1. La marihuana es inofensiva.	V	F
2. La marihuana no crea adicción.	V	F

La figura 10 muestra los primeros 2 reactivos de la Actividad 1. Mitos sobre la marihuana.

Actividad 2. Realidades sobre la marihuana (UNAM, 2012): Se compone de 8 reactivos, en los cuales se presentan afirmaciones científicas sobre la marihuana y el participante deberá contestar con verdadero (V) o falso (F).

Figura 11

Actividad 2. Realidades sobre la marihuana

ACTIVIDAD 2. REALIDADES SOBRE LA MARIHUANA

A continuación se te presenta nuevamente información respecto al uso de la marihuana y sus consecuencias. Ahora lee la segunda columna, en la que se te muestran conclusiones de ciertas investigaciones científicas; contesta en la tercera fila si la información es verdadera o falsa de acuerdo con lo que dice en la segunda columna.

1. La marihuana es inofensiva.	El cigarrillo de marihuana contiene entre un 50 y 70% más hidrocarburos carcinogénicos que un cigarrillo de tabaco. El consumo de marihuana puede ocasionar cáncer de tracto respiratorio y alterar el sistema inmunitario.	V	F
2. La marihuana no crea adicción.	La marihuana es más adictiva hoy de lo que lo era hace 30 años; por lo tanto, sus efectos son más alteradores de la mente. Los niveles promedio de Tetra-Hidro-Cannabinol (THC) subieron desde menos del 1%, en los años setenta, a más del 6% en 2002. En otros tipos de marihuana la potencia se ha incrementado los últimos 20 años del 6% a más del 13%, con algunas muestras que contenían niveles de THC superiores al 33%. 31 sujetos de un experimento de retirada de marihuana experimentaron síntomas tales como inquietud, pérdida de apetito y peso, problemas de sueño y manos temblorosas.	V	F

La figura 11 muestra los primeros dos reactivos de la Actividad 2. Realidades sobre la marihuana.

Actividad 3. Consecuencias por el consumo de la marihuana (UNAM, 2012): Se le pide al participante que escriba consecuencias positivas y negativas que haya experimentado debido a su consumo.

Actividad 4. Consecuencias por el consumo de marihuana (2) (UNAM, 2012): Se le pide al participante que identifique sus 3 consecuencias principales que haya experimentado debido a su consumo.

Sesión 2.

Ejercicio 1A. Decisión de cambio (UNAM, 2012): Se le pide al participante escribir las ventajas y las desventajas que implicarán el abstenerse de consumir marihuana, así como las ventajas y las desventajas de continuar consumiendo.

Ejercicio 1B. Razones para cambiar (UNAM, 2012): Se le pide al participante anote en primera persona las 3 razones principales por las cuales desea dejar de consumir marihuana.

Ejercicio 1C. Establecimiento de la meta (UNAM, 2012): En este ejercicio se le pide al participante en primer lugar que se comprometa a cumplir la meta con respecto a su consumo. De igual forma se le pregunta en dos escalas Likert sobre: 1. La importancia de cumplir la meta y 2. La confianza de cumplirla.

Sesión 3

Folleto situaciones de consumo (UNAM, 2012): en este folleto se analiza con el participante la importancia de tomar las recaídas como simples tropiezos, enfatizando que a pesar de ello se puede seguir adelante. De igual forma se le pide que analice sus disparadores, así como, consecuencias que ha experimentado de tres situaciones de consumo.

Sesión 4

Folleto planes de acción (UNAM, 2012): En este folleto se identifican situaciones de consumo del usuario, así como posibles planes de acción que puede realizar el participante.

Sesión 5

Folleto prevención de recaída (UNAM, 2012): Se retoma lo visto la sesión anterior y además de revisar los planes de acción, se lleva a cabo un modelamiento de los mismos con el participante.

Sesión 6

Folleto mantenimiento de la meta (UNAM, 2012): Se le pide al participante en primer lugar que se comprometa seguir la meta con respecto a su consumo. De igual forma se le pregunta en dos escalas Likert sobre: 1. La importancia de cumplir la meta y 2. La confianza de cumplirla.

Pos-test

Entrevista (UNAM, 2012): sirve para conocer la situación actual del participante, se le pregunta en una escala Likert su satisfacción de la calidad de vida de ese momento, así como, su percepción de consumo los últimos 6 meses. De igual forma se indaga sobre las técnicas aprendidas durante la intervención que le han sido útiles para mantener la meta.

Se utilizan los instrumentos para medir la variable dependiente (LIBARE, CCS).

VARIABLE DEPENDIENTE

Consumo de Marihuana, Confianza Situacional de Consumo

CONSUMO DE MARIHUANA

Definición conceptual: Se define como el consumo de marihuana, frecuentemente medido por “Churros” o cigarros de marihuana.

Definición operacional: Por medio de la escala LIBARE (UNAM, 2012) se reporta el número de consumo previo del usuario por semana durante seis meses. Se utilizó en el pre-test y en el post-test.

Figura 12

Imagen de la Línea Base Retrospectiva (LIBARE) del Programa de Intervención Breve Para Usuarios de Marihuana del CEPREA

Línea Base Retrospectiva (LIBARE)

	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom	
Julio 2010	5	6	7	8	9	10	11	
	12	13	14	15	16	17	18	
	19	20	21	22	23	24	25	
	26	27	28	29	30	31		
Agosto 2010	2	3	4	5	6	7	8	
	9	10	11	12	13	14	15	
	16	17	18	19	20	21	22	
	23	24	25	26	27	28	29	
	30	31						
Septiembre 2010	5	6	7	8	9	10	11	12
	13	14	15	16	17	18	19	
	20	21	22	23	24	25	26	
	27	28	29	30				
Octubre 2010	1	2	3					
	4	5	6	7	8	9	10	
	11	12	13	14	15	16	17	
	18	19	20	21	22	23	24	
	25	26	27	28	29	30	31	
Noviembre 2010	1	2	3	4	5	6	7	
	8	9	10	11	12	13	14	
	15	16	17	18	19	20	21	
	22	23	24	25	26	27	28	
	29	30						
Diciembre 2010	6	7	8	9	10	11	12	
	13	14	15	16	17	18	19	
	20	21	22	23	24	25	26	
	27	28	29	30	31			
Enero 2011	3	4	5	6	7	8	9	
	10	11	12	13	14	15	16	
	17	18	19	20	21	22	23	
	24	25	26	27	28	29	30	
	31							
Febrero 2011	7	8	9	10	11	12	13	
	14	15	16	17	18	19	20	
	21	22	23	24	25	26	27	
	28							
Marzo 2011	7	8	9	10	11	12	13	
	14	15	16	17	18	19	20	
	21	22	23	24	25	26	27	
	28	29	30	31				
Abril 2011	4	5	6	7	8	9	10	
	11	12	13	14	15	16	17	
	18	19	20	21	22	23	24	
	25	26	27	28	29	30		
Mayo 2011	2	3	4	5	6	7	8	
	9	10	11	12	13	14	15	
	16	17	18	19	20	21	22	
	23	24	25	26	27	28	29	
	30	31						
Junio 2011	6	7	8	9	10	11	12	
	13	14	15	16	17	18	19	
	20	21	22	23	24	25	26	
	27	28	29	30				
Julio 2011	4	5	6	7	8	9	10	
	11	12	13	14	15	16	17	
	18	19	20	21	22	23	24	
	25	26	27	28	29	30	31	
Agosto 2011	1	2	3	4	5	6	7	
	8	9	10	11	12	13	14	
	15	16	17	18	19	20	21	
	22	23	24	25	26	27	28	
	29	30	31					
Septiembre 2011	5	6	7	8	9	10	11	
	12	13	14	15	16	17	18	
	19	20	21	22	23	24	25	
	26	27	28	29	30			
Octubre 2011	3	4	5	6	7	8	9	
	10	11	12	13	14	15	16	
	17	18	19	20	21	22	23	
	24	25	26	27	28	29	30	
	31							
Noviembre 2011	7	8	9	10	11	12	13	
	14	15	16	17	18	19	20	
	21	22	23	24	25	26	27	
	28	29	30					
Diciembre 2011	5	6	7	8	9	10	11	
	12	13	14	15	16	17	18	
	19	20	21	22	23	24	25	
	26	27	28	29	30	31		

Sesión: EVALUACIÓN Usuario: _____ Terapeuta: _____ Fecha: _____

La figura 12 muestra el formato de la Línea Retrospectiva (LIBARE) en la cual el investigador, junto con el participante llenan las fechas en las que consumió marihuana 6 meses antes, y en un costado las anotaciones relevantes, como cantidad en los periodos de consumo. Los resultados se mostrarán por semana.

CONFIANZA SITUACIONAL DE CONSUMO

Definición conceptual: confianza o nivel de autoeficacia percibida del usuario para controlar su consumo de marihuana ante situaciones de riesgo (UNAM, 2012).

Definición operacional: Se utilizó el cuestionario breve de confianza situacional propuesto por el programa de intervención. El instrumento pregunta el porcentaje de seguridad percibido en un continuo de 0 a 100 para controlar el consumo en diversas situaciones. Está compuesto por 8 reactivos, tales como: 1. Emociones desagradables.

Figura 13

Formato de las preguntas del Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS, UNAM, 2012) del Programa de Intervención Breve Para Usuarios de Marihuana del CEPREA.

Cuestionario Breve de Confianza Situacional

Instrucciones: A continuación se presentan ocho diferentes situaciones o eventos ante los que algunos usuarios tienen problemas por su consumo de marihuana. Imagínate que estas en este momento en cada una de estas situaciones y señala en la línea que tan seguro te sientes de poder resistir la tentación de consumir marihuana, marcando con una x a lo largo de la línea 0% si "NO ESTAS SEGURO DE CONTROLAR TU CONSUMO" ante esa situación o 100% si "DEFINITIVAMENTE ESTAS SEGURO DE CONTROLAR TU CONSUMO" en esa situación

1. **Emociones Desagradables** (por ejemplo, estar enojado, deprimido, ansioso):

0% 100%
No estoy seguro Estoy seguro

2. **Malestar Físico** (como tener gripa, dolor de cabeza, malestar estomacal):

0% 100%
No estoy seguro Estoy seguro

3. **Emociones Agradables** (sentirse alegre, relajado, feliz):

0% 100%
No estoy seguro Estoy seguro

La figura 13 muestra el formato de las primeras 3 preguntas del Cuestionario Breve de Confianza Situacional.

Adicionalmente, el Programa marca la utilización del Inventario de Situaciones de Consumo de Droga (ISCD); aunque este sólo es utilizado en la sesión de pre-test y no vuelve a aplicar en las sesiones posteriores.

Inventario de Situaciones de Consumo de Droga (ISCD)

Definición Conceptual: Situaciones en las cuales la persona consume droga. Estás van desde situaciones personales hasta situaciones que involucran a otras personas (UNAM, 2012)

Definición Operacional: Se evaluó a través del Inventario de Situaciones de Consumo de Droga (ISCD). Está compuesto por 60 reactivos divididos en dos áreas:

I. Situaciones personales, en las que el consumo involucra una respuesta a un evento físico o psicológico, mismas que se subdividen en cinco categorías que incluyen los siguientes reactivos:

- 1) Emociones desagradables (reactivos: 5, 15, 25, 35, 45, 55, 10, 29, 40 y 51). Por ejemplo:
 - *5. Cuando estaba deprimido por todo en general
- 2) Malestar físico (reactivos: 3, 13, 23, 33, 43, 53, 9, 20, 39 y 50).
 - *3. Cuando me sentí tembloroso
- 3) Emociones agradables (reactivos: 1, 11, 21, 31 y 41).
 - *1. Cuando estaba feliz
- 4) Probando autocontrol (reactivos: 2, 12, 22, 32 y 42).
 - *2. Cuando quería probar si podía usar esa droga con moderación
- 5) Necesidad o tentación de consumo (reactivos: 4, 14, 24, 34, 44 y 54).
 - *4. Cuando estuve en un lugar donde antes consumí o compré la droga

II. Situaciones que involucran a terceras personas, mismas que se subdividen en tres categorías:

- 6) Conflicto con otros (reactivos: 7, 17, 19, 27, 30, 37, 47, 49, 52, 56, 57, 58, 59 y 60).
 - *7. Cuando me sentí tenso o incómodo en presencia de alguien
- 7) Presión social (reactivos: 8, 18, 28, 38 y 48).
 - *8. Cuando me invitaron a casa de alguien y sentí que era inapropiado rehusarme en el momento en que me ofrecieron la droga
- 8) Momentos agradables con otros (reactivos: 6, 16, 26, 36 y 46).
 - *6. Cuando me encontré con viejos amigos y quisimos pasar un buen rato

* Ejemplos de reactivos de casa sub escala del ISCD

Figura 14

Ejemplo del Inventario de Situaciones de Consumo de Droga (ISCD)

INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE DROGA (ISCD) ¹

Instrucciones: La lista que está a continuación señala varias situaciones o eventos en los cuales la gente consume drogas. Lea cada reactivo o enunciado cuidadosamente y conteste en términos de su propio consumo de drogas, de acuerdo a la escala que a continuación se le presenta:

- Si usted "nunca" consumió drogas en esa situación, marque 0
- Si usted "rara vez" consumió drogas en esa situación, marque 1
- Si usted "frecuentemente" consumió drogas en esa situación, marque 2
- Si usted "casi siempre" consumió drogas en esa situación, marque 3

Por favor anote la droga que usted consume con mayor frecuencia

Yo consumo _____

Ejemplo:

* Cuando me sentí alegre

NUNCA	RARA VEZ	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
0	1	2	3

NOTA: En este ejemplo usted rara vez consumió la droga en esta situación. Por favor responda en todas las situaciones.

Conteste las situaciones que a continuación se presentan.

	NUNCA	RARA VEZ	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1. Cuando estaba feliz	X	1	2	3
2. Cuando quería probarme si podía usar esa droga con moderación	0	X	2	3

La figura 14 muestra el formato del Inventario de Situaciones de Consumo de Droga (ISCD), así como las primeras dos preguntas del mismo.

Población

La población del CIPA al momento de hacer la investigación, era de 97 internos, de los cuales 87 eran hombres y 10 mujeres. Al mismo tiempo, se tenían a 22 adultos jóvenes del mismo centro, internados en el CERESO Pachuca a causa de un motín acontecido meses anteriores.

Participantes

17 participantes, de los cuales 1, no aceptó participar dado que consideró que su consumo era vital y no deseaba eliminarlo. 16 participantes aceptaron (15 hombres y 1 mujer). Al aplicar las pruebas de inclusión, sólo 8 participantes fueron incluidos en la intervención. En la segunda sesión del pre-test se registró la baja de un participante; quedando, finalmente, 7 participantes.

Tipo de muestra

Tipo, porque son usuarios y cumplen con criterios incluso de internamiento, consumo y requisitos de la intervención del CEPREA.

Criterios de Inclusión: Los que plantea el programa de intervención y adaptados a la investigación actual.

1. Ser interno del CIPA
2. Consumir marihuana
3. Participación voluntaria en el programa
4. Reportes de problemas por el consumo de marihuana

Criterios de Exclusión:

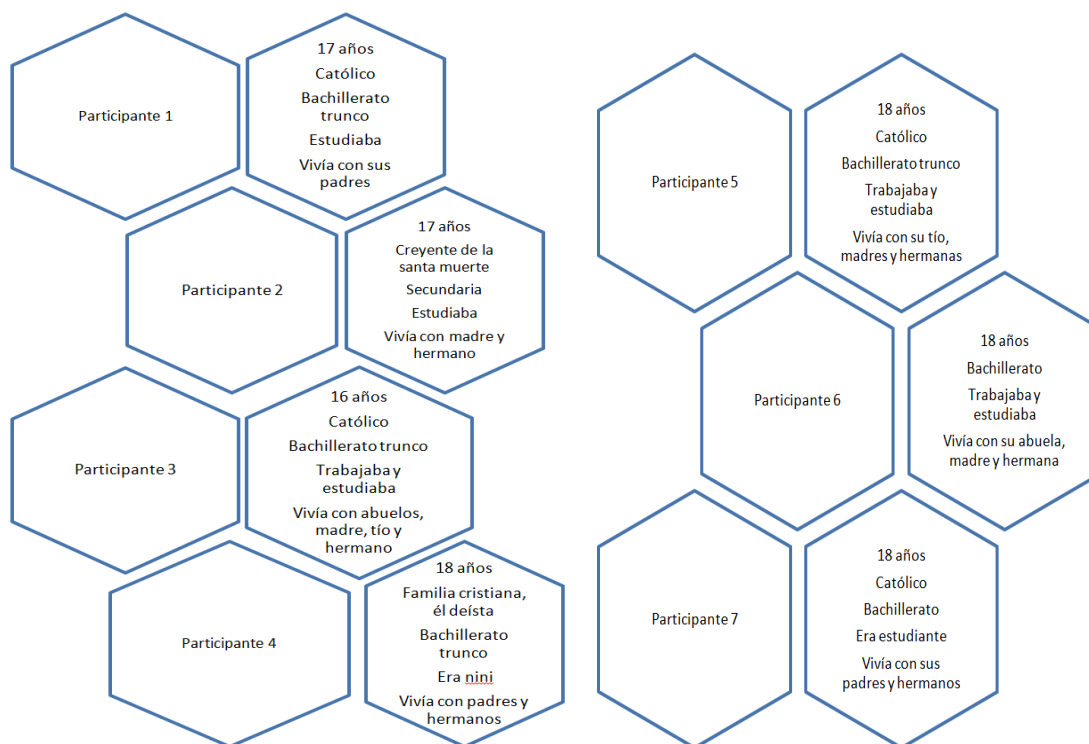
1. Índices altos de depresión
2. Índices altos de ansiedad

Datos por “muerte experimental”:

1. Declaración explícita de no seguir con la intervención

Figura 15

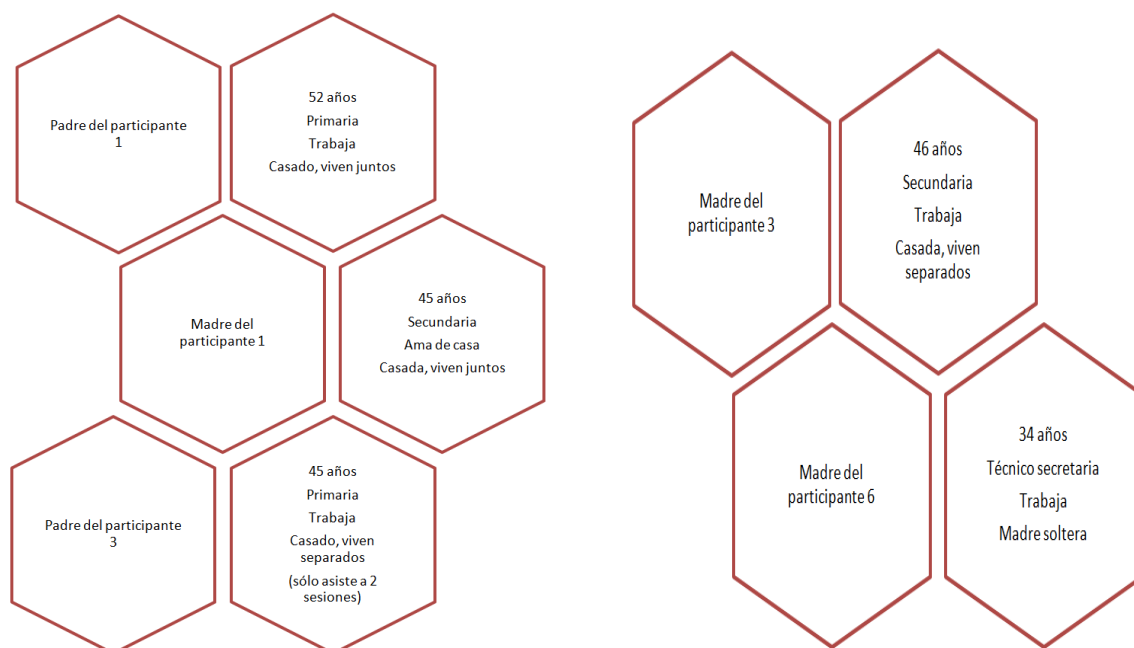
Descripción de los participantes



La figura 15 muestra un mosaico abreviado de los participantes. Con referencia a datos descriptivos, la media de edad de los participantes es de 17.4 años, siendo el mínimo 16 y el máximo 18. Todos son varones solteros. El 85.7 % es católico y el resto cree en la Santa Muerte. Con referencia a la escolaridad el 57.1 % tienen el bachillerato trunco, el 28.5 % tienen el bachillerato concluido y el 14.2 % tiene la escolaridad de secundaria. 42.8 % de los participantes se dedicaban a estudiar, otro 42.8% trabajaba y estudiaba, mientras que el 14.2 % restante era *nini*. El 42.8% vivía con alguno de sus padres, hermanos y otro parientes, el 28.5% vivía con sus padres y hermanos, 14.2% vivía con uno de sus padres y hermanos, mientras que el 14.2% vivía sólo con sus padres.

Participantes Padres

Figura 16 Descripción de los padres participantes



La figura 16 muestra un mosaico abreviado de los padres participantes. Con referencia a los datos descriptivos, participaron 5 de los padres de 3 participantes consumidores, sin embargo, terminaron el tratamiento 4 de ellos. La edad promedio de los padres es de 44.4 años, siendo el mínimo 34 y el máximo 52. El 40% tiene nivel escolar de primaria, otro 40% el de secundaria y el 20% restante un nivel educativo de técnico. 80% de los padres trabaja y 20% se dedica a las labores del hogar. 40% de los padres son casados y viven juntos, otro 40% están casados y viven separados mientras que el 20% restante es madre soltera.

Procedimiento

1. Se acudió a las instalaciones del Centro de Prevención en adicciones Dr. Héctor Ayala (CEPREA) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) dónde recibió capacitación y acceso al programa del Manual Breve Para Usuario de Marihuana en su formato de aplicación didáctica digital.

2. Se contactó al Centro de Internamiento Para Adolescentes (CIPA) con el objetivo de probar empíricamente el programa de Intervención.
3. En el CIPA se firmó una carta compromiso para desarrollar el proyecto de intervención con pleno conocimiento del director del centro y el área académica de psicología de la UAEH.
4. Para seleccionar a los participantes se tomó en cuenta los problemas de adicción reportados por las psicólogas en sus respectivos expedientes.
5. Se escogió a los 8 participantes que cumplían de manera más objetiva con las características de inclusión del programa de intervención.
6. Se realizó la intervención cumpliendo con las fases de evaluación, intervención, seguimiento e intervención con padres.
7. Los resultados fueron sistematizados en Excel por tratarse de puntuaciones de instrumentos de corte psicométrico y registros de autoreporte. En las comparaciones, se utilizó la prueba Friedman para K muestras relacionadas (variable independiente de tres niveles), siendo la variable dependiente la Confianza Situacional. En este caso se utilizó el paquete estadístico SPSS para windows en su versión 19. En el caso de las entrevista se utilizaron categorías proporcionadas tanto por la literatura como por el programa de intervención de la UNAM. Para agilizar el tratamiento de los datos se utilizó el programa ATLAS.ti versión 6.

Resultados V

En este capítulo se describen los resultados de la intervención, en cuatro apartados: pre-test, la intervención cognitivo conductual, el post-test y la intervención con los padres.

PRE-TEST

Formado de dos sesiones, la primera de admisión y la segunda de evaluación.

Resultados de la sesión 1 Admisión







Objetivo de la sesión de admisión:

Revisar el procedimiento para la admisión de los usuarios, a partir de la entrevista inicial y la aplicación de los instrumentos de esta sesión, con el fin de identificar a los candidatos al Programa de Intervención Breve para Usuarios de Marihuana.

Admisión entrevista

Tabla 1

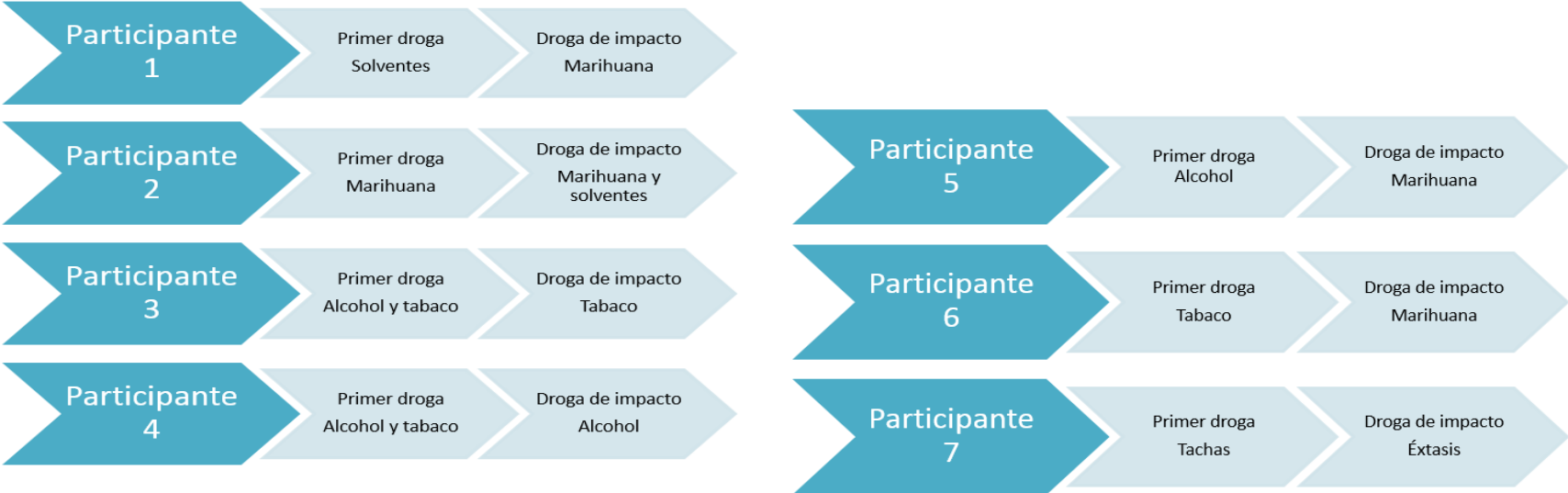
Datos sobre el consumo de droga de los participantes

	Drogas de consumo						
	Marihuana	Alcohol	Tabaco	Solventes	Cocaína	Peyote	Hongos
Participante 1							
Participante 2							
Participante 3							
Participante 4							
Participante 5							
Participante 6							
Participante 7							

La tabla 1 muestra que todos los participantes consumen marihuana y alcohol; así mismo pueden consumir entre una y cinco drogas más, todos consumen marihuana y alcohol y 5 de ellos tabaco; 4 consumen solventes, 2 cocaína y uno hongos y peyote. El participante que más drogas ha consumido es el participante 1, y los que menos, son los participantes 4 y 5.

Figura 17

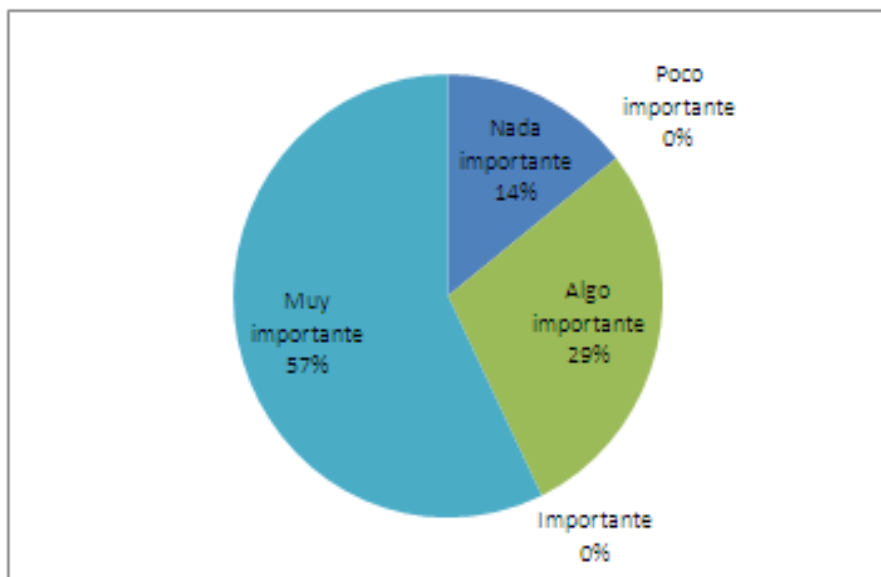
Primer droga y droga de impacto de los participantes, resultado de la entrevista



La figura 17 muestra que la primer droga que consumió el 28.5% de los participantes fue el alcohol y la marihuana. De igual forma, el 42.8 de ellos reporta que su droga de mayor impacto es la marihuana.

Figura 18

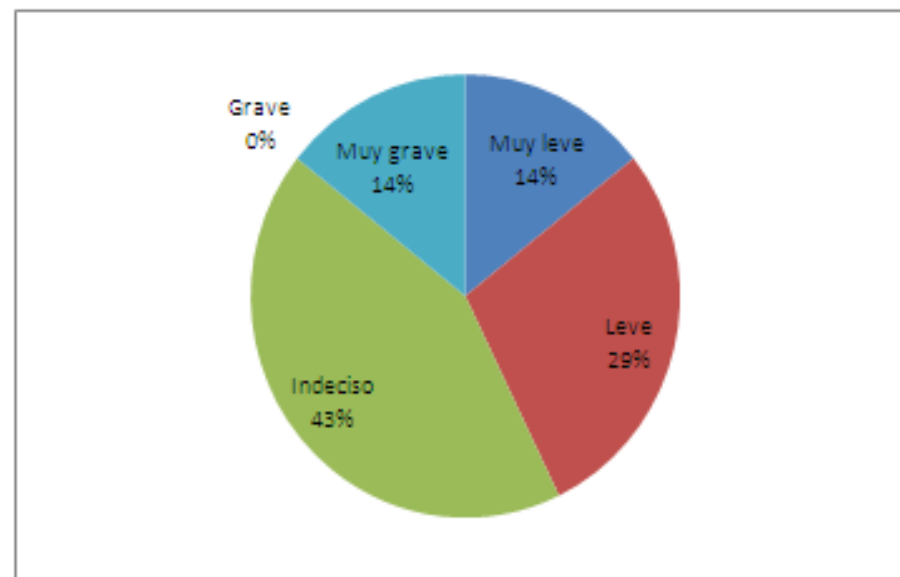
Importancia de dejar de consumir



La Figura 18 muestra que para el 57% de los participantes es muy importante dejar de consumir, para el 28% algo importante y para el 14% nada importante.

Figura 19

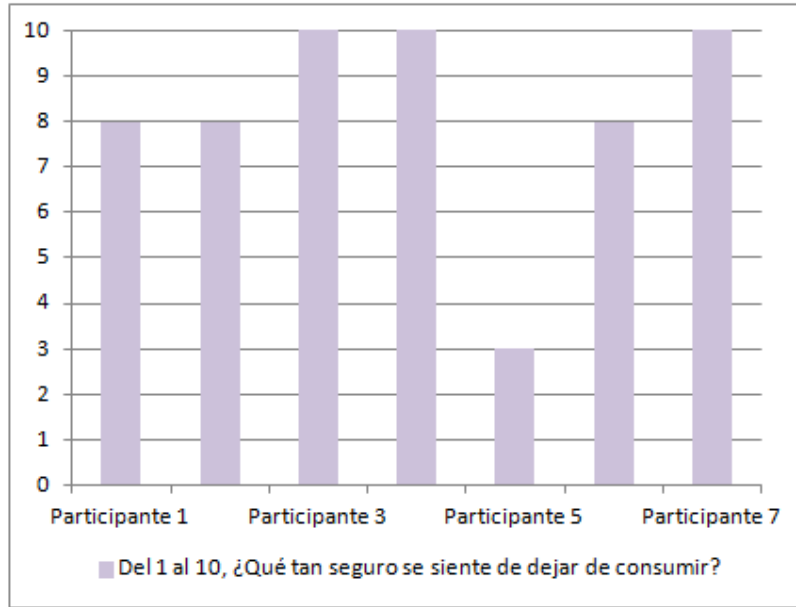
Autopercepción del consumo como problema



La Figura 19 muestra que 43% de los participantes considera su consumo como un problema indeciso, el 29% como un problema leve, el 14% como un problema muy leve y el 14% restante como un problema muy grave.

Figura 20

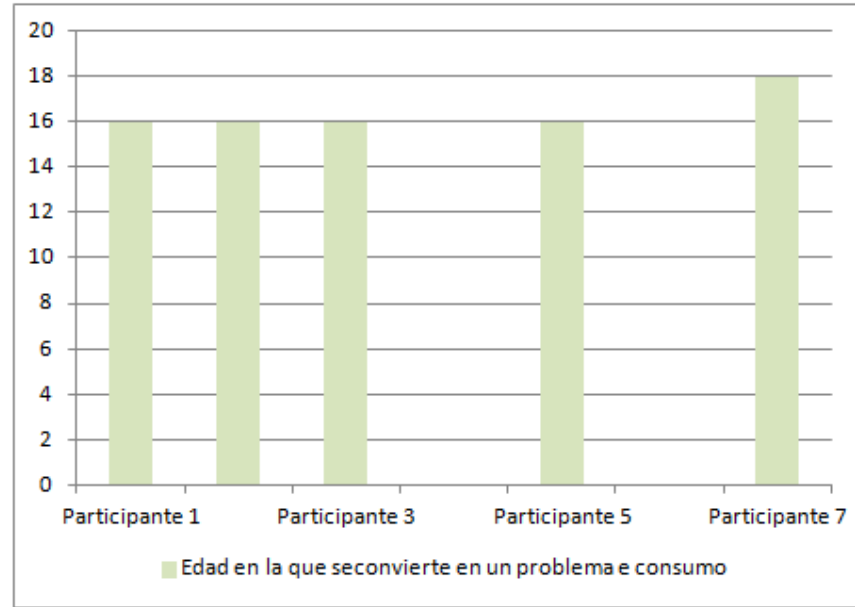
Seguridad de dejar de consumir



La Figura 20 muestra la seguridad de los participantes en una escala del 1 al 10 para dejar de consumir marihuana. Los datos indican un puntaje promedio de 8.1, con una máxima de 10 y una mínima de 3.

Figura 21

Edad en la que se convirtió en un problema el consumo

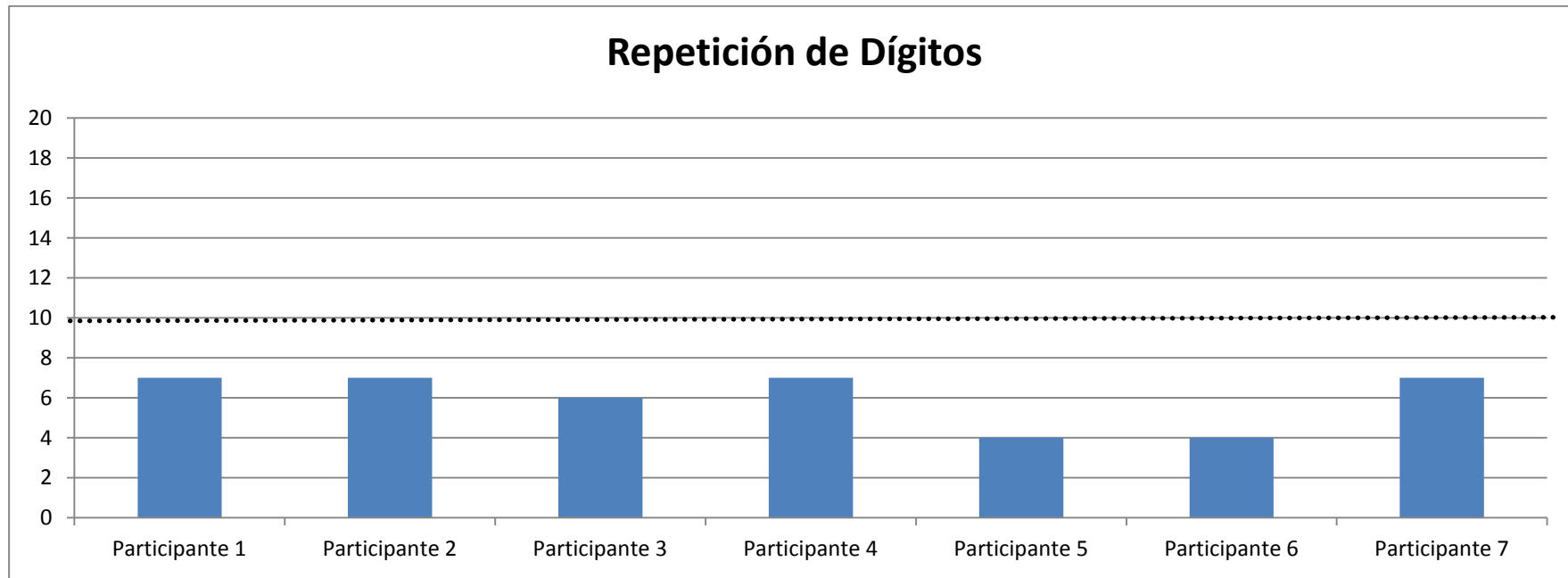


La Figura 21 muestra la edad en la que los participantes consideran que su consumo se volvió un problema, siendo para 4 de ellos a los 16 años, para uno a los 18 años y dos de ellos no lo perciben como un problema.

ADMISIÓN Resultados de las pruebas

Figura 22

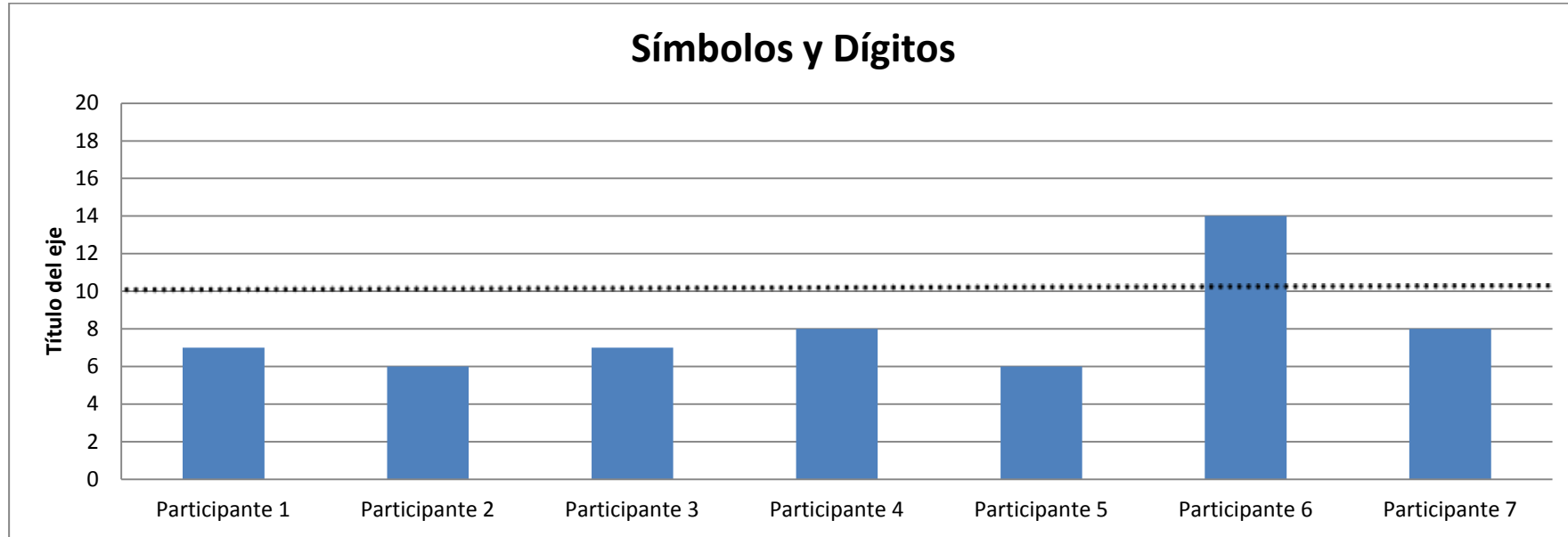
Puntaje de los participantes en la sub escala de dígitos



La figura 22 muestra los puntajes de los participantes en la subescala de dígitos, en la cual la línea marca la media de dicha prueba. Los 7 participantes se encuentran por debajo de la media teórica.

Figura 23

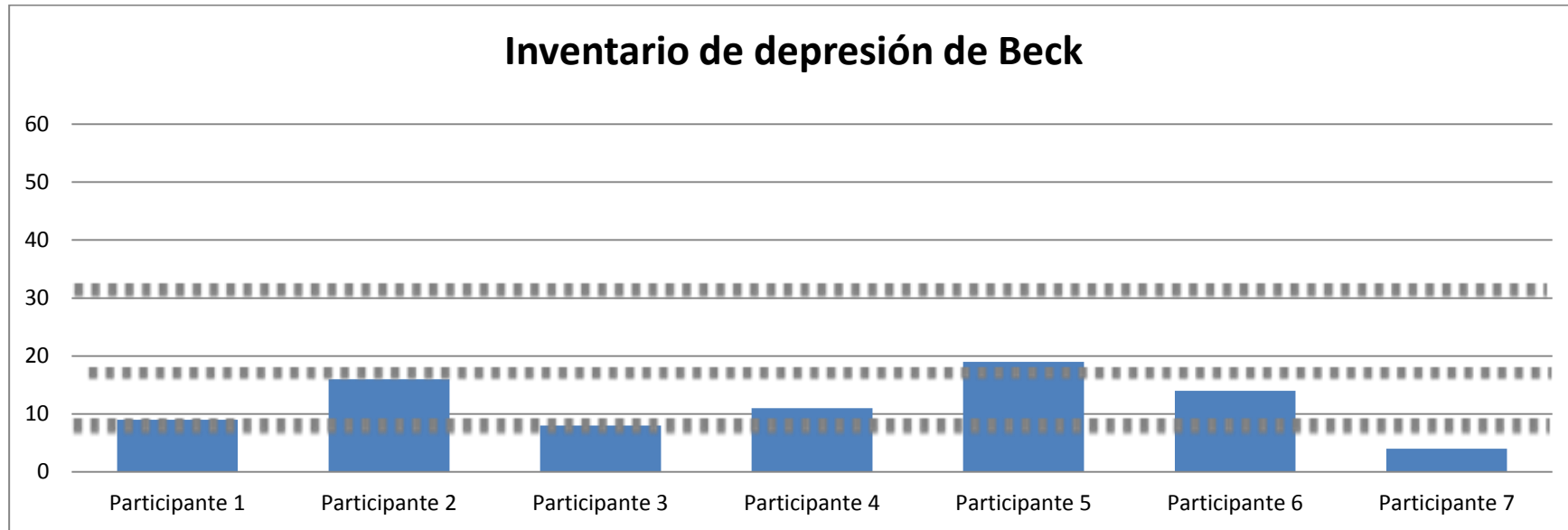
Puntaje de los participantes en la sub escala de símbolos y dígitos



La figura 23 muestra los puntajes de los participantes en la sub escala de símbolos y dígitos, la línea marca la media de dicha prueba. Sólo el participante 6 se encuentra por encima de la media teórica.

Figura 24

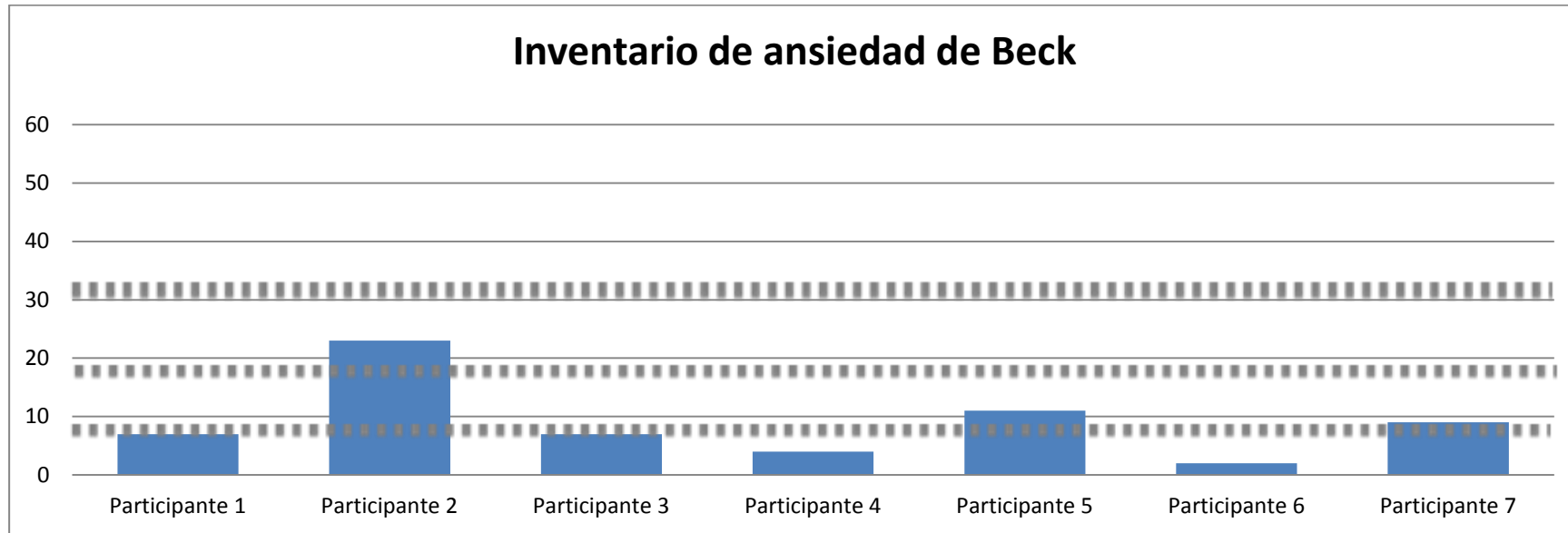
Puntaje de los participantes en el inventario de depresión de Beck



La figura 24 muestra los puntajes de los participantes en el inventario de depresión de Beck. Las líneas marcan los niveles de depresión: mínima, leve, moderada y severa. Se puede observar que 3 de los participantes tienen depresión mínima, así como 3 depresión leve y uno depresión moderada.

Figura 25

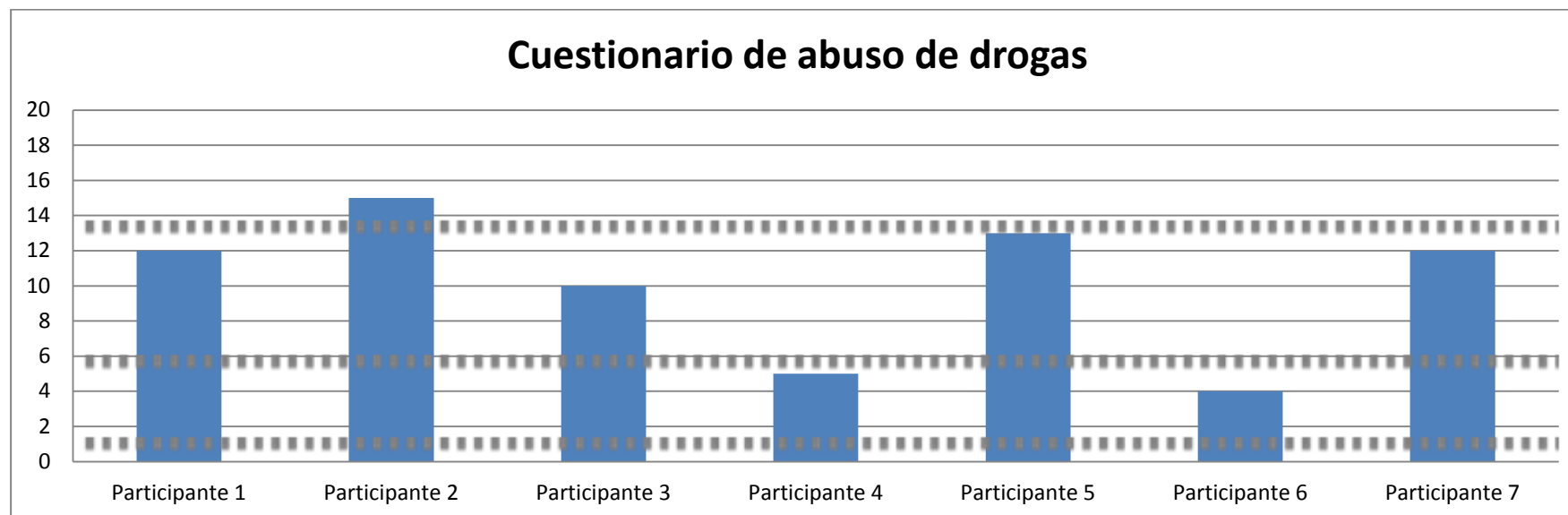
Puntaje de los participantes en el inventario de ansiedad de Beck



La figura 25 muestra los puntajes de los participantes en el inventario de ansiedad de Beck. Las líneas marcan los niveles de ansiedad: mínima, leve, moderada, severa. En esta sub escala 4 de los participantes tienen ansiedad leve, 2 ansiedad mínima y uno ansiedad moderada.

Figura 26

Puntaje de los participantes en el Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD)



La figura 26 muestra los puntajes de los participantes en el Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD). En el cuestionario 4 de los participantes muestran un nivel sustancial de consumo, 2 un nivel bajo y uno nivel moderado. Las líneas indican no reportó, nivel bajo, moderado, sustancias y alto.

NOTA: los participantes refieren no haber tenido consumo 12 meses, debido a que se encuentran en el CIPA. Se les pidió que respondieran de acuerdo a su consumo previo a ser internos del CIPA.

Tabla 2

Resultados totales de los participantes en las pruebas de la sesión de admisión.

	Folio 1	Folio 2	Folio 3	Folio 4	Folio 5	Folio 6	Folio 7
Sub escala de repetición de dígitos	Por debajo de la media	Por debajo de la media	Por debajo de la media	Por debajo de la media	Por debajo de la media	Por arriba de la media	Por debajo de la media
Sub escala de símbolos y dígitos	Por debajo de la media	Por debajo de la media	Por debajo de la media	Por debajo de la media	Por debajo de la media	Por arriba de la media	Por debajo de la media
Inventario de Beck depresión	Depresión mínima	Depresión mínima	Depresión mínima	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión leve	Depresión mínima
Inventario de Beck ansiedad	Ansiedad leve	Ansiedad leve	Ansiedad leve	Ansiedad mínima	Ansiedad leve	Ansiedad mínima	Ansiedad leve
Cuestionario de abuso de drogas	Nivel sustancial	Nivel sustancial	Nivel sustancial	Nivel bajo	Nivel sustancial	Nivel bajo	Nivel sustancial

La tabla 2 muestra los resultados de los participantes en las 5 pruebas. Los 7 se encuentran por debajo de la media en la repetición de dígitos. El participante 6 por arriba de la media en la sub escala de símbolos y dígitos. En el inventario de depresión de Beck 4 obtienen puntajes de depresión mínima, 2 leve y uno moderada. En el inventario de ansiedad de Beck 5 obtuvieron ansiedad leve y 2 mínima. En el cuestionario de abuso de drogas 5 participantes obtuvieron nivel sustancial y 2 nivel bajo.

SESIÓN 2 Evaluación: Medición de la Variable Dependiente Consumo de Marihuana

Dos de los instrumentos de la sesión de evaluación, serán vueltos a aplicar en las sesiones de Post-test.

Resultados de la sesión 1 del Pre-test. Evaluación

Objetivo de la sesión de evaluación:

Analizar el patrón de consumo de marihuana y las situaciones de mayor riesgo de consumo y autoeficacia para controlarlo, a partir de diversos instrumentos psicométricos, con la finalidad de planear adecuadamente el tratamiento y determinar la meta más adecuada.

Resultados de los instrumentos de la sesión 2 del Pre-test del Programa de Intervención Breve Para Usuarios de Marihuana

Tabla 3

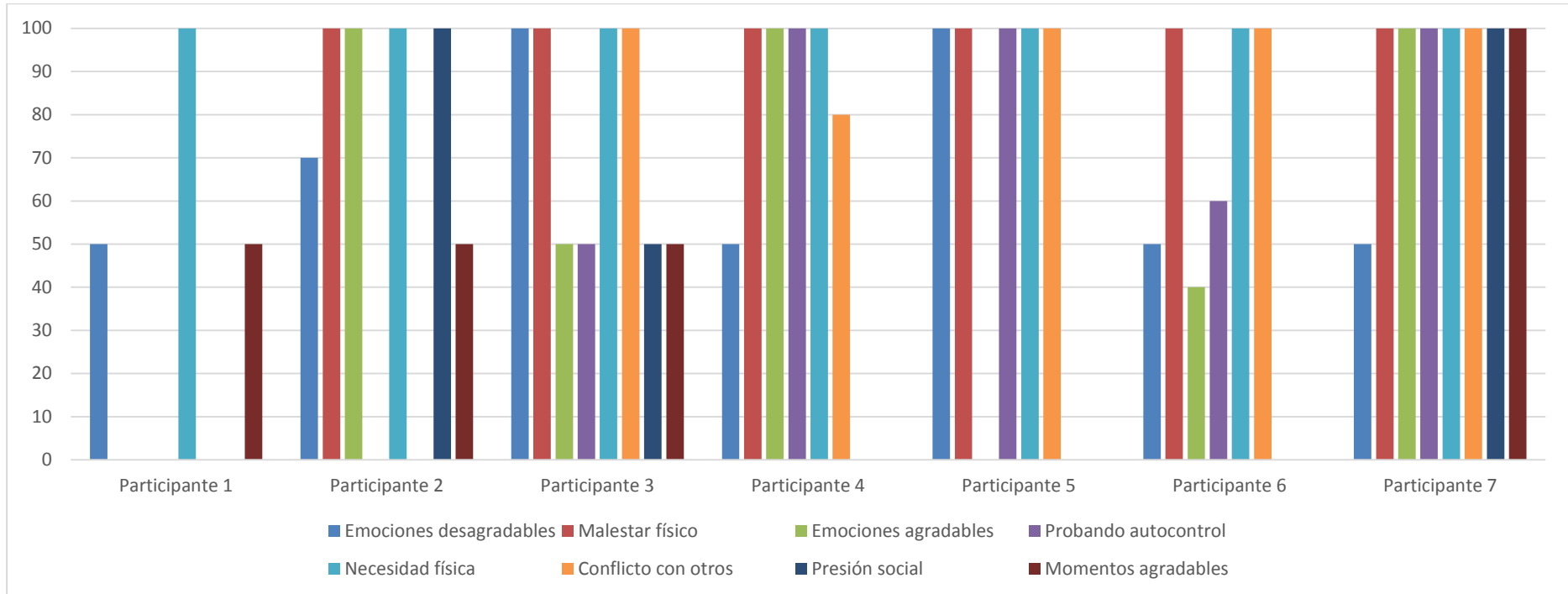
Registro de la Línea Base Retrospectiva (LIBARE) de los participantes antes de entrar al CIPA

Participante	7	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	6	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	2	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56
	1	18	18	18	18	18	18	18	18	39	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
Semana	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Antes del tratamiento																								

En la tabla 3, los resultados se indican por semana en un concentrado de 24 semanas (6 meses). El reporte se realizó de manera retrospectiva hacia los 6 meses antes de entrar al CIPA; ya que en los últimos 6 meses no reportaron consumo debido a la prohibición en el centro. Los participantes 1 y 2 son lo que presentan mayor consumo.

Figura 27

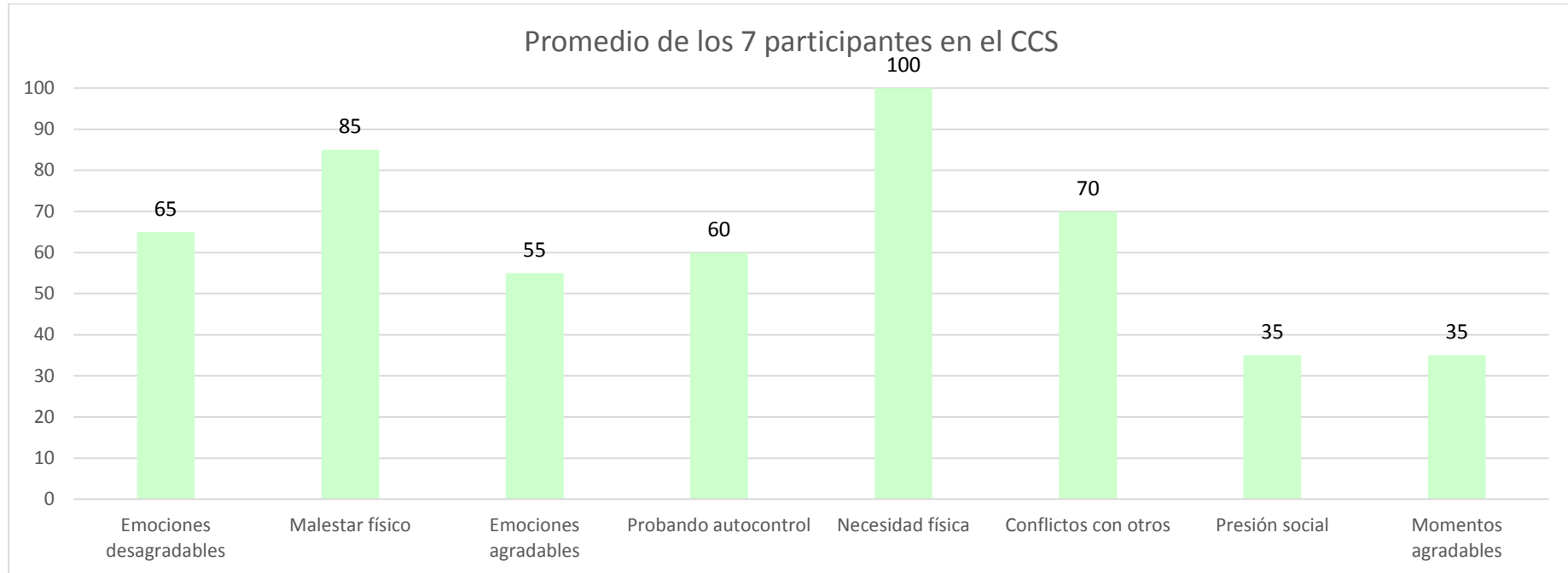
Resultados del Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS) en los participantes



La figura 27 muestra los resultados del Cuestionario Breve de Confianza Situacional. La escala pregunta ¿Qué tan seguro se siente de no consumir marihuana ante situaciones como Necesidad Física, Presión social o Momentos agradables? Los resultados van del 0 al 100, la figura indica que el participante 1 tiene menor nivel de confianza sobre su consumo y el participante 7 es el que tiene mayor confianza a través de las diferentes situaciones descritas en el instrumento.

Figura 28

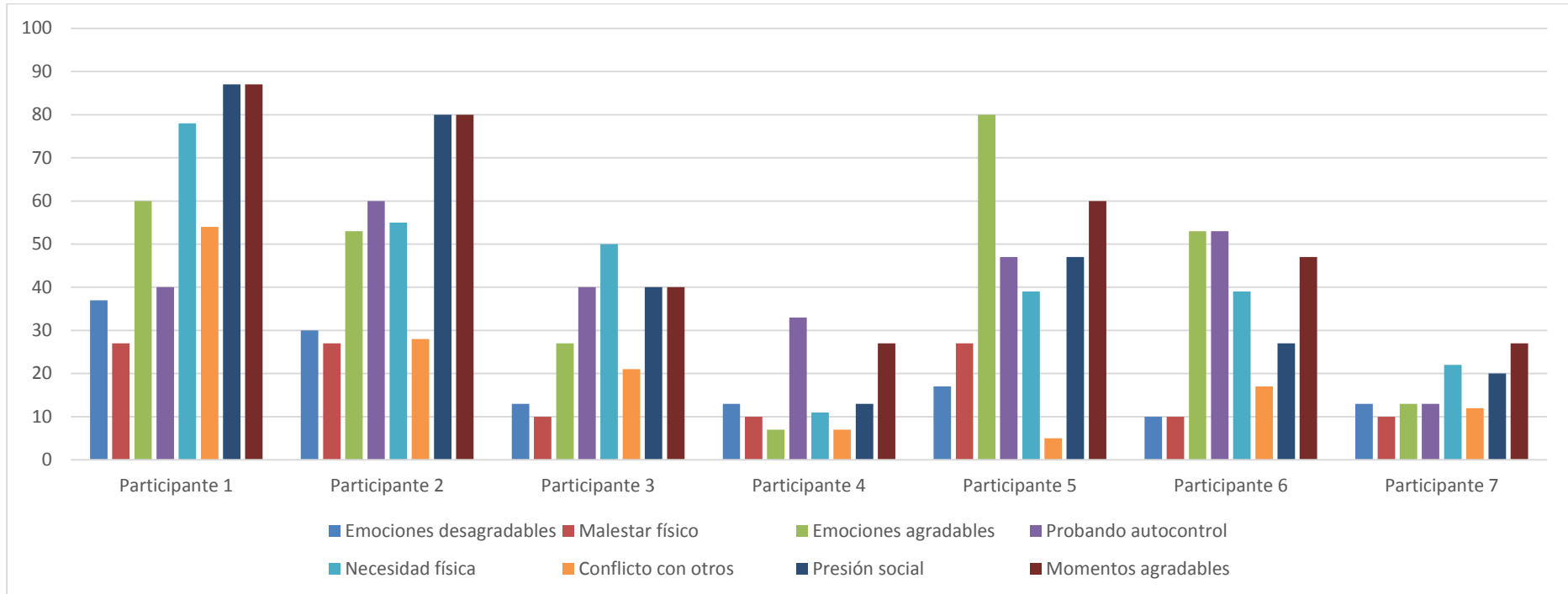
Promedio del Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS) en los 7 participantes



La figura 28 muestra los puntajes promedio de los 7 participantes en las situaciones del CCS. Las situaciones de consumo con menor confianza son cuando tienen presión social y momentos agradables, ambos con 35 puntos. El resto de las situaciones se colocan con puntajes mayores a 50, sobresaliendo la necesidad física con 100.

Figura 29

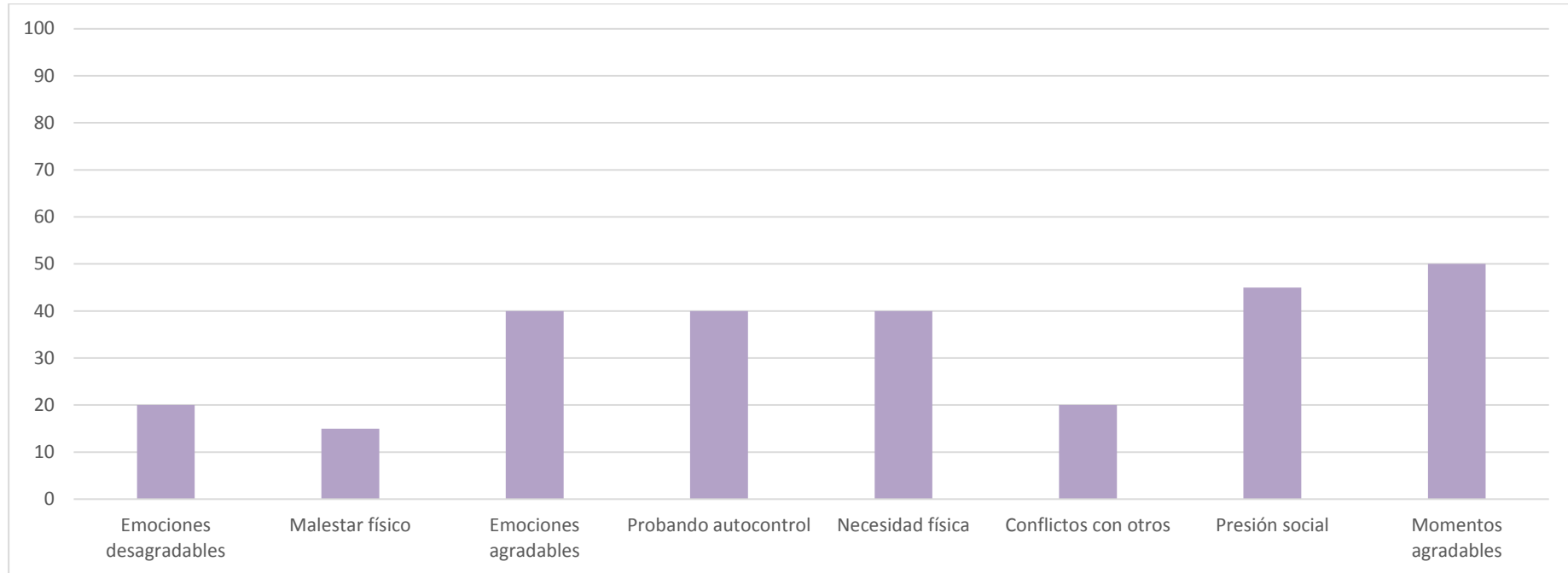
Puntaje en el Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD) en los 7 participantes



La figura 29 muestra las puntuaciones de los participantes en el ISCD. El instrumento está conformado por 60 reactivos que evalúan la frecuencia de consumo como cantidad porcentual. Se presentan a los participantes ocho situaciones específicas que van de emociones desagradables a conflicto con otros debido al consumo. El formato de respuesta va de Nunca (0), Rara vez (1), Frecuentemente (2), y Casi siempre (3)”.

Figura 30

Promedio de Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD) de los participantes



La figura 30 muestra los promedios de los 7 participantes en las 8 situaciones de consumo del ISCD. Los participantes obtuvieron menor puntuación con malestar físico (15 pts.), el resto de las situaciones se encuentra por arriba de los 20 puntos y sobresale los momentos agradables (50 pts.).

SESIONES DE LA INTERVENCIÓN

Esta fase está formada por 6 sesiones: 1. Inducción, 2. Decidir cambiar, 3. Identificar situaciones de riesgo, 4. Planes de acción, 5 Prevención de recaídas y 6. Mantenimiento de la meta.

Resultados de la sesión 1 de la intervención. Inducción

Objetivo de la sesión de inducción:

Demostrar al participante los lineamientos para reconocer los principales mitos en torno a la marihuana y las consecuencias del uso de esta sustancia, con el fin de concienciarlo en torno a sus propios resultados de la evaluación previa.

Resultados de la sesión 1 de la intervención

Tabla 4

Resultados de los participantes en la actividad 1 “Mitos de la marihuana” y actividad 2 “Realidades de la marihuana”.

Participantes	Actividad 1							Actividad 2						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
1.La marihuana es inofensiva	V	V	F	F	V	F	F	F	V	F	V	F	V	V
2.Los efectos de la marihuana desaparecen en unas cuantas horas	V	V	F	V	V	V	F	F	F	F	F	F	V	V
3.La marihuana no hace tanto daño como el tabaco	V	V	F	F	V	V	F	F	V	F	F	V	F	V
4. Quien consume droga puede dejarlo cuando quiera	V	F	F	V	V	V	V	F	F	F	F	V	V	F

La tabla 4 muestra las respuestas con cambios más significativos de las actividades 1 y 2. En dichas actividades se les pidió a los participantes que contestarán con una V (Verdadero) o F (Falso), de acuerdo a las afirmaciones mostradas. En la actividad 2 se les solicitó lo mismo, pero habiendo recibido información previa. De igual forma, en los recuadros de la actividad dos, se muestran sombreados los cambios positivos con respecto a la actividad 1.

Tabla 5

Resultados de la actividad 3 “Consecuencias por el consumo de la marihuana”, Pregunta: Consecuencias positivas

Participante 1	Placer
	Aumento del apetito
Participante 2	Relajar
	Me hacía sentir bien cuando tenía problemas
	Me gustaba fumarla para sentirme bien
Participante 3	Felicidad
	Te sientes bien durante su efecto
	Relajar
Participante 4	Te olvidas de los problemas
	Relajar
	Me olvido de los problemas
Participante 5	Me siento bien
	Ves el tiempo más despacio
	Puedes tener relaciones sexuales y duras mucho tiempo
Participante 6	Alegría
	Relajar
	Dejarla cuando uno quiera
Participante 7	Control sobre la droga
	Sentirme desesperado
	Olvidar cosas
	Para pasármela bien

Placer
8 respuestas

Olvidar cosas/problemas
4 respuestas

Relajarse
4 respuestas

Otros
6 respuestas

La tabla 5 muestra las respuestas que dieron los participantes a la actividad 3 y en las figuras se muestran dichas respuestas categorizadas en cuatro categorías: placer, relajarse, olvidar cosas/ problemas y otros

Tabla 6

Resultados de la actividad 3 “Consecuencias por el consumo de la marihuana”, Pregunta: Consecuencias negativas

Participante 1	Pérdida de la memoria
	Hacer o actuar sin pensar
	Problemas con las autoridades
Participante 2	Me hice adicto a la marihuana y tuve problemas con la familia
	Me hizo daño fumar mucha marihuana
	Tuve padecimiento pulmonar por el consumo de marihuana y otras drogas
Participante 3	Te duele la cabeza después de que se haya pasado el efecto
	Te hace más agresivo
	Te genera más problemas de los que tienes
Participante 4	Que puedes caer en coma
	La marihuana te hace el mismo daño que el tabaco
	Que puede hacer que te olvides de tus problemas un rato, pero después Del efecto los problemas pueden ser más fuertes
Participante 5	Que el humo de tabaco y marihuana te afecta
	Te afecta el cerebelo
	Te afecta el hígado
Participante 6	Agresividad
	Ansiedad
	Sofocación
Participante 7	Pérdida de familiares
	Problemas con la ley y con personas conocidas
	Perdida de amigos (desatención)

Problemas con autoridades/familia
6 respuestas

Problema de salud
4 respuestas

Misma daño que el tabaco
2 respuestas

Agresividad
2 respuestas

Otros
7 respuestas

La tabla 6 muestra las respuestas que dieron los participantes a la actividad 3 y en las figuras se muestran categorizadas en 5 áreas problemas con autoridades/familia, problema de salud, agresividad, mismo daño que el tabaco y otros.

Tabla 7

Resultados de la actividad 4 “Consecuencias por el consumo de la marihuana” (2)

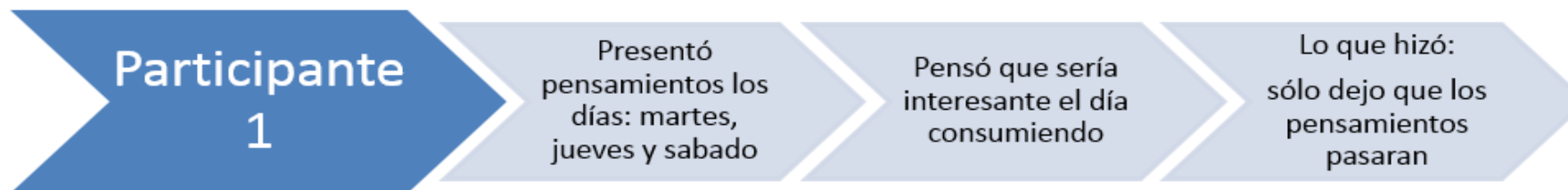
Participante 1	Problemas con las autoridades	Problemas con personas de alrededor 4 respuestas
	Problemas con la familia	
	Abandono y falta de interés en la escuela o trabajo	
Que ya no la voy a poder fumar		
Participante 2	Tuve problemas con la gente por el consumo de drogas	Delitos/agresividad 4 respuestas
	Me hice adicto a la marihuana y me hizo cometer delitos	
Participante 3	Te puede generar enfermedades como el cáncer y también genera adicción	
	Te hace violento provocando que tengas problemas con las personas	
	Te lleva a cometer delitos bajo su efecto como robar para comprar más	
Participante 4	Que la marihuana es una droga ilegal, que te puede hacer un bien pero a la vez te hace un mal	Problemas de salud 4 respuestas
	También son vario síntomas que te dan cuando estas bajo el efecto de la marihuana, como ataque de risa, sueño, hambre, etc.	
	Puedes llegar a hacer cosas que al otro día no te acuerdas	
Participante 5	Estoy feliz siempre	
	Cambia mi manera de ser, soy más amable	
	Me afecta al cerebelo	
Participante 6	Ansiedad	
	Taquicardia	
	Agresividad	
Participante 7	Llegar a pensar actos suicidas (para tener valor)	
	Daños en el cuerpo y en el cerebro	
	Problemas familiares	

La tabla 7 muestra las respuestas que dieron los participantes a la actividad 4 y en las figuras se muestran categorizadas en 4 categorías problemas con personas de alrededor, delitos/ agresividad, problemas de salud y otros.

Con respecto al autorregistro, ningún participante reporta consumo. De igual forma, sólo los participantes 4 y 7 se presentan con el autorregistro hecho. El participante 1 reporta haber tenido pensamientos sobre consumir en la semana.

Figura 31

Pensamientos sobre consumo de los participantes en la sesión 1



La figura 31 muestra los días que el participante 1 presentó pensamientos sobre consumir, así como lo que hizo para evitarlos.

Resultados de la sesión 2 de la intervención. Decidir cambiar

Objetivo de la sesión Decidir cambiar:

Aplicar el primer paso del modelo de intervención con participantes de marihuana a partir de cada uno de los ejercicios para la primera sesión, con la finalidad de apoyar al participante a reflexionar sobre su consumo de esta sustancia y reducir la ambivalencia que experimentará al realizar un cambio en su estilo de vida para suspender el consumo.

Tabla 8

Resultados del ejercicio 1A “Decisión de cambio”, Pregunta: Ventajas de dejar de consumir

Participante 1	Mejorar aceptación por parte de mi familia
	Mayor responsabilidad laboral o laboral
Participante 2	Me ayuda mucho en no tener problemas con mi familia
	Me ayudaba mucho en no tener problemas en los pulmones
Participante 3	No malgastaría mi dinero
	Cambiaría mi forma de ser
	Tendría menos problemas
Participante 4	Me ayudaría mucho para mi salud
Participante 5	Estar mejor conmigo mismo
	Actuar mejor ser mejor persona
Participante 6	Mejor relación familiar
	Sin problemas personales
Participante 7	Ya no tener problemas con familiares
	Tener salud en buen estado

Aceptación familiar

4 respuestas

Mejor salud

3 respuestas

Bienestar personal

3 respuestas

Menos problemas

2 respuestas

Otros

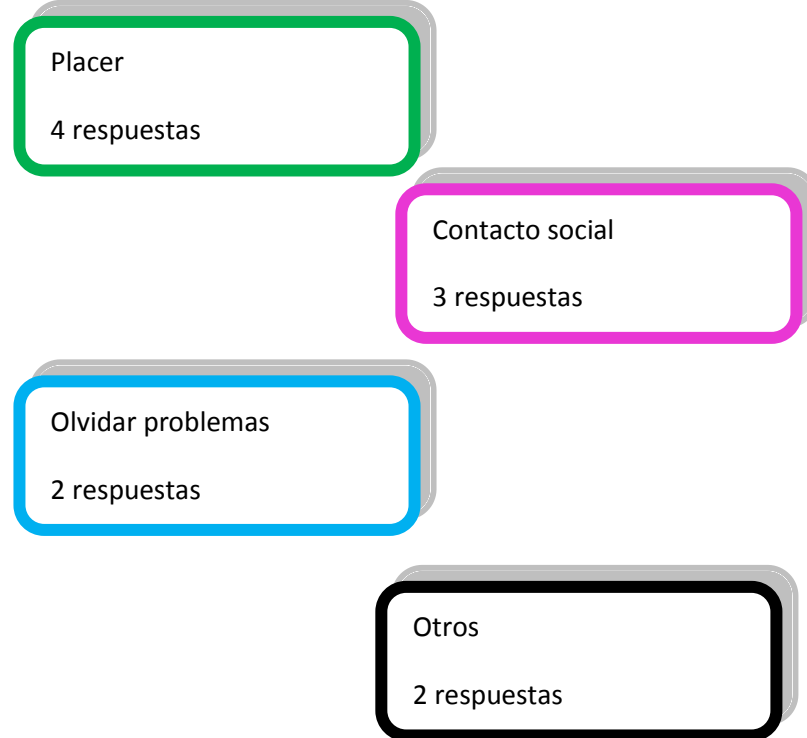
2 respuestas

La tabla 8 muestra las respuestas que dieron los participantes a la actividad 1A y en las imágenes se muestran en 5 categorías: aceptación familiar, mejor salud, bienestar personal, menos problemas y otros.

Tabla 9

Resultados del ejercicio 1A “Decisión de cambio”, Pregunta: Ventajas de continuar con el consumo

Participante 1	La habilidad de conversaciones personales
	Sentir la sensación de placer al fumar
Participante 2	Que tenía amigos drogadictos
Participante 3	Me sentiría bien
	Se me olvidan los problemas
	Me relajaría
Participante 4	Me sentiría bien relajado y también me olvidaría de todos mis problemas
Participante 5	Siento agradable con la hierba
Participante 6	Me relajo
	Divierte
	Conozco más gente, más ambientes
Participante 7	Tendría problemas con mi familia
	Problemas conmigo mismo



La tabla 9 muestra las respuestas que dieron los participantes a la actividad 1A, con respecto a las ventajas de continuar su consumo y en las imágenes se muestran en 4 categorías: placer, contacto social, olvidar problemas y otros.

Tabla 10

Resultados del ejercicio 1A “Decisión de cambio”, Pregunta: Desventajas de continuar el consumo

Participante 1	Perder a un grupo de amigos a los que frecuento
Participante 2	Que me haga daño en los pulmones
Participante 3	No me sentiría relajado
	Dejaría de sentir el efecto de la marihuana
Participante 4	Me sentiría deprimido y desesperado
Participante 5	No hay desventaja
Participante 6	Volver a pensar en problemas
	Desesperado
	Llamar la atención
Participante 7	Perder amistad

No relajado
3 respuestas

Pérdida de contacto social
2 respuestas

Otros
5 respuestas

La tabla 10 muestra las respuestas que dieron los participantes a la actividad 1A, con respecto a las desventajas de continuar su consumo y en las imágenes se muestran en 3 categorías: no relajado, pérdida de contacto social, otros.

Tabla 11

Resultados del ejercicio 1A “Decisión de cambio”, Pregunta: Desventajas de continuar el consumo

Participante 1	Menos aceptación de mi familia
Participante 2	Problemas a mi salud física
	Me pondría nervioso
Participante 3	Problemas con mi familia
	Falta de dinero
	Problemas con mi salud
Participante 4	Mi estado de ánimo estaría mejor
Participante 5	Meterme en problemas con la ley
Participante 6	Problemas familiares
	Dinero
	La salud
Participante 7	Ya no tendría por qué tener problemas conmigo mismo
	Perder apoyo de la familia

Aceptación familiar
4 respuestas

Salud física
3 respuestas

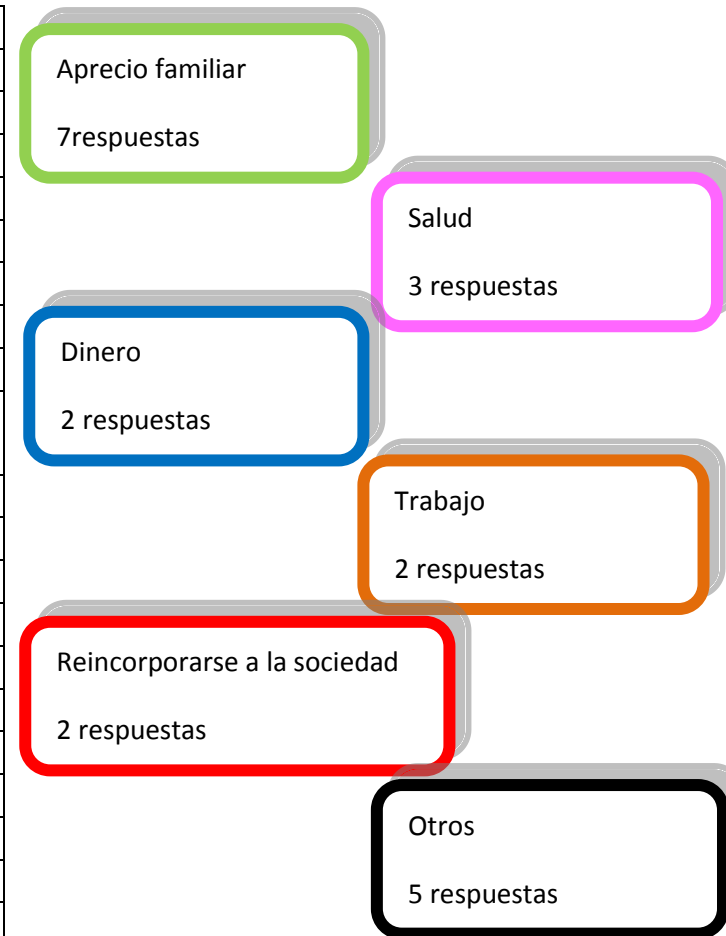
Falta de dinero
2 respuestas

Otros
4 respuestas

La tabla 11 muestra las respuestas que dieron los participantes a la actividad 1A, con respecto a las desventajas de continuar su consumo y en las imágenes se muestran en 4 categorías: aceptación familiar, salud física, falta de dinero y otros.

Tabla 12 Resultados del ejercicio 1B “Razones para cambiar”

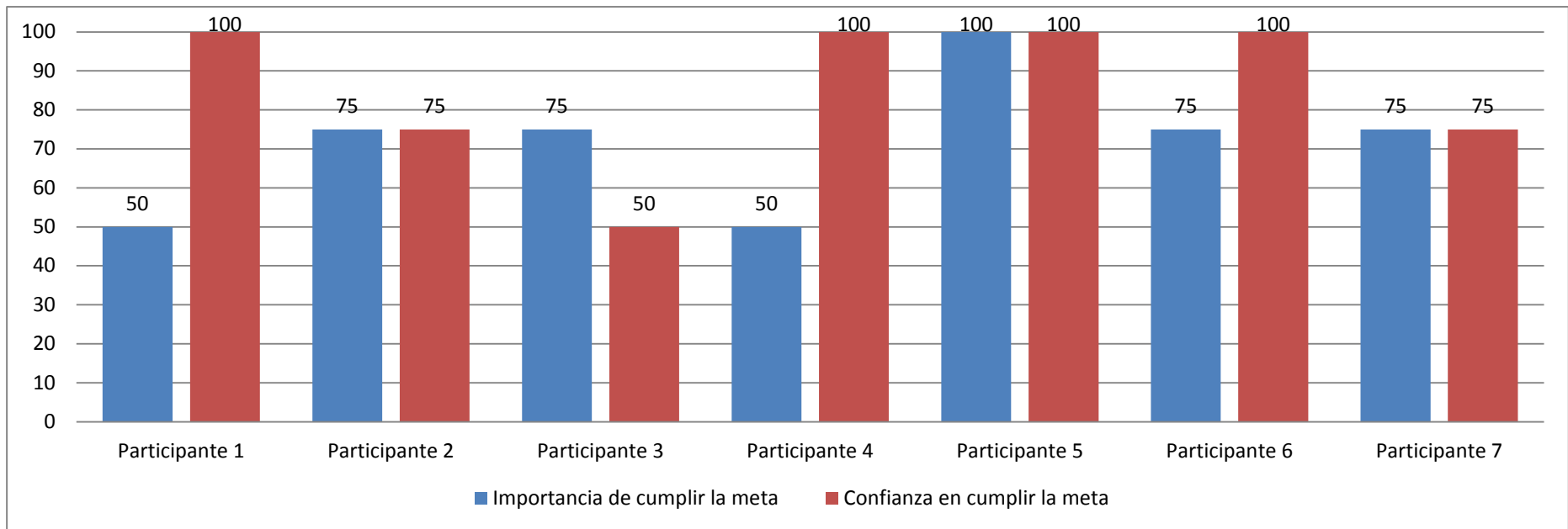
Participante 1	Para reincorporarme a la sociedad y que me vean de una forma diferente con más aceptación
	Para tener más responsabilidad laboral o en la escuela
	Para lograr aprecio en mi familia
Participante 2	No tener problemas familiares
	No tener enfermedades
Participante 3	No tener dinero en la semana
	Mejoraría mi desempeño en la escuela y mejorarían mis calificaciones
	Tendré menos problemas con las personas y con mi familia
Participante 4	Mi salud estaría mejor y tendré mejor rendimiento para trabajar
	Mejoraría la relación con mi familia ya que ellos no están de acuerdo con que yo consuma marihuana
	Las cosas irían mejor en mi vida ya que al consumirla me podría causar problemas
Participante 5	También sería mejor si dejo de consumir para que yo pueda estar bien de salud
	No lo volvería a hacer porque estoy mejor así sin el fumar
	Por qué me pone nervioso y por qué no quiero
Participante 6	No por mi familia porque tengo hermanos
	Poder tener un mejor aporte para la sociedad
	Tener una mejor relación con la familia
Participante 7	Mejorar la actitud hacia los hijos y tener una mejor forma de pensar
	Para apoyarme con mi familia
	En el trabajo para llegar con buen aspecto e higiene personal
Participante 7	Para controlar los gastos y no gastar en otra cosa



La tabla 12 muestra las respuestas que dieron los participantes a la actividad 1B Razones para cambiar y en las imágenes se muestran las respuestas en 6 categorías: aprecio familiar, salud, dinero, trabajo, reincorporarse a la sociedad y otros.

Ejercicio 1C. Establecimiento de la meta

Figura 32
Resultados en los Niveles de importancia y confianza para cumplir la meta



La figura 32 muestra que para 4 de los participantes tienen 100% de confianza en cumplir su meta, aunque sólo para uno de ellos es 100% importante cumplir dicha meta; para dos participantes es 75% importante tan la meta, como la importancia de la misma; para dos participantes la meta tiene 50% de importancia.

Con respecto al autorregistro de la sesión 2, los participantes 1 y 3 no presentaron el autoregistro hecho. Ningún participante presentó ni consumo ni pensamientos de tener necesidad de marihuana.

Resultados de la sesión 3 de la Intervención. Identificar situaciones de riesgo

(Folleto Identificar situaciones que me llevan al consumo de marihuana)

Objetivo de la sesión Identificar situaciones de riesgo:

Identificar las situaciones de riesgo para un usuario, los disparadores que lo llevan a consumir y los tipos de consecuencias de su consumo, con el fin de reunir elementos que permitan plantear un plan de acción para el usuario.

Tabla 13 Resultados del ejercicio 1 “Situaciones en las que has consumido marihuana”, Pregunta: Situaciones de consumo

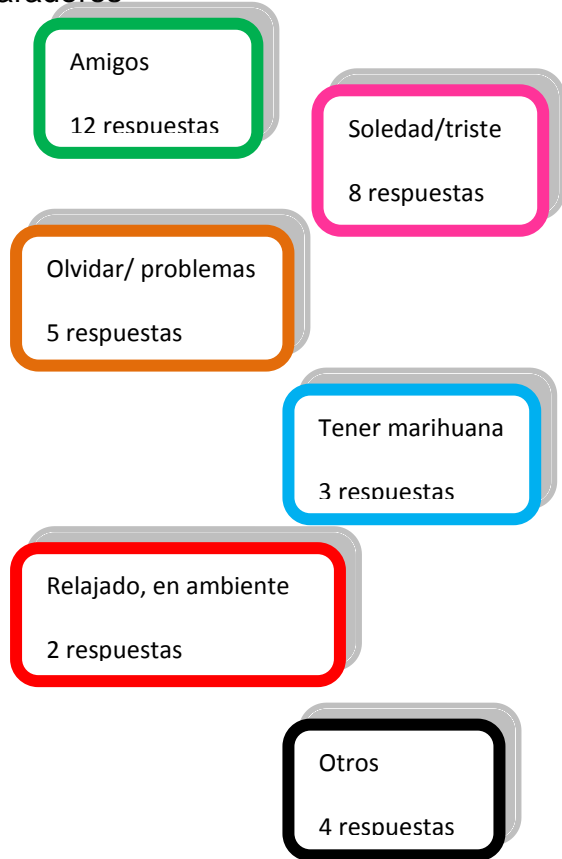
Participante 1	Estaba en casa de un amigo y empezamos a consumir	Amigo 7 respuestas
	Estaba en casa de un amigo y empezamos a consumir	
	Estaba en casa de un amigo y empezamos a consumir	
Participante 2	En una fiesta, se acercaron unos amigos y me invitaron	Amigo y fiesta 5 respuestas
	En mis cumpleaños	
	Cuando falleció mi abuelita	
Participante 3	Con mis primos, en casa de uno de ellos hicimos una fiesta	Deprimido/triste 3 respuestas
	Nos fuimos de pinta y unos amigos nos ofrecieron y acepté por sentirme bien y relajarme	
	En una fiesta donde había drogas y mis amigos me ofrecieron	
Participante 4	Me sentía deprimido y acudí a comprar un poco de marihuana para poder relajarme y estar tranquilo	En la escuela 2 respuestas
	Cuando estaba en una fiesta y unos amigos sacaron la marihuana y empezaron a fumar y me dieron para que fumara	
	Cuando estoy con mis amigos y queremos pasar un rato más agradable	
Participante 5	Un día estaba triste con algunos amigos y me fume 3 cigarros de marihuana	Otros 4 respuestas
	Un día me enoje con mi novia y me sentía muy triste y estaba fumando	
	En una fiesta con mis amigos	
Participante 6	Estaba con mi amigo en la calle y vi la marihuana y le dije que sacara el toque	
	Con un amigo en mi casa para no sentirme aburrido	
	Estando en la escuela	
Participante 7	Estábamos en un parque como a las 10 de la noche bebiendo y un chavo nos invitó y para no quedar mal todos fumamos	
	En una fiesta con amigos del colegio estábamos en ambiente y sacaron varias drogas pero lo único que me metí fue marihuana	
	En el colegio un compañero saco cigarros de marihuana y le acepte uno	

La tabla 13 muestra la respuesta de los participantes en el ejercicio de la sesión 3 Identificar situaciones de riesgo en la pregunta de situaciones de consumo y en las imágenes dichas respuestas en 4 categorías, amigo, amigo y fiesta, en la escuela y otros.

Tabla 14

Resultados del ejercicio 1 "Situaciones en las que has consumido marihuana", Pregunta: Disparadores

Participante 1	Teníamos marihuana en nuestras manos	
	Estar con mi amigo que es consumidor	
	Teníamos marihuana en nuestras manos	
	Estar con mi amigo que es consumidor	
	Teníamos marihuana en nuestras manos	
	Estar con mi amigo que es consumidor	
Participante 2	Me sentía alegre y mis amigos me invitaron	
	Que era mi cumpleaños y estaba feliz	
	Me sentí triste	
Participante 3	Mis primos y no había nadie que nos dijera algo	
	Mis amigos consumían y quería probar	
	La fiesta, el ambiente, mis amigos	
Participante 4	Quando estoy deprimido	Problemas
	Me siento sólo	Amigos
	Problemas	Amigos
	Amigos	Depresión
	En una fiesta	Soledad
	Quando estoy deprimido	Problemas
	Me siento sólo	
Participante 5	Olvido lo que paso ese día y me puse relax	
	Baile toda la noche	
	Estaba con mis amigos y me sentía triste	
Participante 6	Estar con mi amigo	
	Sentirme relajado, estar en ambiente	
	Estrés y estar con mi amigo	
Participante 7	Sentirme con demasiada energía, no sentir fatiga	
	Me sentí relajado más en ambiente	
	Olvidar problemas para desestresarme	



La tabla 14 muestra las respuestas del ejercicio 1 Situaciones en las que has consumido marihuana, con respecto a los disparadores que hay favorecido su consumo, en las figuras se muestran en 5 categorías: amigos, soledad/tristeza, olvidar/problemas, tener marihuana, relajado, en ambiente y otros.

Tabla 15

Resultados del ejercicio 1 “Situaciones en las que has consumido marihuana”, Pregunta: Consecuencias inmediatas

Participante 1	Boca seca		Boca seca 6 respuestas	Olvidar problemas 4 respuestas
	Relajamiento			
	Gente se daba cuenta que estaba drogado			
	Tener la boca seca			
	La gente se daba cuenta			
	Tener la boca seca			
	Taquicardia			
Participante 2	Mis padres se daban cuenta		Placer 4 respuestas	Hambre 4 respuestas
	Se me olvidaron los problemas			
	Me sentí normal			
Participante 3	Sentí que se me iban a olvidar los problemas		Sueño 3 respuestas	Relajamiento 3 respuestas
	Estuvimos pasándola bien			
Participante 4	Tuve problemas con otros chavos y me pelee		Adrenalina 3 respuestas	Otros 7 respuestas
	Boca seca	Hambre		
	Hambre	Sueño		
	Adrenalina	Boca seca		
	Sueño	Adrenalina		
	Boca seca	Hambre		
Participante 5	Adrenalina		Adrenalina 3 respuestas	Otros 7 respuestas
	Sueño			
Participante 6	Sólo me sentí feliz		Adrenalina 3 respuestas	Otros 7 respuestas
	Sólo tuve hambre			
Participante 7	Me sentía bien en ese momento		Adrenalina 3 respuestas	Otros 7 respuestas
	No sabía lo que estaba haciendo ni con quien			
Participante 7	Sentirme relajado		Adrenalina 3 respuestas	Otros 7 respuestas
	Con energía para olvidar problemas			
	Sentirme bien, sin problemas			
	Relajar mi cuerpo y mente			

La tabla 15 muestra las respuestas de los participantes con respecto a las consecuencias inmediatas de su consumo, en las imágenes se muestran en 8 categorías: boca seca, olvidar problemas, placer, hambre, sueño, relajamiento, adrenalina y otros.

Tabla 16

Resultados del ejercicio 1 “Situaciones en las que has consumido marihuana”, Pregunta: Consecuencias demoradas

Participante 1	Descuido de la escuela
	Descuido de la escuela
	Descuido de la escuela
Participante 2	Me sentí desesperado y triste
	Me sentí normal
	Me sentía confundido
Participante 3	Se enteró mi mamá y me regañó y castigo
	Tuve problemas en la escuela y con mi familia
	Llegue tarde a mi casa y me regañaron
Participante 5	Cansancio
Participante 6	Se me olvidaron las cosas
	Me dolía la cabeza
	Me sentía agitado
Participante 7	No recordar lo que hice al despertar al siguiente día
	No recordar lo que pasó
	Podía hacerme adicto a esa droga

Olvido de lo que pasó
3 respuestas

Malestar emocional
2 respuestas

Problemas escolares
4 respuestas

Problemas familiares
3 respuestas

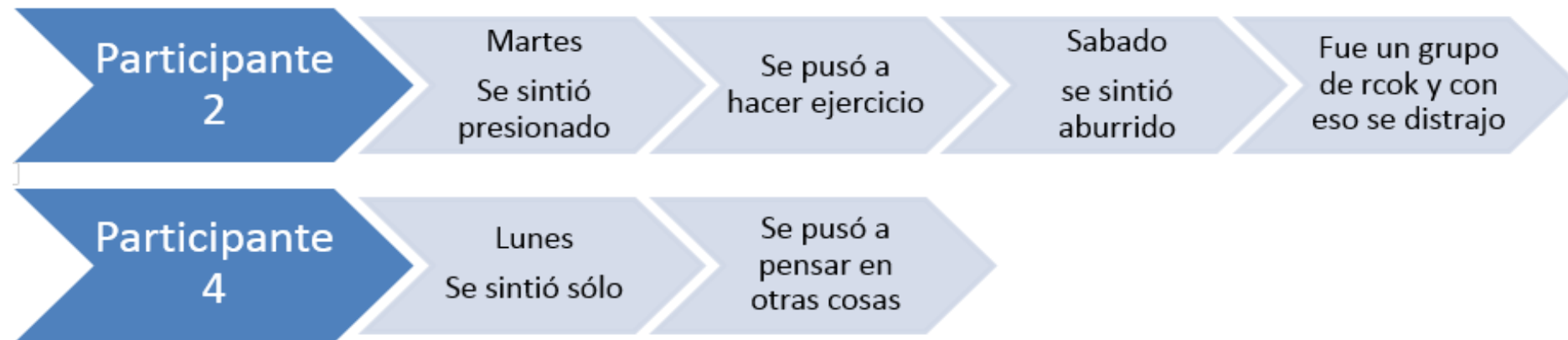
Otros
5 respuestas

La tabla 16 muestra las respuestas de los participantes con respecto a las consecuencias demoradas de su consumo, en las imágenes se muestran en 5 categorías: problemas escolares, olvidó lo que pasó, problemas familiares, malestar emocional y otros.

Con respecto al autoregistro de la sesión 3, sólo el participante 3 lo presento, esto debido a que hubo un cateo y el resto de los participantes perdió su material. De igual forma, dos de los participantes manifestaron tener pensamientos sobre consumo.

Figura 33

Pensamientos sobre consumo de los participantes en la sesión 3



La figura 33 muestra que tanto el participante 2 como el 4 tuvieron pensamientos de consumo, en el primero dos ocasiones en la semana y el segundo sólo en una. El hacer actividades lúdicas, así como cambiar de pensamiento les ayudo a detener dichos pensamientos.

**Resultados de la sesión 4 de la intervención. Planes de acción
(Folleto planes de acción)**

Objetivo de la sesión de Planes de acción:

Analizar la estrategia de los planes de acción frente al consumo de marihuana a partir de los instrumentos correspondientes, lo que le permitirá guiar al usuario en la adquisición de esta habilidad, como una forma de enfrentarse a situaciones de riesgo de consumo de esta sustancia sin hacer uso de la droga.

Tabla 17

Resultados del ejercicio “Opciones, consecuencias y planes de acción”, Pregunta: Situaciones de consumo

Participante 1	Ir caminando a la escuela en vez de ir en el transporte, caminando se encontraba con amigos que consumen
	Salir a buscar amigos para consumir los fines de semana
	La mayoría de amigos consumidores y convivía mucho con ellos
Participante 2	Cuando estoy triste, estresado
	Perder a un ser querido de tu familia
	Un cumpleaños mío
Participante 3	Cuando vas a una fiesta y ves que están consumiendo y quieres sentirte en su onda
	Cuando trabajé toda la semana y quiera relajarme el fin
	Cuando en la escuela estás estresado y te invitan un toque para relajarte
Participante 4	Cuando estoy con mis amigos
	Una fiesta
	Para relajarme
Participante 5	Estar en una fiesta
	Me invitaran
	Que un amigo estuviera forjando
Participante 6	Estar con amigos
	Tristeza
	Problemas familiares
Participante 7	Voy hacia mi casa y veo a mis amigos que me invitan, me siento triste y me da curiosidad Probarla
	Estoy en una fiesta y mis amigos me invitan a fumar marihuana
	Voy al parque y me encuentro a unos amigos que me invitan

Amigos
7 respuestas

Fiestas/cumpleaños
5 respuestas

Malestar emocional
3 respuestas

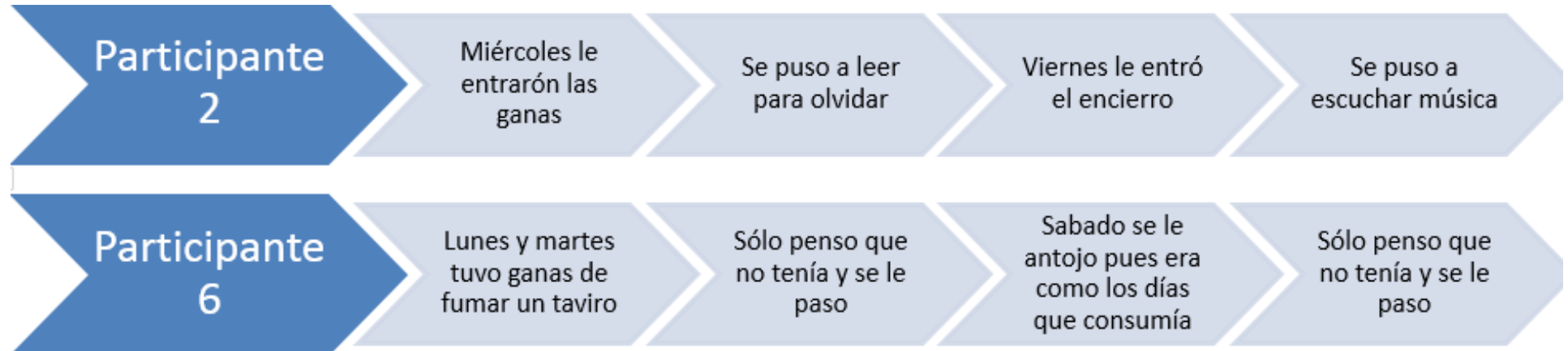
Otros
7 respuestas

La tabla 17 muestra las respuestas de los participantes de sus situaciones de consumo, en las imágenes, se ponen dichas respuestas en 4 opciones: amigos, fiestas/cumpleaños, malestar emocional, otros.

Con respecto al autorregistro de la sesión 4, el participante 1 no lo llevó realizado y de igual forma no leyó la lectura de la sesión. En cuanto a pensamientos de consumo, tanto el participante 2 como el 6 llegaron a tener.

Figura 34

Pensamientos de los participantes sobre consumo de la sesión 4



La figura 34 muestra que los participantes 2 y 6 tuvieron pensamientos sobre consumo. El participante 2 tuvo pensamientos dos veces en la semana, los cuales controló realizando actividades lúdicas, mientras que el participante 6 tuvo los pensamientos 3 veces, los cuales modificó al pensar en la ausencia de droga.

**Resultados de la sesión 5 de la Intervención. Prevención de recaídas
(Folleto Prevención de recaídas)**

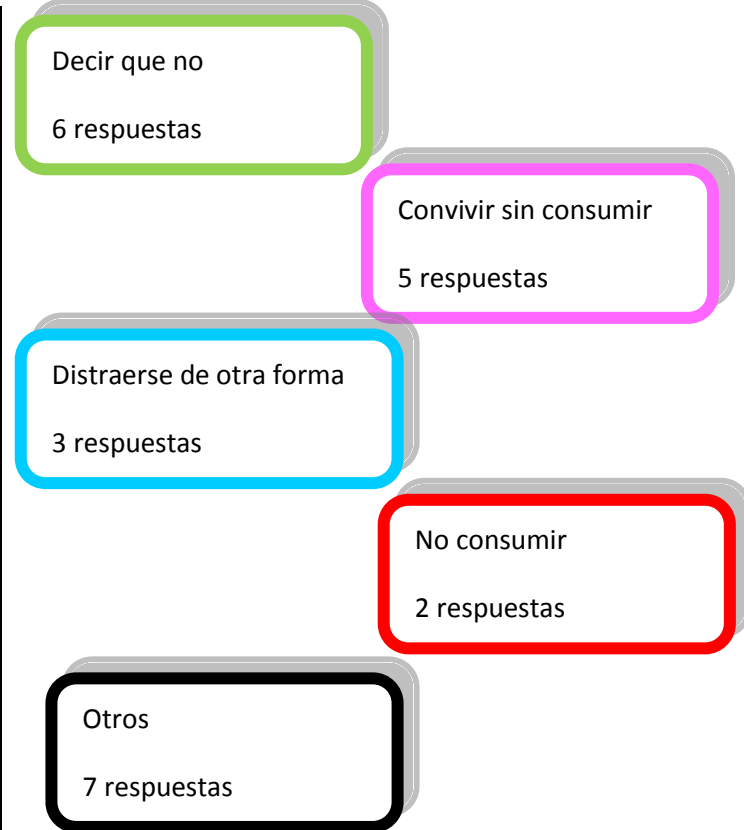
Objetivo de la sesión Prevención de recaídas:

Demostrar al participante los elementos necesarios para realizar ensayos conductuales de sus principales situaciones de riesgo y planes de acción, con la finalidad de que pueda prevenir caídas en un futuro.

Tabla 18

Resultados del ejercicio 1 del “Folleto prevención de recaídas”, Pregunta: Planes de acción

Participante 1	Decir que no
	Salir a pasear con mis papás
	Convivir con ellos pero sin drogarme
Participante 2	Jugar futbol
	Platicar con alguien
	No drogarme
Participante 3	Rechazaría la invitación de consumir o me retiro del lugar
	Relajarme de otra forma o trabajar menos
	Terminar mis clases e irme a descansar a mi casa
Participante 4	Estar con ellos, pero decir que no
	Ir a la fiesta pero decir que no
	Ponerme a jugar
Participante 5	Ir a la fiesta pero decir que no quería fumar
	Que me invitaran pero no quiero
	Decir que no porque tenía compromiso con mi mamá
Participante 6	Decir que no aunque me estén insistiendo
	Pensar en otras cosas y afrontar los problemas
	Platicando con ella sin gritar
Participante 7	Decir que en ese momento no quiero consumir
	Si voy a la fiesta pero no consumo
	No consumir en ese momento

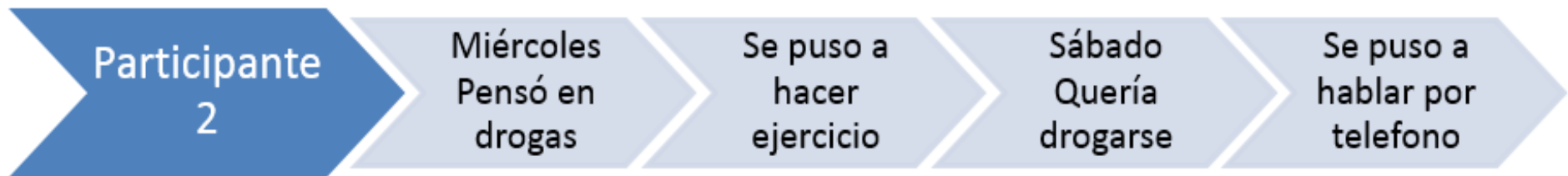


La tabla 18 muestra la respuesta de los participantes del ejercicio 1 de la sesión 5, con respecto a sus planes de acción de sus situaciones de riesgo vistos en la sesión 4; las imágenes muestran dichas respuestas en 5 categorías: decir que no, convivir sin consumo, distraerse de otra forma, no consumir y otros.

En la sesión 5 los participantes 1, 6 y 7 entregaron el autoregistro contestado. El participante 2 refirió haber tenido pensamientos sobre el consumo. Ninguno de los participantes reporta consumo durante la semana.

Figura 35

Pensamientos sobre consumo reportados en el autoregistro entregado en la sesión 5



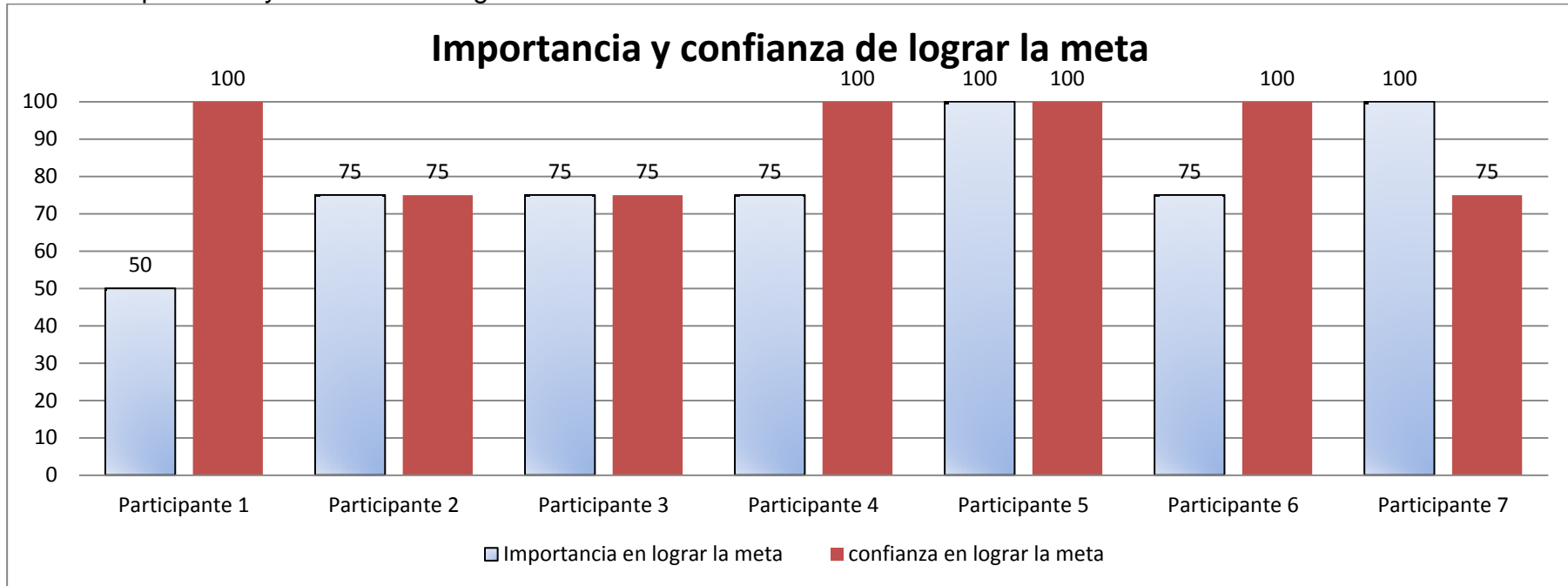
La figura 35 muestra los que el participante 2 tuvo pensamientos de consumo en dos ocasiones en la semana, le ayudo a evitar dichos pensamientos el hacer ejercicio en una ocasión y en otra el hablar por teléfono.

**Resultados de la sesión 6 de la Intervención. Mantenimiento de la meta
(Folleto mantenimiento de la meta)**

Objetivo de la sesión Mantenimiento de la meta:

Analizar el progreso del participante dentro del tratamiento, a partir de las herramientas y ejercicios correspondientes a esta sesión, con el fin de determinar el final de la intervención o la necesidad de sesiones adicionales.

Figura 36
Nivel de importancia y confianza de lograr la meta

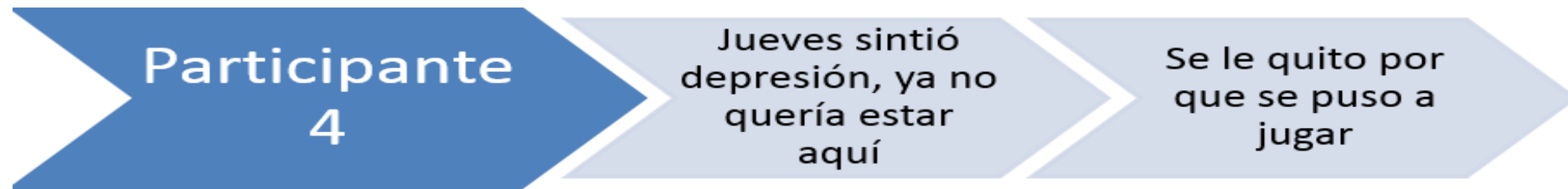


La figura 36 muestra que 3 participantes tienen 100% de confianza en cumplir la meta y para dos de ellos tiene la misma importancia cumplir dicha meta, para el otro participante con 100% de confianza es un 50% importante cumplir dicha meta; para el resto de los participantes tanto importancia como confianza se encuentran en el 75%.

En la sesión 6 los participantes 1 y 6 se presentaron con el autoregistro sin contestar. El participante 4 refiere haber tenido pensamientos de consumo.

Figura 37

Pensamientos sobre consumo de los participantes en la sesión 6



La figura 37 muestra los pensamientos que tuvo el participante 4 y la forma en la que le pasaron dichos sentimientos.

Sesiones del Post-test

El Post-test está integrado por dos sesiones de seguimiento, una al mes después de la intervención y otra a los 3 meses posteriores a la misma.

Resultados de la sesión 1 del Post-test

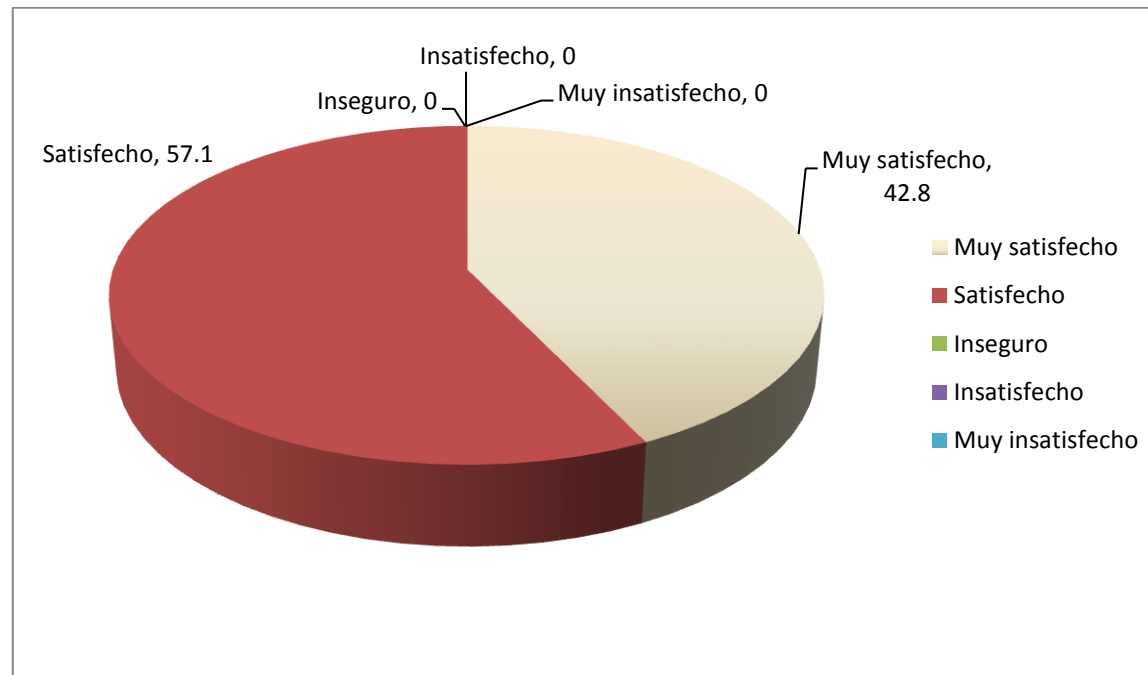
Objetivo de la sesión de Post-test al mes de la Intervención:

Identificar los componentes del seguimiento para los usuarios de marihuana, a partir de los indicadores de cambio y los procedimientos específicos en estas sesiones, con el fin de comprender la importancia de las mismas.

Resultados de la entrevista

Figura 38

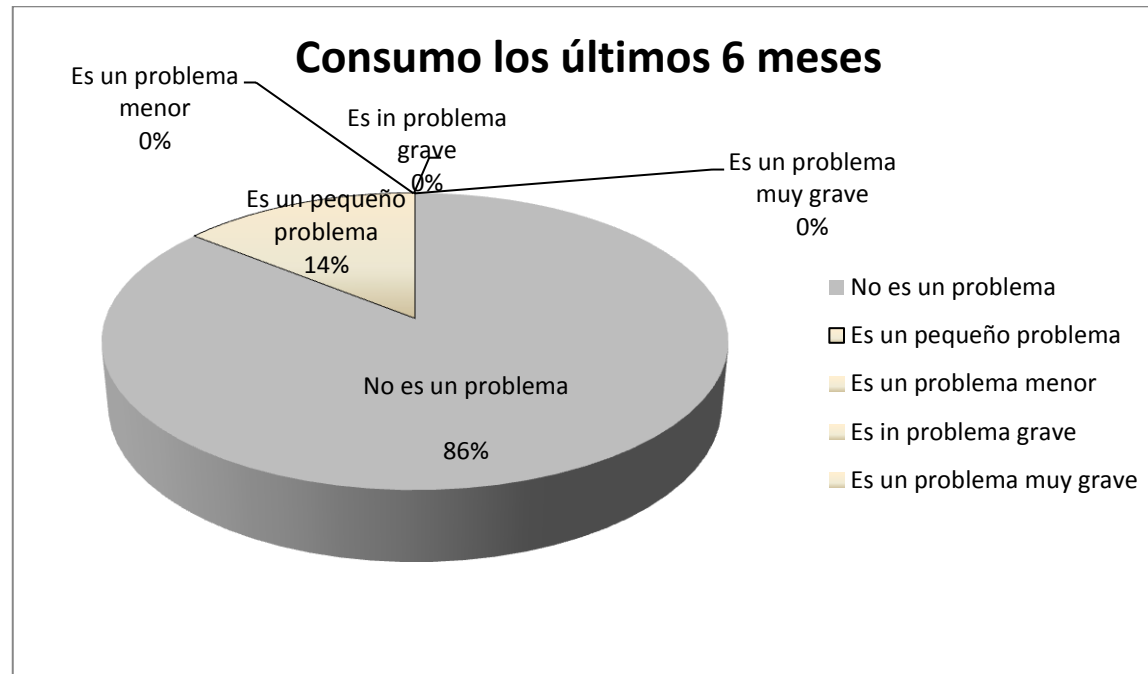
Percepción en la calidad de vida



La figura 38 muestra la respuesta de los participantes sobre su satisfacción con su calidad de vida en este momento. Se puede observar que el 57.1% de los participantes indican estar satisfechos con su calidad de vida y el 42.8 muy satisfechos.

Figura 39

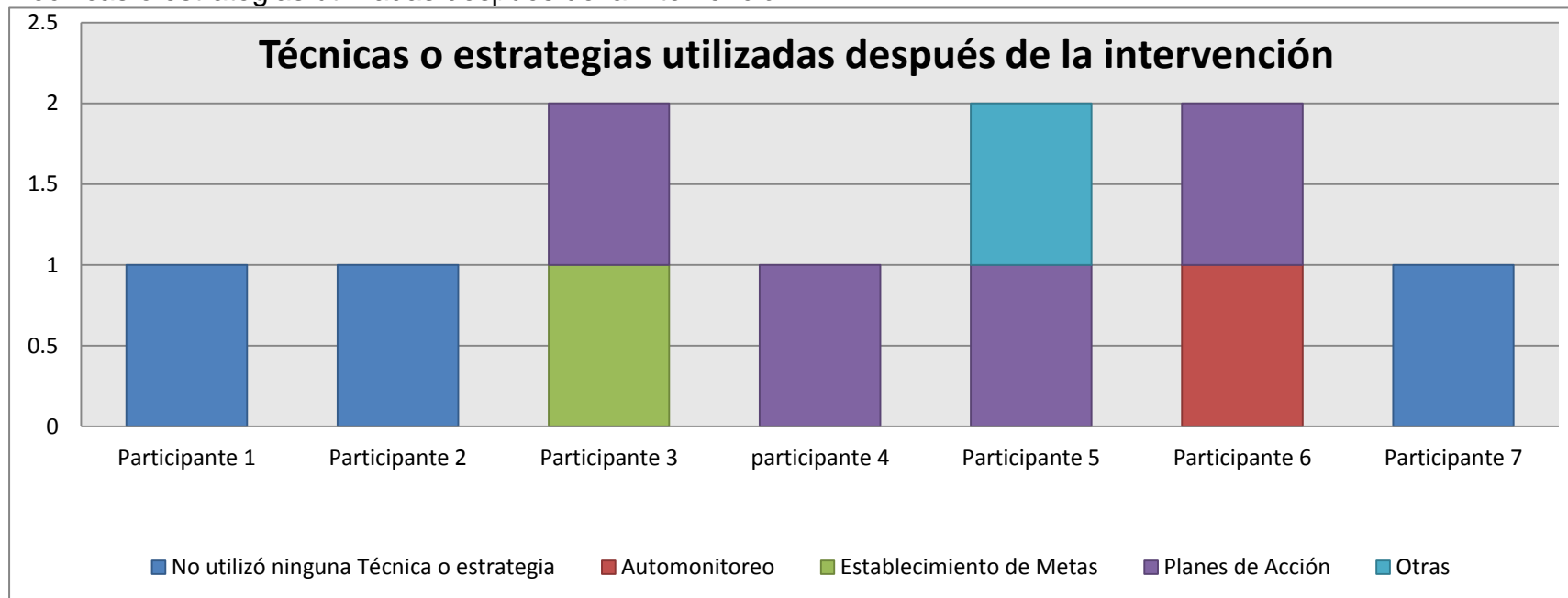
Percepción del consumo los últimos 6 meses



La figura 39 muestra como respondieron los participantes al preguntárseles cómo describirían su consumo los últimos 6 meses. 6 de ellos respondieron que no es un problema, mientras uno de ellos lo considera un problema menor.

Figura 40

Técnicas o estrategias utilizadas después de la intervención



La figura 40 muestra que tanto utilizaron las principales técnicas de la intervención posterior a ella; 3 de ellos no utilizaron ninguna de las técnicas, cuatro de ellos llevaron a cabo planes de acción, uno de ellos establecimiento de metas y otro el automonitoreo del consumo; por último uno dijo que dijo que no reiteradamente como otra técnica y dejó en claro que no quería consumir.

Tabla 19

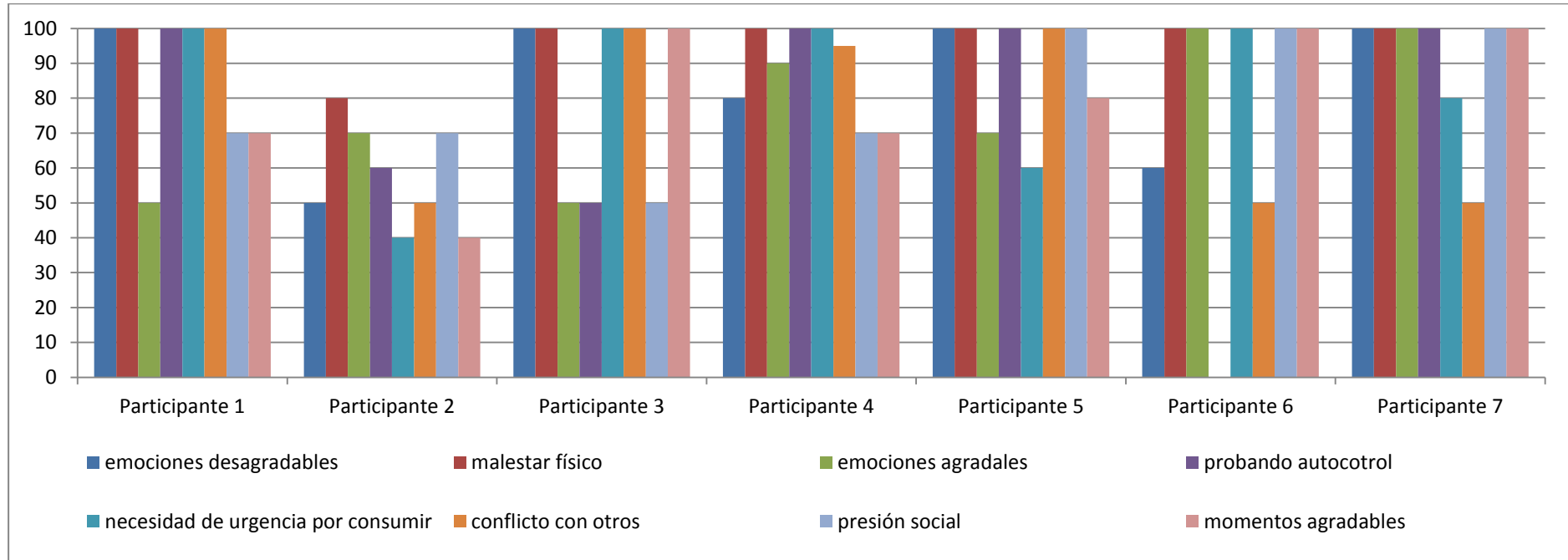
Resultados de la Línea Base Retrospectiva (LIBARE) de la sesión 1 de post-test, al mes de la intervención

Participante	7	0	0	0	0
	6	0	0	0	0
	5	0	0	0	0
	4	0	0	0	3
	3	0	0	0	0
	2	0	0	0	0
	1	0	0	0	0
Semana		1	2	3	4
Post-test					

La tabla 19 muestra el consumo de los participantes durante la primera sesión del post-test. El participante 2 y 4 no lograron la meta, consumiendo 3 unidades en la semana previa al Pre-test.

Figura 41

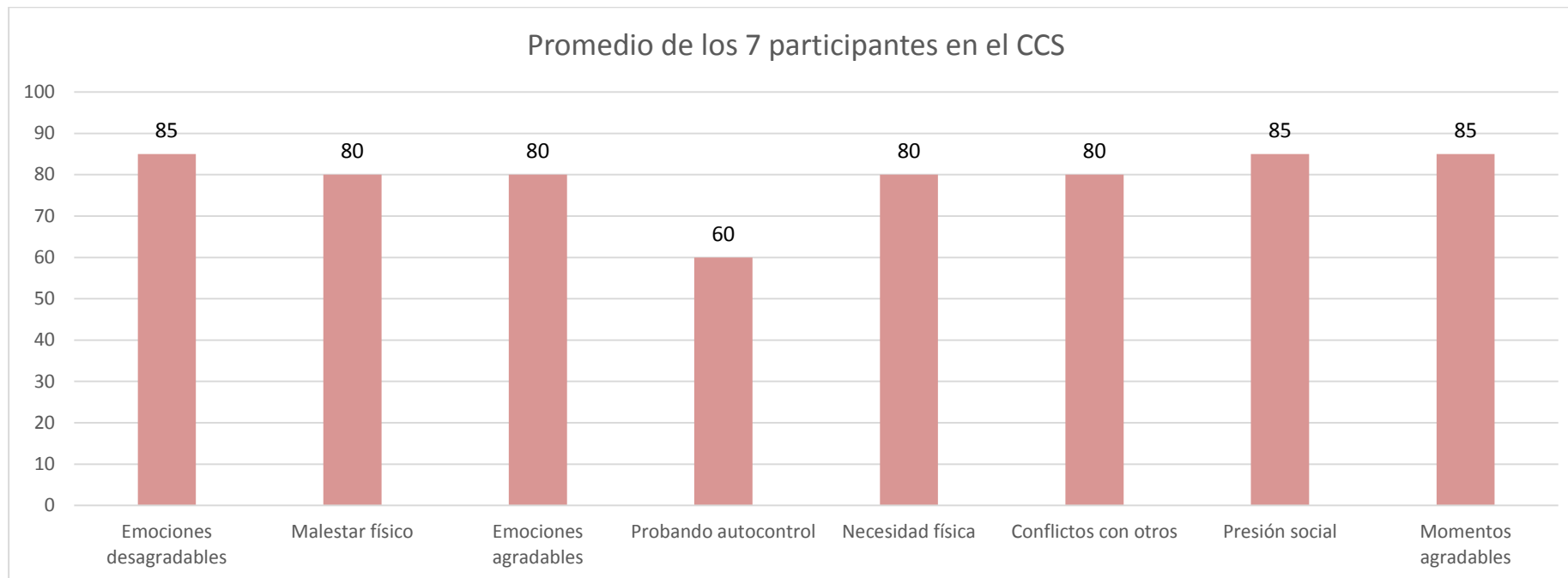
Puntaje de los participantes en el Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS) en la sesión 1 del post-test



La figura 41 muestra en forma conjunta el porcentaje de confianza que tienen los participantes ante situaciones de consumo; destaca el participante 2 con porcentajes más bajos de confianza y el participante 4 con más confianza.

Figura 42

Promedio del Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS) de la sesión 1 de post-test, al mes de la intervención



La figura 42 muestra que el puntaje promedio de los participante en las diferentes situaciones de consumo se encuentran por arriba de la media y tienen como puntaje mínimo el 60 cuando prueban su autocontrol y máxima confianza cuando tienen emociones desagradables, presión social y momentos agradables con puntaje de 85.

En esta sesión el participante 4 no cumplió su meta, sin embargo, reafirma la misma para los próximos meses.

Resultados de la sesión 2 del Post-test. Seguimiento los 3 meses de la Intervención

Objetivo de la sesión 2 del Post-test:

Identificar los componentes del seguimiento para los usuarios de marihuana, a partir de los indicadores de cambio y los procedimientos específicos en estas sesiones, con el fin de comprender la importancia de las mismas

Tabla 20

Resultados de la Línea Base Retrospectiva (LIBARE) de la sesión 2 de post-test, a los 3 meses de la intervención

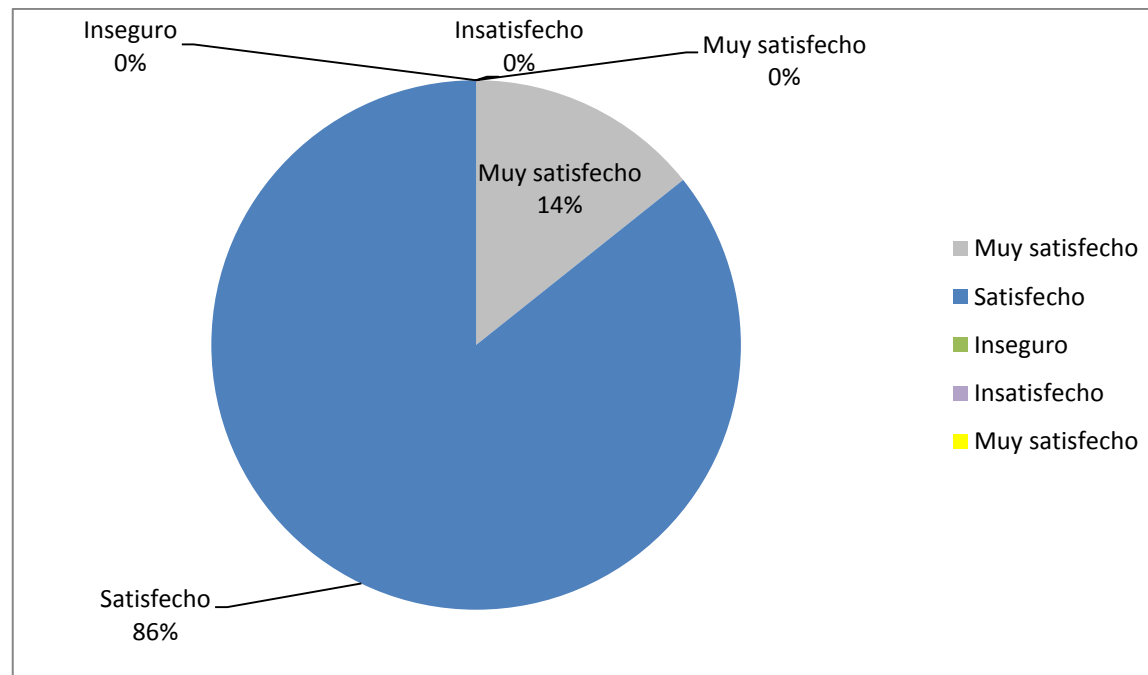
Participante	7	0	0	0	0	0	0	0	0
	6	0	0	0	0	0	0	0	0
	5	0	0	0	0	1	0	0	0
	4	0	0	0	0	1	0	0	0
	3	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	2	0	0	0	0	4	0	0
	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Semana		1	2	3	4	5	6	7	8
Post-test									

La tabla 20 muestra el consumo reportado por los participantes en la LIBARE de la sesión de Post-test 2. Los participantes 2, 4 y 5 no lograron su meta. De igual forma los participantes 2 y 4 no reafirman su meta para los próximos meses, dicen consumir en baja cantidad, pero no intentar la extinción de consumo.

Resultados de la entrevista

Figura 43

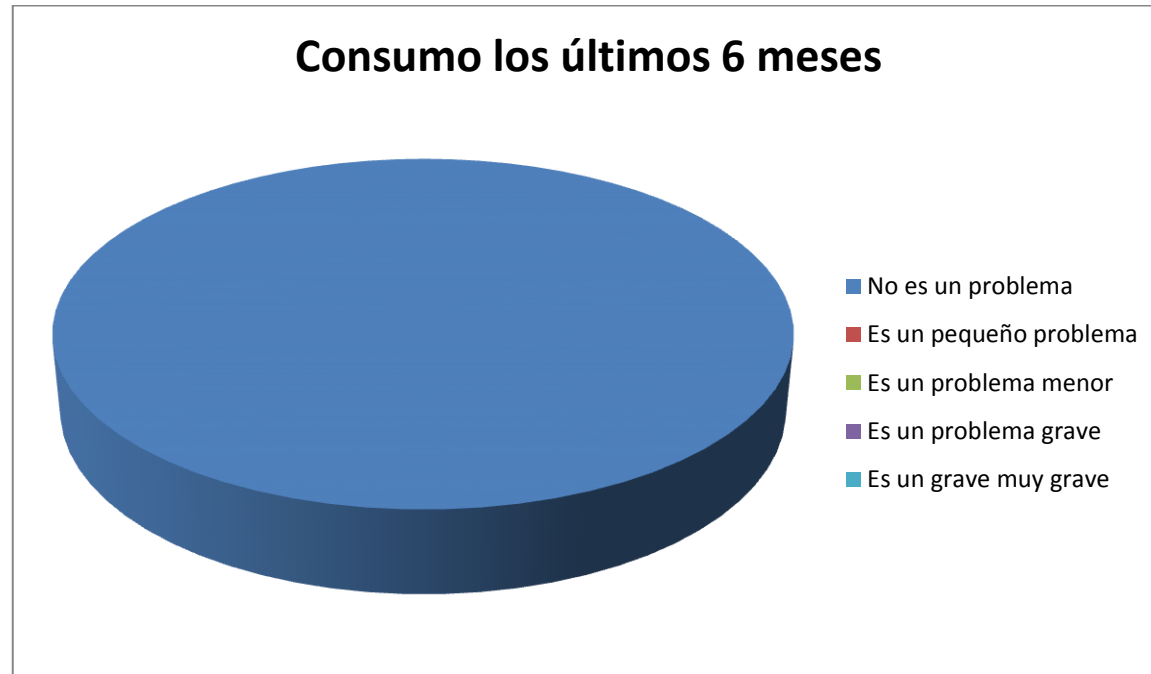
Nivel de satisfacción en la calidad de vida



La figura 43 muestra la percepción de los participantes con respecto a su satisfacción con su calidad de vida. El 86% refiere sentirse satisfecho y el 14% muy satisfecho.

Figura 44

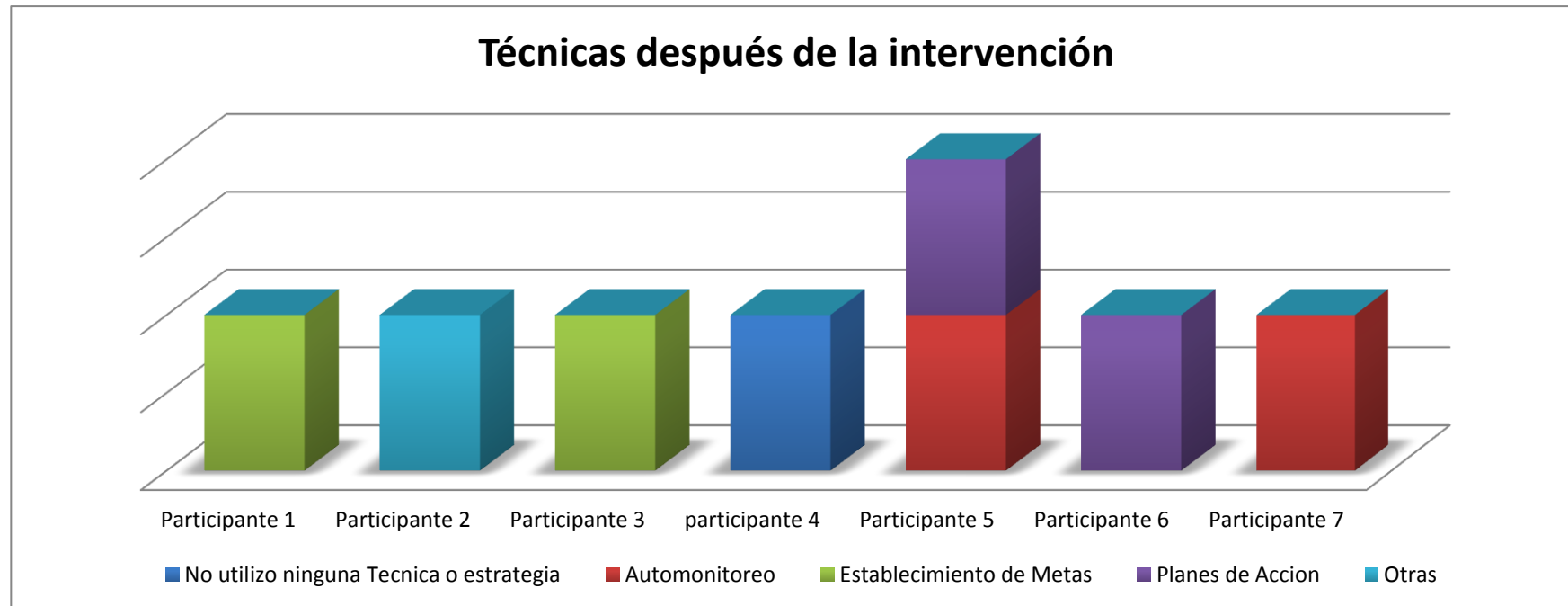
Percepción de consumo en los últimos meses



La figura 44 muestra como respondieron los participantes al preguntárseles cómo describirían su consumo los últimos 6 meses, en la cual los 7 manifiestan que no es un problema en dicho período de tiempo.

Figura 45

Técnicas y estrategias utilizadas después de la intervención

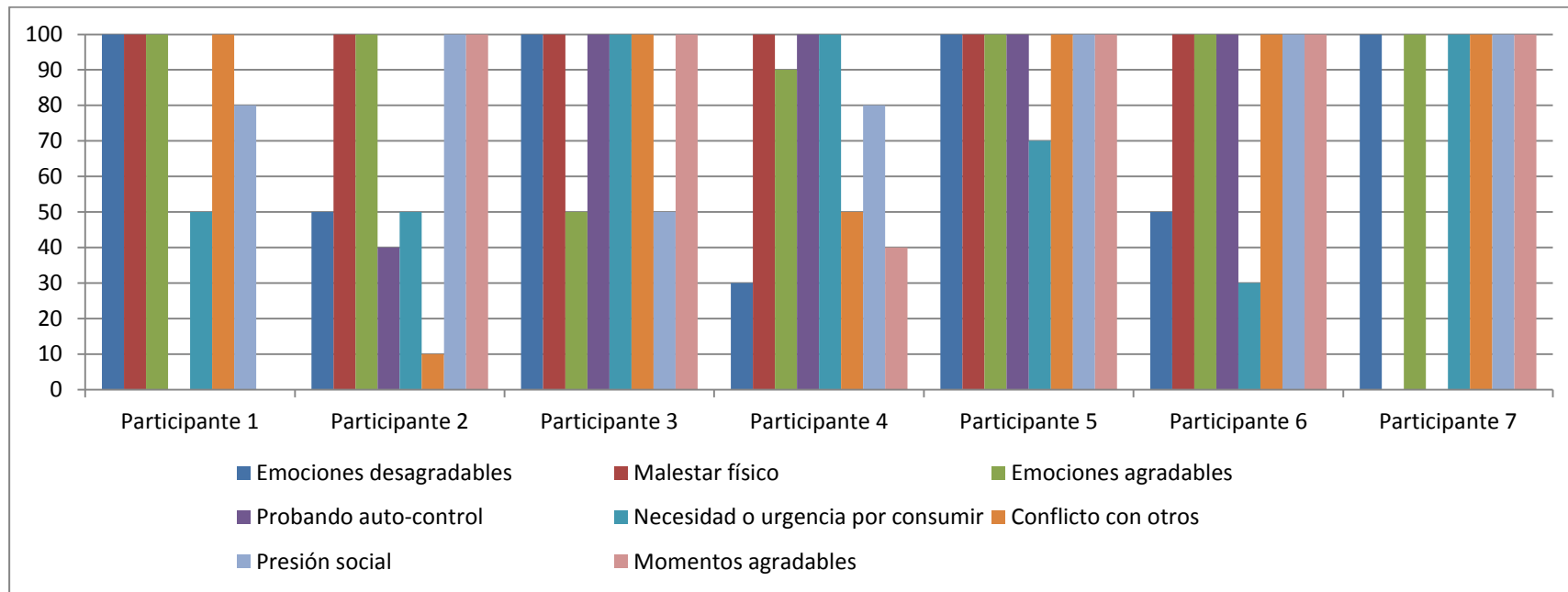


La figura 45 muestra la respuesta de los participantes con respecto al uso de las técnicas y estrategias aprendidas durante la intervención; dos de los participantes mencionan haber usado los planes de acción, dos el automonitoreo de su consumo, dos más el establecimiento de meta, uno no utilizo ninguna técnica y otro más uso otra técnica.

Resultados del Cuestionario Breve de Confianza Situacional

Figura 46

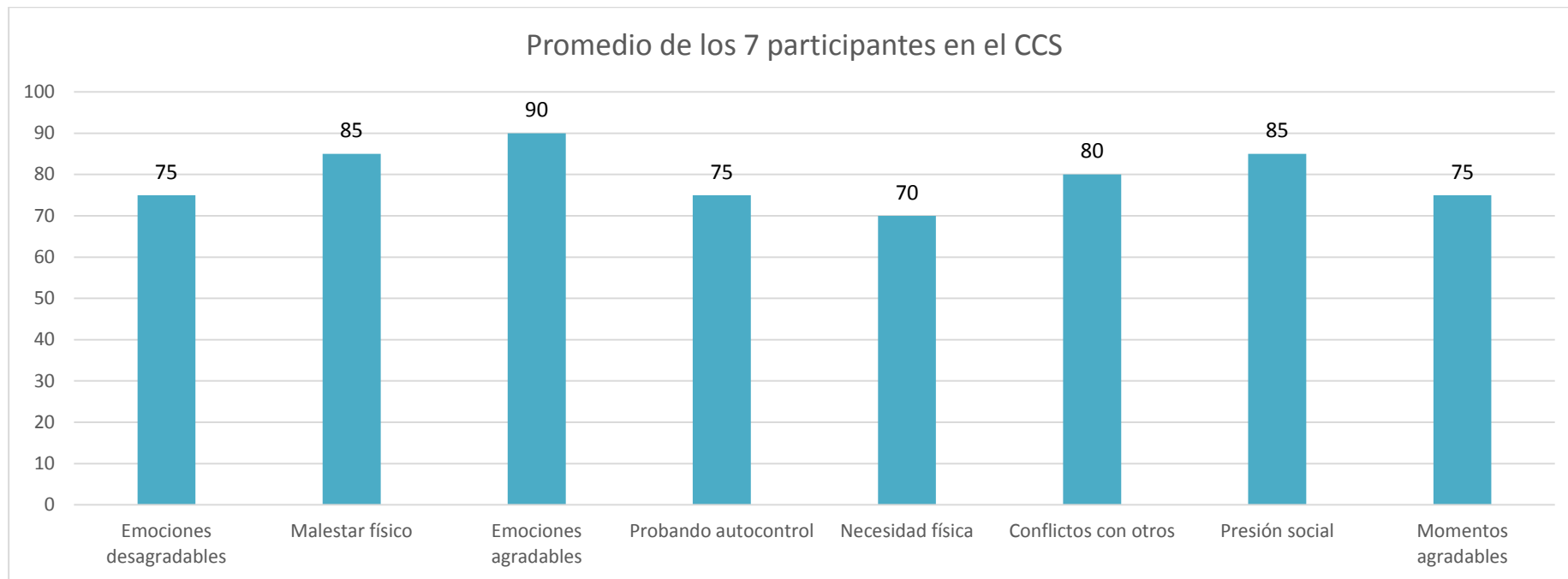
Puntaje de los participantes en el Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS) en la sesión 2 de la fase del post-test



La figura 46 muestra en forma conjunta el porcentaje de los participantes que tienen de confianza ante situaciones de consumo, destacando los participantes 1, 2 y 7 con confianza más baja; y el participante 5 con confianza más alta.

Figura 47

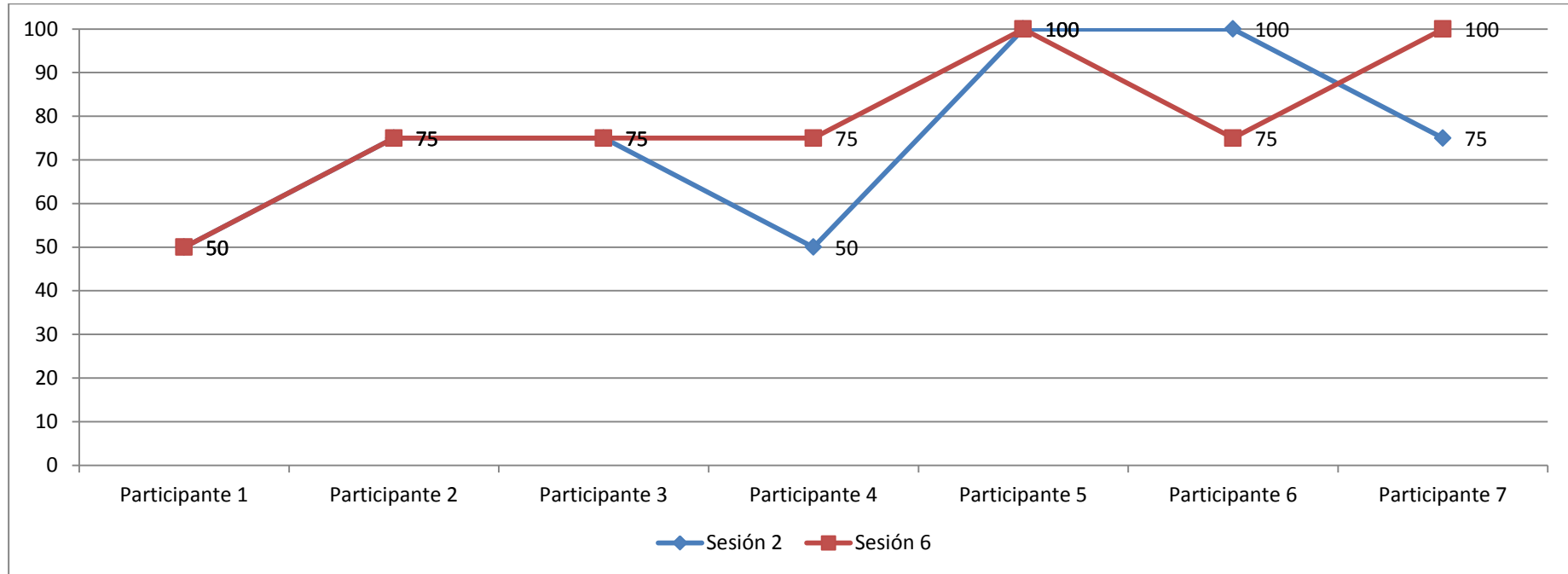
Promedio en el Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS) en la sesión de seguimiento a los 3 meses de la intervención



La imagen 47 muestra que el puntaje promedio de los participante en las diferentes situaciones de consumo se encuentran por arriba de la media y tienen como puntaje mínimo el 70 cuando llegan a tener necesidad física y máxima confianza cuando tienen emociones agradables, con puntaje de 90.

Figura 48

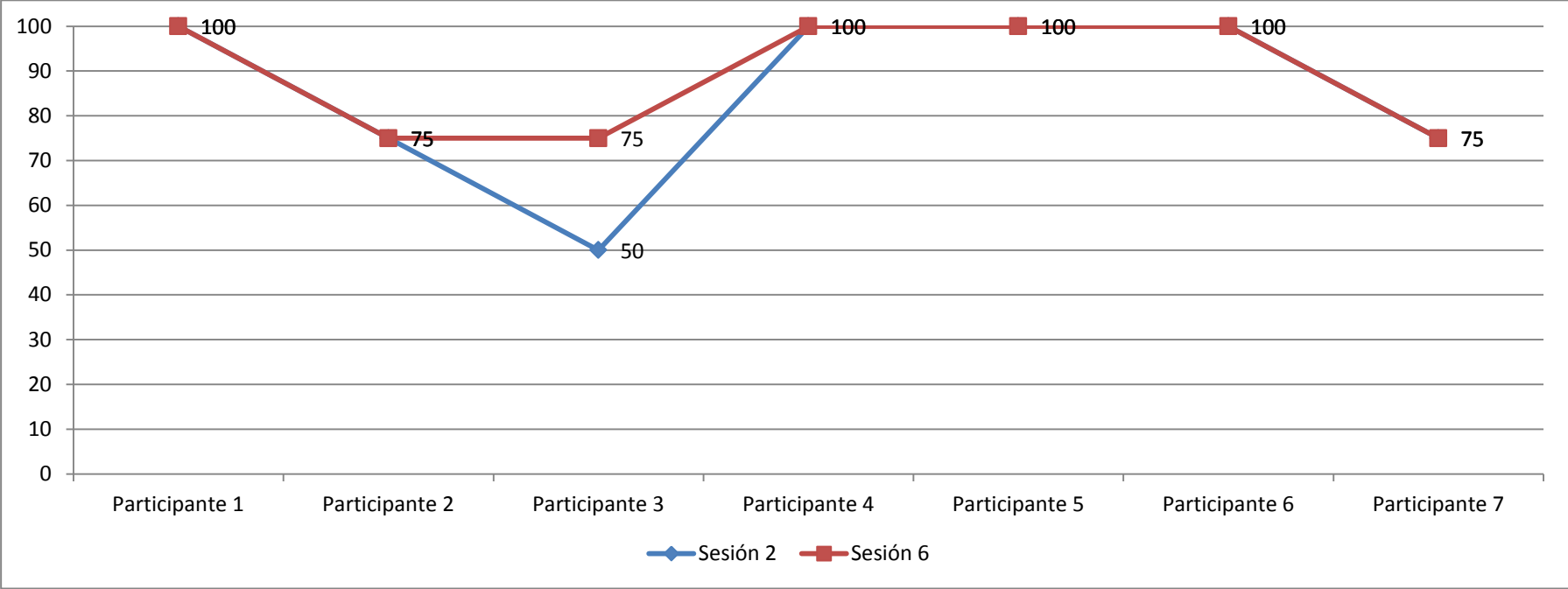
Relación de la importancia de cumplir la meta en la sesión 2 y en la sesión 6



La figura 48 muestra la importancia de cumplir la meta para los participantes tanto en la sesión 2 como en la sesión 6. Se puede observar que en cuatro de los participantes la importancia es la misma en ambas sesiones. En el participante 4 y 6 fue mayor la importancia en la sesión 6. En el participante 6 fue más importante en la sesión 2 el cumplir su meta.

Figura 49

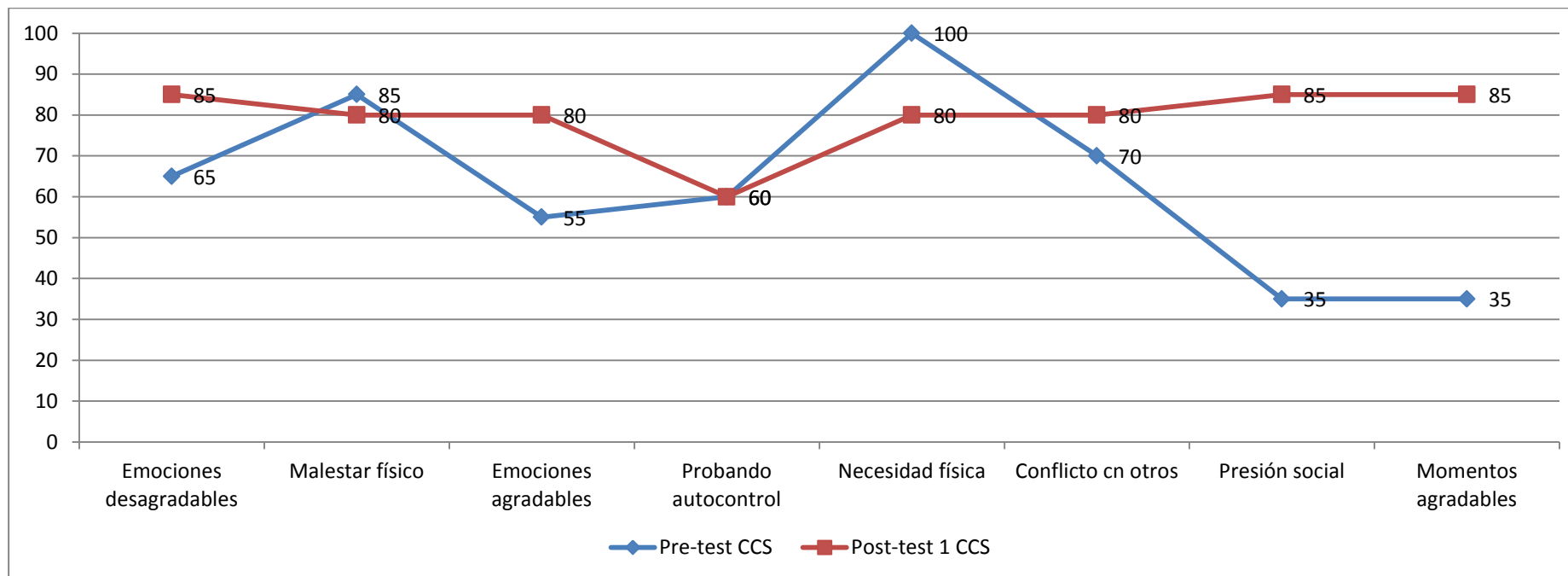
Relación del nivel de confianza de consumo entre la sesión 2 y sesión 6 de la intervención



La figura 49 muestra la confianza de lograr su meta en la segunda y sexta sesión. Se puede apreciar que en seis de los participantes la confianza fue la misma, no así, para el participante 3, el cual tuvo mayor confianza en la sesión 6.

Figura 50

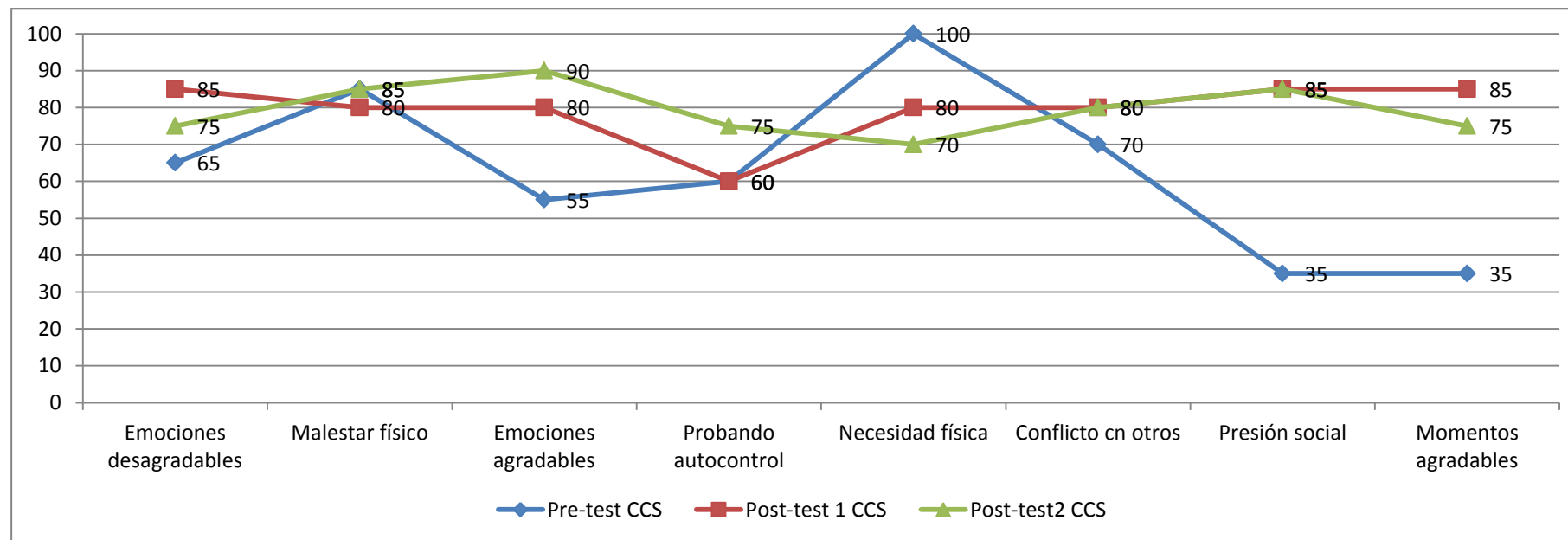
Relación de los puntajes del Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS) en el pre-test y la primera sesión del post-test



La figura 50 muestra que los puntajes de confianza de la primera sesión del post-test son mayores que del pre-test, exceptuando el malestar físico y la necesidad física, dónde el pre-test tiene puntajes más altos.

Figura 51

Relación de los puntajes del Cuestionario Breve de Situaciones de Consumo (CCS) del pre-test y de las 2 sesiones de seguimiento



La figura 51 muestra que los puntajes de confianza de la primera sesión del post-test son mayores que de la sesión de pre-test 1, exceptuando el malestar físico y la necesidad física, donde el pre-test tiene puntajes más altos. Con relación al pre-test y el post-test 2, la sesión del pre-test 2 tiene puntajes más altos, exceptuando la necesidad física. Con respecto a los dos pre-test, el segundo pre-test tiene puntajes más altos, exceptuando las emociones desagradables, la necesidad física y los momentos agradables, donde el pre-test 1 salió más alto.

Estadísticos

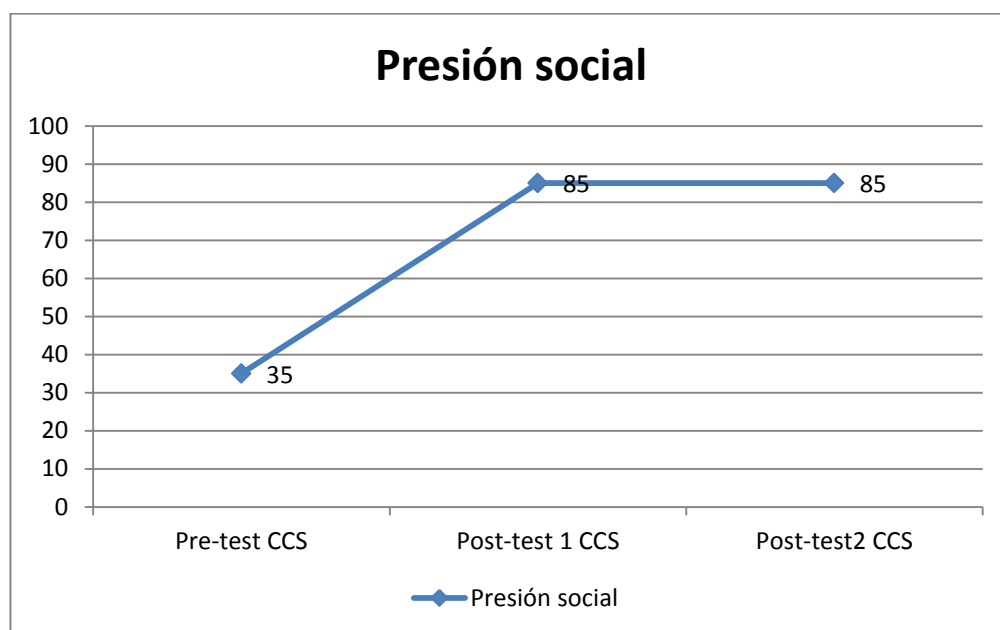
Dado que la muestra no cumple con los requisitos de la estadística paramétrica (debido al número de participantes) se utilizó la prueba no paramétrica para K muestras relacionadas de Freidman para un ANOVA de dos vías, *Freidman's two-way ANOVA* (Clark-Carter, 2005).

Los estadísticos indican que no hay diferencias estadísticamente significativas en el puntaje dado en los tres momentos de la intervención (pre-test, post-test 1 y post-test 2) en los factores Emociones desagradables, Malestar físico, Emociones agradables, Probando Autocontrol, Necesidad Física, Conflicto con otros y Momentos agradables.

En cambio, existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje dado en los tres momentos de la intervención (pre-test, post-test 1 y post-test 2) en el factor Presión Social ($X^2_F = 5.765$ gl = 2, $p = .05$, $N = 7$).

Figura 52

Resultado significativo de la situación de riesgo: Presión social



La figura 52 muestra la variable presión social del Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS), el cual es estadísticamente significativo.

Sesiones de la intervención con los padres

La intervención con padres está formada por cuatro sesiones: 1. Análisis de la conducta del adolescente, 2. Comunicación entre padres e hijos, 3. Solución de problemas con el adolescente y 4. Manejo del uso de drogas en el adolescente.

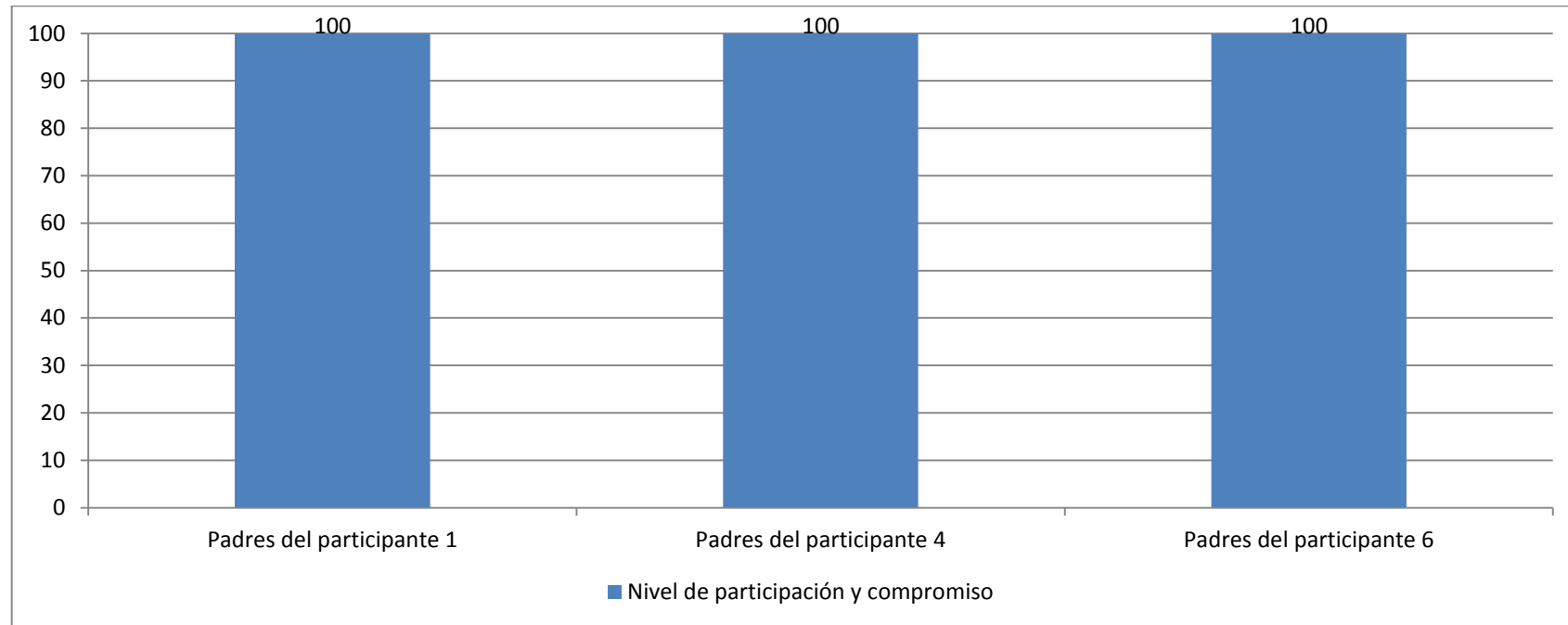
Resultados de la sesión 1 de la Intervención con padres. Análisis de la conducta del adolescente

Objetivo de la sesión Análisis de la conducta del adolescente:

Identificar cómo se desarrollan algunos problemas de conducta, como la agresión y el consumo de drogas en los adolescentes, a partir de diversos ejercicios, para guiar a los padres en la prevención de estos comportamientos.

Figura 53

Porcentaje de participación y compromiso de los padres de los participantes en la sesión 1



La figura 53 muestra el nivel de participación y compromiso de los padres en la sesión, que en este caso es del 100%.

NOTA: el porcentaje de acuerdo al manual, se obtiene multiplicando el número de conductas realizadas en la sesión marcadas en la lista cotejable, multiplicadas por 100, entre el total de conductas y de igual manera en el resto de las sesiones.

Resultados de la sesión 2 con los padres. Comunicación entre padres e hijos adolescentes

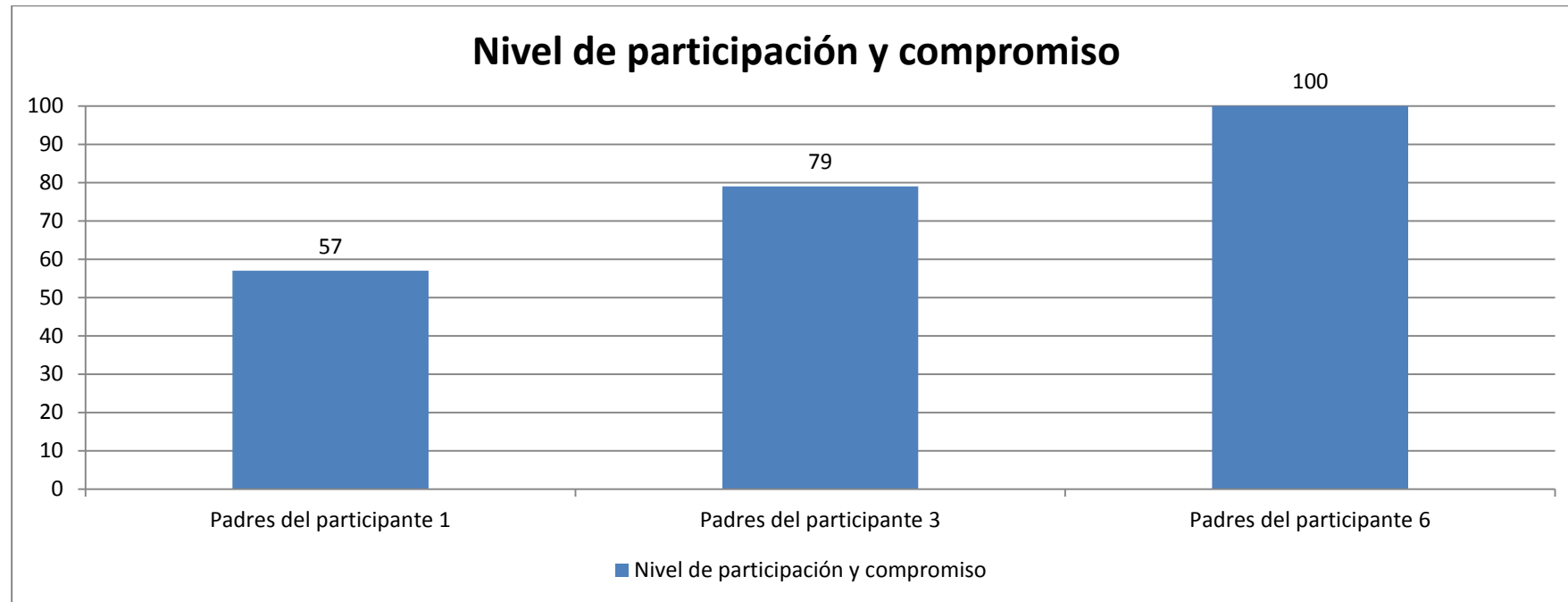
Objetivo de la sesión Comunicación entre padres e hijos adolescentes:

Identificar las habilidades de comunicación que los padres deben tener para establecer un diálogo efectivo con sus hijos adolescentes, a través de los ejercicios y reflexiones correspondientes, para brindarles la orientación necesaria.

En esta sesión, los padres del participante 1 no leyeron las secciones ni contestaron las preguntas de tarea. Los padres del participante 3 sólo leyeron una de las lecciones y contestaron las preguntas de esa unidad. Los padres del participante 6 cumplieron con toda la tarea. Con respecto a la sesión, todos los padres trabajaron de buena forma en la sesión.

Figura 54

Porcentaje del nivel de participación y compromiso por parte de los padres de los participantes en la sesión 2



La figura 54 muestra el porcentaje del nivel de participación y compromiso de los padres de los participantes en la sesión 2, Comunicación entre padres e hijos adolescentes, donde los padres del participante 1 son los que presentan menor nivel de compromiso.

Resultados de la sesión 3 con los padres. Solución de problemas con el adolescente

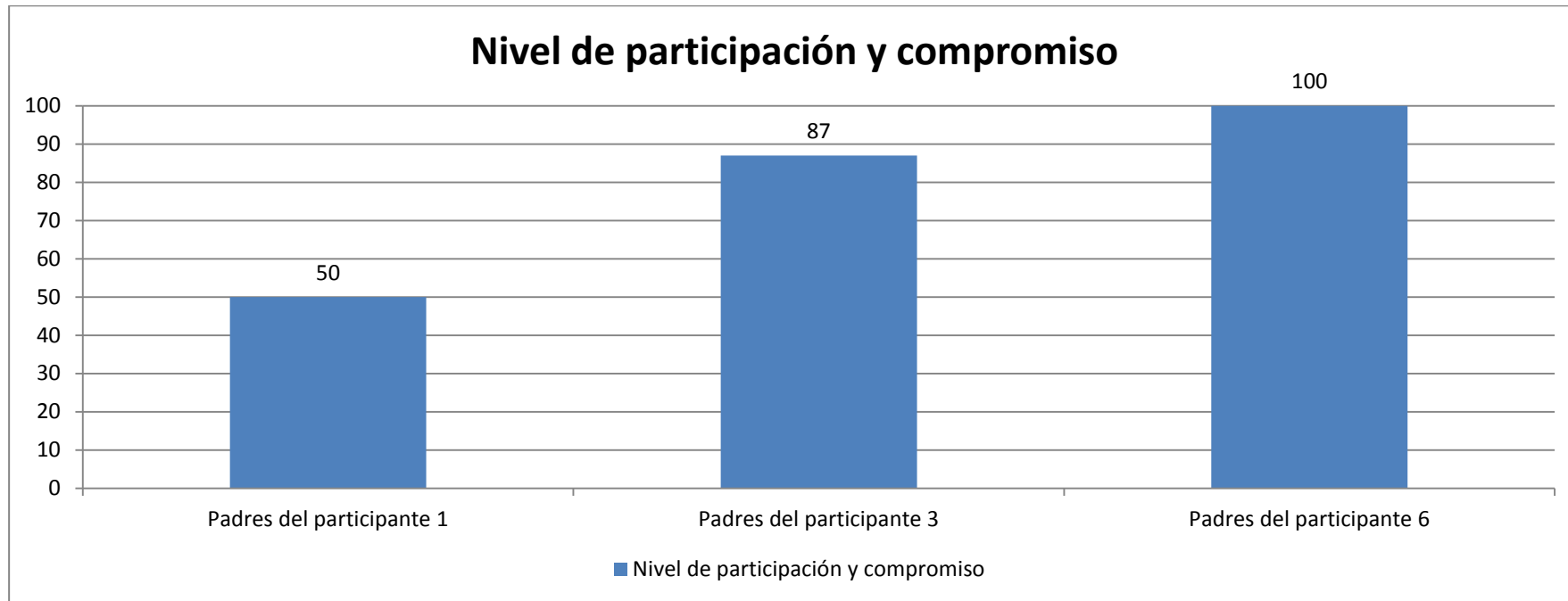
Objetivo de la sesión Solución de problemas con el adolescente:

Practicar las estrategias de solución de problemas y control del enojo, a partir de las técnicas señaladas en esta sesión, para guiar a los padres a que las apliquen con sus hijos adolescentes para poder evitar que los conflictos se incrementen.

En esta sesión los padres del participante 1 no realizaron las lecturas ni las preguntas de las mismas, no realizaron preguntas al final sobre el tema ni dieron ejemplos en base a su hijo con respecto a los temas vistos. Los padres del participante 3 leyeron y contestaron las preguntas de una de las unidades. Los padres del participante 6 cumplieron en las tareas.

Figura 55

Porcentaje del nivel de participación y compromiso por parte de los padres de los participantes en la sesión 3



La figura 55 muestra el porcentaje en el nivel de participación y compromiso de los padres de los participantes, siendo los padres del participante 1 los que presentan menores niveles y la madre del participante 6 el 100%.

Resultados de la sesión 4 con los padres. Manejo de consumo de drogas en el adolescente

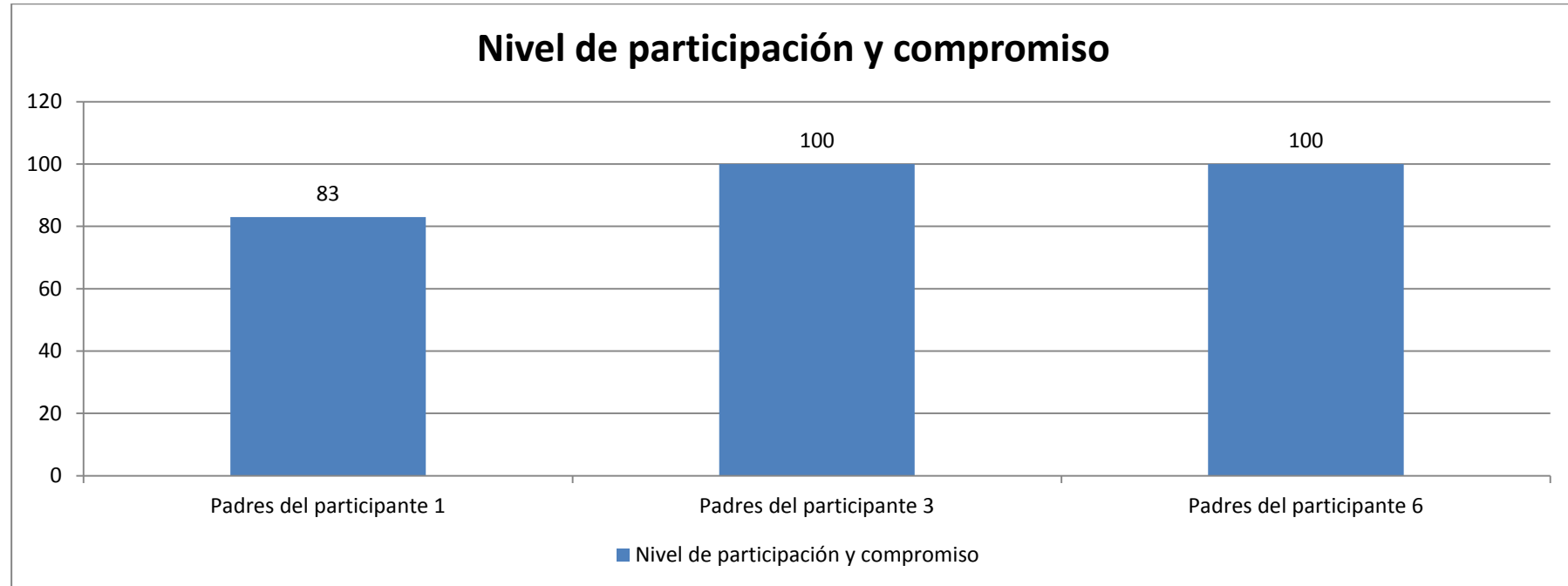
Objetivo de la sesión Manejo de consumo de drogas en el adolescente:

Identificar las estrategias de apoyo para guiar a los padres, a partir de la explicación de cada una, con el fin de detectar y enfrentar el consumo de sustancias del adolescente.

Los padres del participante 1 no leyeron la unidad de la guía de tarea, el resto de las actividades en la sesión las cumplieron. Los padres de los participantes 3 y 4 cumplieron con la tarea y actividades de la sesión.

Figura 56

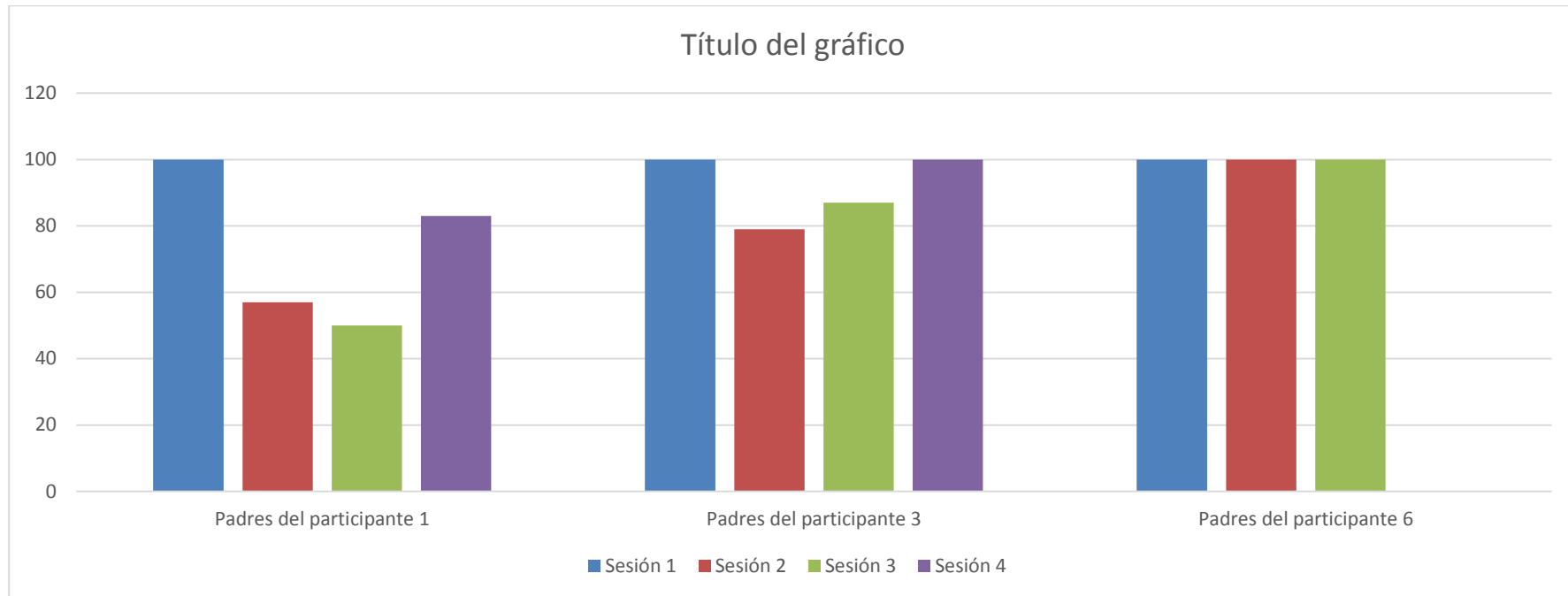
Porcentaje del nivel de participación y compromiso por parte de los padres de los participantes en la sesión 4



La figura 56 muestra el porcentaje en el nivel de compromiso y participación de los padres, tanto los padres del participante 3 y 6 tienen 100% de participación y compromiso, los padres del participante 1 se encuentran por encima del 80%.

Figura 57

Porcentaje de participación y compromiso por parte de los padres de los participantes en las 4 sesiones.



La imagen 57 muestra el porcentaje de compromiso y participación de los padres; la madre del participante 6 es la que tiene porcentaje más alto y estable; tanto los padres del participante 1 como del participante 3 muestran porcentajes inestables, siendo los padres del participante 1 los más bajos en porcentaje.

Discusiones y conclusiones VI

Pre-test

Del total de participantes de la sesión de admisión, el 68.7% reportaron haber consumido marihuana, al menos una vez, lo cual iría acorde con lo dicho en la E. N. A. (Villatoro-Velázquez, et al. 2011) con respecto a menores en proceso de internamiento y su consumo de marihuana, como la droga ilegal más usada en dicha población.

Ahora bien, como lo muestran tanto Villatoro-Velázquez (2011) y Bilbao (2003), los consumidores de marihuana pueden tener problemas a edades tempranas, es así que de los participantes finales de la investigación, el 57.4% reporta que su consumo se volvió un problema a los 16 años, mientras que el 14.2% refiere que se volvió una problemática a los 18 años.

A pesar de no haber una relación probada entre el uso de marihuana y enfermedades mentales como las psicosis (*IJDP*, 2010), se puede hablar de posibles daños cognitivos en las personas que consumen dicha droga (Vélez et al, 2010) es así que debido a esto se podría explicar que de los 7 participantes todos quedaron por debajo de la media en la sub escala de repetición de dígitos. Aunque también es cierto que las condiciones socioeconómicas, culturales y educativas de los chicos no han sido las más adecuadas para poder asegurar esto. Los datos muestran que sólo un participante se colocó por encima de la media en la escala de símbolos y dígitos en el caso de los participantes. Otro daño común que pueden sufrir los usuarios de marihuana es el daño pulmonar (*Medline Plus* 2013) y es así que uno de los participantes menciona haber sufrido ciertos problemas de pulmón en la entrevista.

Los participantes obtuvieron bajos puntajes en su promedio de confianza situacional cuando tienen momentos agradables y presión social (CCS); de igual forma refieren consumir más en estas dos situaciones (ICSD). A diferencia de lo que muestran los estudios de García-Aurrecochea, et al (2006) al mostrar a los amigos como un posible factor de riesgo o bien de protección, en el caso de los participantes sólo los mencionan como factores de riesgo para su consumo, mencionándolos en preguntas como situaciones de consumo o disparadores.

Intervención

Uno de los problemas principales del consumo de la marihuana es que —como dice Calafat (2003, en Bulla 2010) — suele pensarse que la marihuana es una droga inofensiva, lo cual en el caso de los menores incluso después de la información brindada, 4 de ellos aún refieren creer que la marihuana es una droga noble.

En lo que respecta a la familia es importante mencionar que los menores mencionan a la familia como su principal motivo para dejar la marihuana. De igual forma, son mencionadas consecuencias negativas y desventajas de seguir consumiendo marihuana, el perder el aprecio de la misma; así como mencionar la aceptación familiar como la ventaja más importante de no consumirla. Dicho lo anterior, se puede reafirmar que la familia tiende a ser un factor de protección que puede llevar al individuo a consumir marihuana como lo dice López y Rodríguez-Arias (2010).

De nuevo en esta fase de la investigación vuelven a ser mencionados los amigos como fuerte factor de riesgo para el consumo de drogas, así como situaciones sociales como fiestas y cumpleaños. Lo anterior, va acorde a lo dicho por Carballo, et al. (2004) con respecto a los amigos como factor de consumo no sólo de marihuana, sino, de diversas drogas.

Es importante resaltar que como lo dice Mediline Plus (2013), los participantes reportan problemas tanto familiares, escolares, laborales y de tipo social en general. Es así que los participantes reportan —como desventajas de continuar con su consumo y problemas por el mismo— problemas con autoridades, con su familia, con su entorno social y laboral. Al mismo tiempo reportan como ventajas de dejar de consumir tener mayor aprecio familiar y disminución en distintos tipos de problemas como de salud, económicos y sociales.

Algo que reportaron en un par de ocasiones los menores con respecto a los menores, es su búsqueda de placer e incluso olvidar cosas y/o problemas por medio de su consumo de marihuana. Otra cosa que resalta, es que al preguntar cuál sería la mejor estrategia para disminuir el consumo, la respuesta más brindada por los participantes es “Decir que no”, la cual sobre sale de situaciones como convivir de otra forma o con otras personas.

Sesiones post-test

Con respecto a técnicas usadas después de la intervención, 3 de los participantes reportaron no usar marihuana en la primera sesión de seguimiento y en la segunda sesión, sólo uno reportó lo mismo.

En cuanto al consumo, durante la intervención ningún participante reporta consumo; sin embargo 3 de ellos lo reportan en las sesiones de seguimiento. Es importante resaltar que como lo mencionan los estudios de Fischer, et al (2012) en este tipo de intervenciones breves puede reportarse mayor consumo en las sesiones de seguimiento a corto plazo —uno a tres meses—, que en las de largo plazo — un año o más—.

Con respecto a los niveles de confianza situacional, 6 de los 7 participantes reportan tener mayor confianza situacional en las evaluaciones de seguimiento y reportar menor confianza en la sesión de evaluación.

Cuatro de los participantes no reportan haber tenido consumo ni durante la intervención ni durante las sesiones de post-test. Sin embargo 3 de los participantes si reportan consumo. Si bien se podría argumentar que dicho consumo se debe a causas internas de los participantes. No se puede olvidar el sistema en el que se encuentran inmersos dentro del centro de internamiento donde de acuerdo a la literatura (Reyes y González 2008) en ocasiones no se cubren las necesidades de los menores, sin olvidar la lejanía de sus seres queridos.

Es debido a las características de dicho lugar y de los participantes que se debe de enfatizar en el brindarles herramientas que les ayuden a enfrentar dicha situación, que ellos mismos llegan a describir cuando tienen “depresión” o les “entra el encierro” como situaciones en las cuales tienen pensamientos sobre consumo. Es así, que los programas de intervención tienen sesiones destinadas a brindar “habilidades alternativas de consumo” (Hoch, et al. 2011) o bien, “habilidades de enfrentamiento ante el consumo” (Hendriks, et al, 2011). En la Intervención Breve Para Usuarios de Marihuana, se les enseña a reconocer sus disparadores de consumo y a realizar planes de acción que les ayude a evitar el consumo.

Los resultados indican una disminución en el consumo que se mantiene a través de las sesiones de seguimiento.

Con referencia a la Confianza Situacional, los participantes muestran cambios significativos en el aumento de la misma. Estadísticamente se obtuvieron resultados en el caso del factor Presión social, el cual indica una alta autoeficacia para evitar el consumo en caso de presentarse la presión grupal.

Sesiones con los padres

De acuerdo a la literatura (Hodgins, et al. 2007) en relación a los padres de consumidores de marihuana, la familia presenta ciertas patologías, si bien en esta tesis no se evaluaron patologías, si se encontraron una serie de conductas que implicaban poco compromiso al respecto de la rehabilitación de sus hijos; a pesar de hacer compromisos de cumplir con las tareas y trabajos en las sesiones, sólo los padres de un participante cumplieron de con dichos compromisos. De igual manera, se debe destacar que todos los padres faltaron o pospusieron al menos un día su sesión. Debido a esta falta de cumplimiento de normas establecidas se podría hablar de aprendizaje vicario de parte de los participantes, sin embargo, se debe de tener en cuenta el entorno en el cual se trabajaba con los padres pudo no haber sido el optimo para que estos cumplieran con las sesiones.

Alcances y limitaciones

Dentro de los alcances de la presente investigación, resalta el ser una intervención con una población marginada socialmente, debido a su situación de internamiento y a pesar de su corta edad vivir procesos judiciales. Este tipo de población como lo marcan Sanabria y Uribe (2009), puede presentar diversos tipos de conducta antisocial, además de conductas tipificadas ante la ley, tales como el consumo de drogas o bien relaciones sexuales de alto riesgo.

A pesar de lo anterior, en los centros de internamiento no se les da la atención requerida para que los menores obtengan mejores herramientas para reinsertarse socialmente una vez que salgan de los centros (Reyes, 2008). En base a esto es que la presente investigación se realizó en primer lugar para brindarles técnicas y herramientas a los menores que participaron para afrontar situaciones de riesgo ante el consumo de marihuana. Con el fin de mejorar su

calidad de vida, así como disminuir diversos tipos de problemáticas en las que se han visto implicados —desde judiciales, familiares, hasta de salud—.

Otro alcance evidente de la intervención es aportar datos empíricos a la comunidad científica de una población de la cual no se estudia su conducta adictiva más allá de datos estadísticos. De igual forma, puede servir para que de manera subsecuente se realicen réplicas a futuro.

Con respecto a las limitaciones se puede mencionar que debido al modelo de la intervención, así como a la situación jurídica de los participantes, no se puede llevar a cabo un monitoreo tóxico-fisiológico en el cual se corroboraría lo dicho por los participantes.

Debido al lugar donde se encuentran los participantes, se puede pensar que el consumo será diferente, pues por diferentes situaciones no están en la misma situación en la que se encontraban cuando consumían la droga.

Otra limitación es la imposibilidad de medir de forma aislada la eficacia de cada uno de los elementos de la intervención para lograr la extinción o bien la reducción del consumo y sólo poder ver en conjunto si se logró el cambio conductual.

Referencias Bibliográficas

- Astorga, L. (2005). Notas críticas. Corridos de traficantes y censura. *Región y sociedad*, 17(32), 145-165.
- Bárceñas, A., Martínez J. & Pedroza F. (2009). Estrategias de enfrentamiento y recaídas de adolescentes participantes en programas de intervención breve. Consejo Estatal Contra las Adicciones de Jalisco (CECAJ). *Aunuario de investigación en adicciones* 10(1), 30-39.
- Becoña, E., López, A., Míguez, M., Lorenzo, M. & Fernández del Río, E. (2009). ¿La depresión y ansiedad de las madres se relaciona con el consumo de drogas de sus hijos adolescentes? *Anales de Psicología*, Diciembre, 25(2), 339-343.
- Becoña, I. E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, (007), 25-32.
- Budney, A., Fearer, S., Walker, D., Stanger, C., Thostenson, J., Grabinsky, M. & Bickel, W. (2011). An initial trial of computerized behavioral intervention for cannabis use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 115, 74-79.
- Bilbao, A. (2003). Sujeto, drogas y sociedad. *Psicoperspectivas*, 2(1), 35-52.
- Bravo, A., Sierra, M. & Valle, J. (2009). Evaluación de resultados de la ley de responsabilidad penal de menores. Reincidencia y factores asociados. *Psicothema*, 21(4), 615-621.
- Bulla, A., Vasquez, A., Güichá, A., Manrique-Abril, F. & Ospina J. (2010). Representaciones sociales del consumo de marihuana en estudiantes universitarios. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 4(1), 89-101.
- Burgos, C. (2011). Música y narcotráfico en México. Una aproximación a los narcocorridos desde la noción de mediador. *Athenea Digital*, 11(4), 97-110.
- Carballo, J. L., García, O., Secades, R., Fernández, J. R., García, E., Errasti, J. M. & Al Halabi, S. (2004). Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 4(1), 674-679.
- Centros de Integración Juvenil (CIJ, 2012). Disponible en:
<http://www.cij.gob.mx/Especialistas/TeoriasModelos.html>

- Clack-Carter, D. (2005). *Qualitative psychological research: A student handbook*. Taylor & Francis e-Library. USA and Canada.
- Comisión Nacional contra las adicciones (CONADIC, recuperado en 2013).
Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida. Guía para el promotor de "Nueva Vida". Recuperado de:
http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/nv1e_preencion.pdf
- Copeland, J., Swift, W., Rees, V. (2001). Clinical profile of participants in a brief intervention program for cannabis use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, 45-52.
- Cruz, E. (recuperado en 2013). El concepto de menores infractores. *Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM*.
Recuperado de:
<http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/posder/cont/5/cnt/cnt17.pdf>
- Delgado, D. & Pérez, A. (2004). La codependencia en familiares de consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 16(4), 632-638.
- Diario Oficial de la Federación. Recuperado de:
http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5106093
- Fischer, B., Jones, W., Shuper, P. &Rehm, J. (2012). 12-month follow-up of an exploratory 'brief intervention' for high-frequency cannabis users among Canadian university students. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 7, 1-5.
doi: 10.1186/1747-597X-7-15
- Franchi, A. (2005). Marihuana, endocanabinoides y sus receptores. *Química Viva*, 4 (3), 86-90.
- García, B. (2010). Manual de métodos de investigación para las ciencias sociales. Un enfoque de enseñanza basado en proyectos. *Manual moderno*. México, D.F
- García S. (2007). Reseña de "Los menores infractores en México" de Ruth Villanueva. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, 40(119), 647-660.
- García-Aurrecoechea, R., Díaz-Guerrero, R., Reyes-Lagunes, I., Medina-Mora, M. E., Andrade-Palos, P. & Reidl L. M. (2006). Indicadores psicosociales de motivación del consumo de marihuana y/o cocaína. *Adicciones*, 17(4), 387-398.

- Hendriks, V., van der Shee, E. & Blanken, P. (2011). Treatment of adolescents with a cannabis use disorder: Main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in The Netherlands. *Drug and alcohol dependence*, 119, 64-71.
- Himmelstein, J. (1983). From killer weed to drop-out drug: the changing ideology of marihuana. *Contemporary Crises*, 7, 13-38.
- Hoch, E., Noack, R., Henker, J., Pixa, A., Höfler, M., Behrendt, S., Bühringer, G. & Wittchen, H. U. (2012). Efficacy of a targeted cognitive-behavioral treatment program for cannabis use disorder (CANDIS). *European Neuropsychopharmacology*, 22, 267-280.
- Humenuik, R., Ali, R.; Babor, T., Souza-Formigoni, M. L., Boerngen, R., Ling, W., McRee, B., Newcombe, D., Pal, H., Poznyak, V., Simon, S. & Vendetti, J. (2011). A randomized controlled trial of a brief intervention for illicit drugs linked to the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in clients recruited from primary health-care settings in four countries. *Addiction*, (107), 957-966.
doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03740.x
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Recuperado de:
http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?pr oy=eng2010_men infractores
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRF). Recuperado de:
<http://inprf.gob.mx/psicosociales/archivos/encuestaepidemiologia.pdf>
- Instituto Nacional de Salud (NIH, 2013). DrugFacts: La marihuana. *National Institute on Drug Abuse*. Recuperado de:
<http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-marihuana>
- International Journal of Drug Policy (2010) Cannabis policy: Time to move beyond the psychosis debate, 21,261-264.
- Lang, E., Engeland, M., Brooke, T. (2000). Report of an integrated brief intervention with self-defined problem cannabis users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 111-116.
- López S. & Rodríguez-Arias L. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22(4), 568-573.

- Martin, G., Copeland, J. Swift, W. (2005). The adolescent cannabis Check-Up: Feasibility of a brief intervention for young cannabis users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 29, 207-213.
- Martinez, K., Salazar, M., Pedroza, F., Ruiz, G. & Ayala, H. (2008). Resultados preliminares del Programa de Intervención Breve Para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y Otras Drogas. *Salud mental*, 31(002), 119-127.
- Martínez, K., Salazar, M., Ruiz, G., Barrientos, V. y Ayala, H. (2009). Programa de Intervención Breve Para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y Otras Drogas. Manual para el terapeuta. Tercera edición. Recuperado de:
http://www.cenadic.salud.gob.mx/PDFS/publicaciones/intervencion_breve.pdf
- Medina, M. (s.f.). Mitos y realidades de la marihuana. Intervención breve para usuarios de marihuana. UNAM. *Salud pública de México*. 45(1).
- Medina-Mora, Ma., Cravioto, P., Villatoro, J., Fleiz, Galván-Castillo F. & Tapia-Conyer, R. (2003). Consumo de drogas entre adolescentes: resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 1998.
- Medline Plus en la red (recuperado en 2013). Marihuana. Recuperado de:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/marijuana.html>
- Muñoz, M. & Graña, J. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13(001), 87-94.
- Oleszkiewicz-Peralba, M. (2010). El narcotráfico y la religión en América latina. *Revista del CESLA*, 1(13), 211-224.
- Real Academia Española (2011). Diccionario de la lengua española. Vigésima segunda edición. Recuperado de:
<http://lema.rae.es/drae/?val=marihuana>
- Reyes, L. (2008). La administración educativa de los menores infractores en los Estados Unidos Mexicanos. *Espacios Públicos*, 11(022), 266-280.
- Reyes, L. & González, J. (2010). La genealogía de los niños de la calle y su educación en los Centros de Internamiento en México. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 8(2).211-224.
- Sáenz, E. (2007). La "prehistoria" de la marihuana en Colombia: consumo y cultivos entre los años 30 y 60. *Cuadernos de Economía*, 26(47), 205-222.

- Sanabria, A. & Uribe, A.; (2009). Conductas antisociales y delictivas en adolescentes infractores y no infractores. *Pensamiento Psicológico*, 6(13), 203-217.
- Sanabria, A. & Uribe A. (2010). Factores psicosociales de riesgo asociados a conductas problemáticas en jóvenes infractores y no infractores. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 6(2), 257-274.
- UNAM (2012) Programa de Intervención Breve Para Usuarios de Marihuana.
- Vázquez, D. (2012). Acercamiento estadístico a la realidad de los menores infractores en México: legislación y crimen organizado, nuevos desafíos. *Universitas Psychologica*, 11(4), 1105-1114.
- Vélez, A., Borja, K. y Ostrosky-Solís (2010). Efectos del consumo de marihuana sobre la toma de decisión. *Revista mexicana de psicología*, 27(2), 309-315.
- Vélez, S. E. (2000). Globalización y narcotráfico: El dúo dinámico de la Posguerra Fría. *El Cotidiano*, 16(4), 24-81.
- Villatoro-Velázquez, J. A., Medina-Mora, M. E., Fleiz-Bautista, C., Téllez-Rojo, M. M., Mendoza-Alvarado, L. R., Romero-Martínez, M., Gutiérrez-Reyes, J.P., Castro-Tinoco, M., Hernández-Ávila, M., Tena-Tamayo, C., Alvear, C. & Guisa-Cruz V.(2011). Encuesta Nacional de Adicciones 2011: reporte de drogas. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública.
- Young, M., Stevens, A., Porath-Waller, A., Pirie, T., Garrity, C., Skidmore, B., Turner, L., Arratoon, C., Haley, N., Leslie, K., Reardon, R., Sproule, B., Grimshaw, J. & Moher, D. (2012). Effectiveness of brief interventions as part of the screening, brief intervention and referral to treatment (SBIRT) model for reducing the non-medical use of psychoactive substances: a systematic review protocol. *Systematic reviews*. *Systematic reviews* 1(22), 1-11.
doi:10.1186/2046-4053-1-22
- Zeese, K. (1999). History of medical marihuana policy in US. *International Journal of Drug Policy*, 10, 319-328.

Anexos

Resultados anexos de la entrevista inicial.

Tabla 22

Problemas asociados al consumo de drogas.

	Participante 1	Participante 2	Participante 3	Participante 4	Participante 5	Participante 6	Participante 7
¿Por qué?	Alcohol y drogas en exceso	Al ver que sus pulmones están manchados	Ya era vicio	---	Le gusto la marihuana	---	Ya era de cada 8 días, sus amigos le invitaban
Problemas familiares	Pérdida de confianza, separación de la familia	Pérdida de confianza, agresiones físicas y verbales, separación de la familia y discusiones	NO	NO	Pérdida de confianza, agresiones físicas y verbales	Pérdida de confianza	Pérdida de confianza
Problemas de pareja	Infidelidad	NO	NO	NO	separación, celos	No hay comunicación	NO
Problemas sociales	Aislamiento	Pérdida de amigos (4)	Agresiones físicas y verbales	NO	Pérdida de amigos (10), agresión física/ verbal	NO	NO
Problemas laborales/ escolares	Problemas con compañeros	Desempleo, problemas con el jefe, problemas con compañeros	Ausentismo, desempleo,	NO	NO	Accidentes laborales	Bajo rendimiento escolar
Pérdida de empleo o escuela por consumo	2 veces la escuela	7 veces el empleo	1 vez el empleo	NO	NO	NO	1 vez la escuela
Problemas legales	Detenciones, estar en prisión, robos, manejo de armas, homicidio, secuestro	Detenciones, estar en prisión, demandas, robos, manejo de armas, homicidio	Detenciones, estar en prisión, manejo de armas, homicidio	Detenciones, estar en prisión, homicidio	Detenciones, estar en prisión, robos, manejo de armas	NO	Detenciones
Otro problema	NO	Problemas con la sociedad, gente alrededor	NO	NO	NO	NO	NO

La tabla 22 indica que para cuatro de los participantes se convirtió en un problema a la edad de 16 años; cuatro mencionan que el principal problema familiar es la pérdida de confianza y para uno de ellos, percibe que no le trajo problemas legales su consumo.

Tabla 23

Consumo anterior

	Participante 1	Participante 2	Participante 3	Participante 4	Participante 5	Participante 6	Participante 7
Su consumo el año pasado fue	Un problema mayor, con peleas familiares	Un pequeño problema	Un problema mayor por llegar al CIPA	Sin problema	Un gran problema, con pérdida de memoria	Sin problema	Un problema menor
Consumo anterior	Diario	Diario	Cada 15 días	Alcohol cada 15 días marihuana cada 4 meses	Diario	1 vez por semana	Cada 15 días y después cada 8
Cantidad que consumía	2 churros y 2 botellas	7-8 churros 2 latas PVC 2 cartones	Sólo trenes con marihuana 5 botellas (hasta embriagarse)	1 churro 6 botellas de cerveza	6 churros 1 cartón de cerveza 1 lata de PVC	2 churros 1 cartón 1 lata (cada 15 días)	1 churro 2 miligramos de pastillas 1 o 2 botellas
Tiempo de consumo por unidad	Churro 10 min. Copa en segundos	10 min. Churro 5min. La mona 10 min. Cerveza	1 hora una botella	3-4 min. Cerveza 5 min. Churro	15 min. Chela 5min. Churro 10 min. Mona	10 min, cerveza 15 min. Churro ½ hora mona	Pastillas ni un segundo Botella una hora Churro 10 min.
Tiempo entre una dosis y otra	6 horas churro Copa segundos	2 horas churro mona y cerveza una tras otra	Seguidas las copas	Seguidas	Chela una tras otra 1hora churro 10 min. mona	5 min. Churro 5 min. Cerveza 1 mona por hora	Cada 3 horas
Tiempo total de un episodio de consumo	8 horas	Todo el día	5 horas	6 horas	6-7 horas	Hora y media las cervezas 30 min. Churro Mona todo el día	8 a 10 horas

La tabla 23 indica que 3 de los participantes consumían diario, su consumo va de sólo trenes de marihuana, hasta 8 churros; y podían consumir en un lapso entre hora y media, hasta todo el día.

Tabla 24

Tratamientos, salario gastado y abstinencia

	Participante 1	Participante 2	Participante 3	Participante 4	Participante 5	Participante 6	Participante 7
¿Algún tratamiento previo?	Si, en el CIPA por medio del IMCA	CIPA	3 meses en AA	NO	NO	NO	NO
Resultados	No tanto con las drogas, pero si con su personalidad	Despejar su mente, dejar de pensar en la droga	3 meses sin tomar	---	---	---	---
Salario gastado en drogas alcohol	80%	50%	30%	50%	100%	90%	50%
Intentos de dejar la droga	NO	7 veces	Muchas	NO	4 veces	NO	1 vez
¿Qué sucedía?	---	La dejaba un día, dos	La dejaba 2 o 3 meses	---	La dejaba por meses	---	La dejo 9 meses
Periodo de mayor de abstinencia	---	2 años	3 meses	---	Año y medio	---	9 meses
¿Por qué se abstuvo?	---	CIPA	AA	---	Se quería portar bien	---	Por la novia

La tabla 24 indica que 3 de los participantes han tenido tratamientos previos para su uso de sustancias; 3 de ellos han intentado dejar las drogas, dejándola un par de días o hasta meses, 3 de ellos no la han tratado de dejar por voluntad propia; los períodos de mayor abstinencia van de los 9 meses a los 2 años.