



Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2015/2016

Convocatoria Junio

**Modalidad:** Propuesta de Intervención

**Título:** Propuesta de Intervención en un caso de adicción al cannabis

**Autor:** Irene Martínez Reolid

**Tutor:** José Luis Carballo Crespo

Elche a 20 de Junio de 2016

## Índice

1. RESUMEN.....	3
2. INTRODUCCIÓN.....	4
3. MÉTODO.....	6
PARTICIPANTE.....	6
VARIABLES E INSTRUMENTOS.....	7
PROCEDIMIENTO.....	9
4. RESULTADOS.....	9
5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	12
6. DISCUSIÓN.....	21
7. BIBLIOGRAFÍA.....	22
TABLA 1.....	9
FIGURA 1.....	10
FIGURA 2.....	11
FIGURA 3.....	11

## **RESUMEN**

El cannabis es una de las drogas de mayor consumo en la sociedad española, únicamente superada por el alcohol y el tabaco. En la población joven se concentra el mayor número de consumidores, asociando un menor riesgo en el consumo de esta droga si se compara con otras drogas ilegales. Actualmente, cada vez son más las personas que acuden a centros de atención primaria para recibir tratamiento para el consumo de esta sustancia. Sin embargo, cabe destacar que existen muy pocos tratamientos específicos para abordar el problema de consumo de cannabis. El objetivo de este trabajo ha sido hacer una propuesta de intervención basada en el programa de Aproximación Comunitaria de Reforzamiento para Adolescentes Consumidores de Cannabis (ACRA), para una persona consumidora de cannabis, la propuesta ha sido adaptada a las características y necesidades del paciente. Los objetivos del ACRA han sido dotar a la persona de las estrategias necesarias: entrenamiento en habilidades sociales, solución de problemas, control de la ira, búsqueda de empleo y prevención de recaídas entre otras.

## **PALABRAS CLAVE**

Cannabis, consumo de riesgo, abuso, ACRA, intervención.



## INTRODUCCIÓN

El cannabis, conocido comúnmente por el nombre de sus productos derivados: *hachís*, *marihuana* o *porros*, es una de las drogas de mayor consumo en la sociedad española, sólo superada por el alcohol y el tabaco en el número de personas consumidoras. Según el informe presentado por la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y otras Drogas (EDADES) en el año 2015, el cannabis es la sustancia ilegal cuyo consumo se encuentra más extendido en la población española.

Actualmente, el consumo se produce en todos los sectores de la población española, aunque en la población joven se concentra el mayor porcentaje de consumidores y con mayores riesgos para la salud. Así pues, en la EDADES 2014/2015, se registró que en ese año comenzaron a consumir cannabis 168.677 personas, el 36% de esas personas son menores, con una edad comprendida entre 15 y 17 años.

En cuanto al consumo problemático, en la EDADES (2014-2015), mediante la escala "Cannabis Abuse Screening Test (CAST)" se registró que el número de personas de 15 a 64 años que realizaban consumo problemático de cannabis era de 687.000 (2,2%), cuya proporción no es constante y disminuye con la edad. El 25% de las personas que habían consumido en el último año presentaban consumo problemático y esa proporción es constante para todos los grupos de edad.

En lo referente al riesgo percibido, en el caso del cannabis, los españoles asocian un menor riesgo a fumar habitualmente la sustancia si se compara con otras drogas ilegales con un patrón de consumo similar (Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2009). Sin embargo, el consumo de esta droga puede producir tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia, es decir, la persona consumidora deberá aumentar la dosis para experimentar los efectos agradables de la sustancia, produciéndose dependencia (fundamentalmente psicológica) y en el caso de abandonar ese consumo, la persona experimentaría un síndrome de abstinencia característico para la sustancia. (Baño, 2002; Baño, Ramos, López, Antonio y Guillén, 2004)

Por otro lado, la edad de inicio del consumo de cannabis resulta una variable de vital importancia para explicar la intensidad del consumo de esta sustancia y el tipo de relación que se establece con las drogas en general (Observatorio Vasco de Drogodependencias OVD, 2008). La tendencia observada por diferentes autores en el consumo de cannabis es que conforme aumenta la edad, los jóvenes avanzan hacia el consumo de esta sustancia (Generalitat de Catalunya, 2008; OVD, 2008; Vega, 2008). La EDADES y la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias, que realiza la

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, ponen de manifiesto que el cannabis es la droga ilegal que se empieza a consumir a una edad más temprana, frente a drogas legales como el tabaco y las bebidas alcohólicas (edad media cannabis 18 años, alcohol y tabaco 16 años).

Es frecuente que los consumidores de cannabis tomen también otras drogas, principalmente tabaco y alcohol, fenómeno denominado “policonsumo” (DGPND, 2015). Se ha relacionado el consumo de drogas legales con el posterior consumo de drogas ilegales bajo la teoría de la “puerta de entrada” (Henningfield, Clayton y Pollin, 1990). Según esta teoría, el consumo de una droga puede facilitar el consumo de otra y favorecer el policonsumo de sustancias (Kandel y Davies, 1996). Siguiendo esta teoría, la estrecha relación entre el consumo de cannabis y tabaco ha sido explicada por Amos, Wiltshire, Bostock, Haw y McNeill (2004) como un proceso en dos fases: en la primera, el joven se inicia en el consumo de tabaco para posteriormente pasar al consumo de cannabis con mayor facilidad, y posteriormente, al consumir cannabis se refuerza el hábito de consumir tabaco debido a que a menudo el cannabis se consume unido con el tabaco, o bien el tabaco se fuma como sustituto del cannabis.

Por otro lado, se ha podido comprobar la influencia que ejercer los referentes principales, ya que mediante el modelado, pueden instaurar una conducta de consumo, reforzarla o eliminarla por imitación del modelo (Bandura, 1987). Se ha encontrado una relación entre el consumo de cannabis en jóvenes y el consumo o aprobación de su uso por parte de los referentes principales (padres, hermanos, amigos e iguales (Jessor, Turbin, Costa, Dong, Zhang y Wang, 2003; Kuntsche y Jordan, 2006; Muñoz-Rivas y Graña, 2001; Ridenour, Lanza, Donny y Clark, 2006). En cuanto a la influencia que ejercen los amigos e iguales, en un trabajo de Scherrer et al. (2008) se encontró que el consumo de cannabis por parte de los referentes próximos: hermanos, amigos, compañeros de clase, está fuertemente asociado al abuso y consecuente dependencia de la sustancia en la posterior etapa de jóvenes adultos.

Por otro lado, los datos encontrados indican que la existencia de estado de ánimo depresivo en la adolescencia temprana aumenta la probabilidad del uso de sustancias y que el consumo de cannabis podría ser una estrategia de alivio de los síntomas (Paton, Kessler y Kandel, 1977). En cuanto a los factores conductuales, se ha observado que el consumo temprano de drogas incrementa las probabilidades de consumo posterior, aumentando el riesgo de que el uso se transforme en abuso o dependencia y que las drogas se conviertan en un elemento del estilo de vida de la persona (Brook et al., 2000; Newcomb y Bentler, 1988). Además, el consumo de tabaco y alcohol, de inicio más temprano, puede servir de

puerta de entrada hacia las drogas ilegales. Por ello, el consumo de cannabis en la adolescencia es un factor de riesgo importante para el consumo de otras sustancias ilegales (Fergusson, Boden y Horwood, 2008).

En los casos de intoxicación aguda por consumo de cannabis, suelen ser efectivas ciertas medidas de apoyo psicológico, como pueden ser: situar a la persona en un entorno con pocos estímulos, darle pautas para que controle su respiración y concienciar a la persona de que está bajo los efectos de una droga y que éstos pasarán. Sin embargo, hay casos en los que las medidas psicológicas no son suficientes o la sintomatología es muy intensa, por lo que está indicado el tratamiento farmacológico con benzodiazepinas por vía oral, intramuscular o la administración de neurolepticos sedantes, todo esto adaptado a la gravedad del caso y a las características de la persona que ha sufrido la intoxicación.

Por último, respecto a los tratamientos psicológicos específicos más eficaces en el tratamiento del consumo de cannabis, se ha de destacar la escasa investigación que se ha llevado a cabo en nuestro país. Esto puede ser debido a que, como señala McRae et. al (2003), anteriormente, no se consideraba el cannabis como una droga que necesitara de ayuda profesional y tampoco que el consumo de la droga generara un síndrome de dependencia, por lo que la búsqueda de ayuda en centros de atención primaria para la reducción de su consumo no se consideraba necesaria si se comparaba con otras drogas que generan un mayor daño a corto plazo. Sin embargo, sí se han encontrado algunos tratamientos que han demostrado ser eficaces en la adicción al cannabis (Diamond et al., 2002), como por ejemplo: la combinación de terapia motivacional y terapia cognitivo-conductual, el manejo de contingencias y un plan de tratamiento desarrollado a lo largo de 14 sesiones en formato individual y familiar denominado "Aproximación de Reforzamiento Comunitario para Adolescentes" (A-CRA), (Fernández, 2013). Aun así, los investigadores destacan la necesidad de continuar explorando otros tipos de intervenciones y nuevas técnicas para mejorar los resultados de las personas que acuden con un problema de consumo de cannabis.

## **MÉTODO**

### **Participante**

Varón de 26 años, actualmente no tiene trabajo, aunque cobra el subsidio laboral. Se independizó hace tres años pero por razones económicas se vio obligado a volver a casa de sus padres, con los que reside actualmente. Abandonó sus estudios a los 16 años, sin

obtener el graduado escolar. Años más tarde accedió a la escuela de adultos y consiguió obtener el título. Posteriormente no ha realizado ningún tipo de formación académica. Siempre ha desempeñado trabajos que no requerían de una formación específica: ayudante de cocina, limpieza y camarero. Actualmente, consume de forma habitual tabaco, marihuana y algunas veces alcohol. La edad del primer consumo de tabaco fue a los 12 años, seguido de 13 años el alcohol y con 14 probó el cannabis por primera vez. En lo referente a otras sustancias afirma haber consumido cocaína por primera vez a los 16 años y mantuvo ese consumo aproximadamente hasta los 21 años. Refiere que llegaba a consumir cocaína de jueves a domingo y las cantidades dependían del dinero que tuviera para obtenerla. Durante esos años también consumió pastillas, éxtasis y speed, siguiendo éstas la misma frecuencia de consumo que la cocaína, a excepción de que la edad de inicio de estas tres últimas fue a los 18 años. La persona refiere que hace años dejó de consumir cocaína, speed, pastillas y éxtasis, y que no tiene intención de hacerlo nunca más ya que es consciente del daño que implica para su salud. En cuanto al consumo de cannabis, comenzó a los 14 años y desde entonces se ha venido manteniendo el consumo, al igual que en el caso del tabaco. Refiere que en ocasiones tiene problemas para controlar la ira y el enfado a consecuencia de algunos problemas en casa y a raíz de esto “se fuma algún porro para relajarse.” Además, refiere de forma negativa que le incomoda ver a su padre consumir la sustancia ya que es una tentación para él, aunque nunca ha consumido acompañado de su padre. Por otro lado, refiere haber tenido problemas de salud que él considera relacionados con la sustancia; ansiedad, anhedonia, irritabilidad, y hace unos meses, tras haber consumido una gran cantidad de alcohol y marihuana en forma de porros, sufrió un síncope vasovagal, por lo que tuvo que ser atendido de urgencia en un hospital. También ha destacado que el hecho de no tener trabajo le produce mucha ansiedad y en ocasiones se siente una persona inútil. Refiere que el hecho de no trabajar hace que tenga más tiempo libre para quedar con amigos y consumir cannabis.

### **Variables e instrumentos**

Las técnicas que se han utilizado para la evaluación del consumo de cannabis han sido las siguientes:

*Entrevista semiestructurada del consumo de cannabis:* se ha elaborado un modelo de entrevista donde se pretende recoger los datos sociodemográficos de la persona, entorno social y variables relacionadas con el consumo, por ejemplo, edad del primer consumo, con

quién estaba, en qué situaciones consume marihuana, consecuencias negativas experimentadas a causa del consumo, etc.

*Cuestionario sobre consumo de drogas* (Cebrián, 2013): este cuestionario está formado por 12 ítems con una estructura de respuesta diferente para cada uno de ellos. Con este instrumento se ha pretendido obtener información de las siguientes variables: variables relacionadas con el consumo, variables relacionadas con la influencia social, percepción de peligrosidad del consumo de cannabis, expectativas de autoeficacia para negarse a consumir cannabis, experiencia vicaria de las consecuencias negativas del consumo de cannabis y de otras drogas, valoración de situaciones de tentación de consumo de cannabis, y por último, balance de pros y contras del consumo de cannabis. Además, este cuestionario permite obtener información sobre el consumo de otras drogas, para así evaluar la posible presencia de policonsumo.

*CAST* (Legleye y Beck, 2007): con este instrumento se ha pretendido obtener información acerca de los problemas derivados del consumo de cannabis en los últimos 12 meses. Está formado por 6 ítems, diseñados para detectar consumo de abuso de cannabis en población joven y adolescente. Mide principalmente las dificultades para controlar el consumo y las consecuencias negativas que se derivan de éste. El formato de respuesta es con una escala de tipo Likert (de 0=nunca a 4=muy a menudo), obteniendo una puntuación final que oscila entre 0 y 24. La clasificación del riesgo es la siguiente: 0 puntos CAST: 0 Riesgo / 1 a 2 puntos CAST: Bajo riesgo / 3 puntos CAST: Riesgo moderado / 4 o más puntos CAST: Alto Riesgo. Por último, cabe mencionar que este cuestionario ha obtenido una buena fiabilidad (Alfa de Cronbach = 0,72).

*SDS* (Kraus, 2008): con este instrumento se ha pretendido medir el grado de dependencia experimentado por la persona en cuanto al consumo de cannabis, en concreto los aspectos más psicológicos de la dependencia. Se pretende evaluar la percepción que el sujeto tiene acerca de su grado de deterioro del control sobre el consumo de la droga, así como su preocupación y ansiedad por conseguirla. Consta de 5 ítems, y la respuesta a cada ítem está codificada mediante una escala con un intervalo de puntuaciones de 0 a 3. La puntuación total de la SDS tiene, por lo tanto, un intervalo de 0 a 15 puntos, y una mayor puntuación indica un mayor grado de dependencia de cannabis. Originalmente la escala fue desarrollada para evaluar el grado de dependencia a la cocaína, heroína y anfetaminas. Sin embargo, numerosos estudios han comprobado su eficacia para consumidores de cannabis. Por último, cabe mencionar que este cuestionario ha obtenido una buena fiabilidad (Alfa de Cronbach = 0,83).



Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1989): Ha sido utilizada para explorar el grado de autoestima personal que presenta la persona, entendida ésta como los sentimientos de valía personal y de respeto hacia él mismo. Está formada por 10 ítems con 4 alternativas de respuesta. La interpretación de la escala es la siguiente: de 30 a 40 puntos: autoestima elevada (considerada como autoestima normal), de 26 a 29 puntos autoestima media (no presenta problemas significativos de autoestima pero conviene mejorarlos), menos de 25 puntos, autoestima baja (existen problemas significativos de autoestima). Por último, cabe mencionar que este cuestionario ha obtenido una buena fiabilidad (Alfa de Cronbach = 0,87).

### Procedimiento

Para realizar una buena evaluación del consumo de cannabis se llevó a cabo en primer lugar una entrevista semiestructurada en la que se recoge información referente a los aspectos relacionados con el consumo, la historia del consumo y aquellos aspectos que posiblemente desencadenan y mantienen la conducta del consumo de cannabis. Posteriormente a la entrevista, se le administraron las escalas citadas con anterioridad que la persona completó a lo largo de 30 minutos. La elección de los instrumentos y estrategias de evaluación estuvieron basadas en sus propiedades psicométricas, siendo éstas las más efectivas para la evaluación del consumo de cannabis.

### RESULTADOS

A continuación se muestran los resultados obtenidos de la persona en cada una de las escalas administradas:

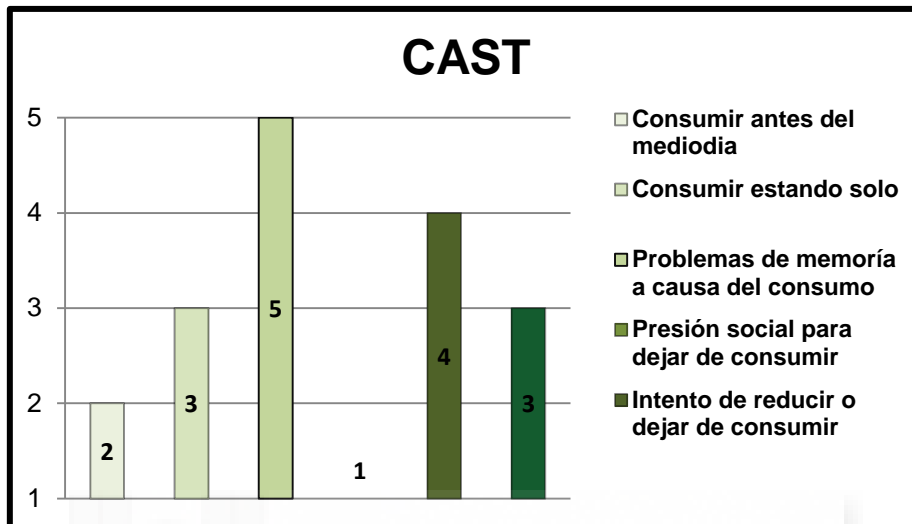
*Cuestionario sobre consumo de drogas:*

Tabla 1

Edad del primer consumo	Edad de consumo regular	Con quién estaba la primera vez que consumió	Magnitud del consumo	Policonsumo	Consumo de cannabis en su entorno social	Situaciones desencadenantes del consumo
14 años	14 años	Amigos	1-5 porros (diarios)	Alcohol, tabaco y cannabis	Padre Hermana Amigos Otros familiares	Ansiedad o estrés Discusiones familiares Cuando tiene problemas y no sabe cómo afrontarlos

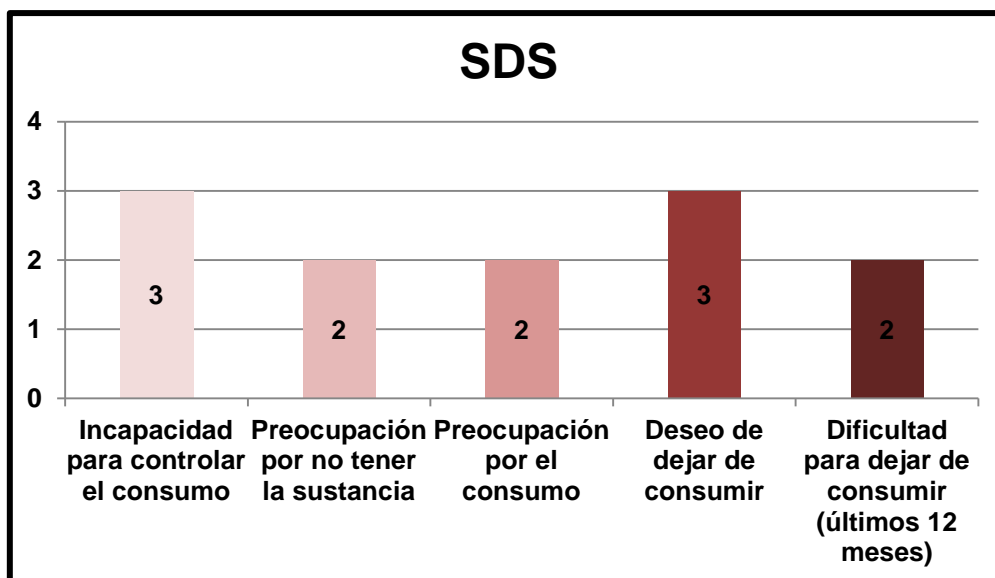
### Resultados sobre el cuestionario de drogas

**CAST:** se ha obtenido una puntuación de 18, lo que se interpreta como que la persona presenta una dependencia de riesgo en cuanto al consumo de cannabis. Los principales problemas a destacar son los problemas de memoria que ha sufrido la persona a consecuencia del consumo de cannabis y el hecho de intentar reducir o dejar de consumir cannabis sin éxito (ítems 3 y 4).



**Figura 1: Resultados de la escala CAST.**

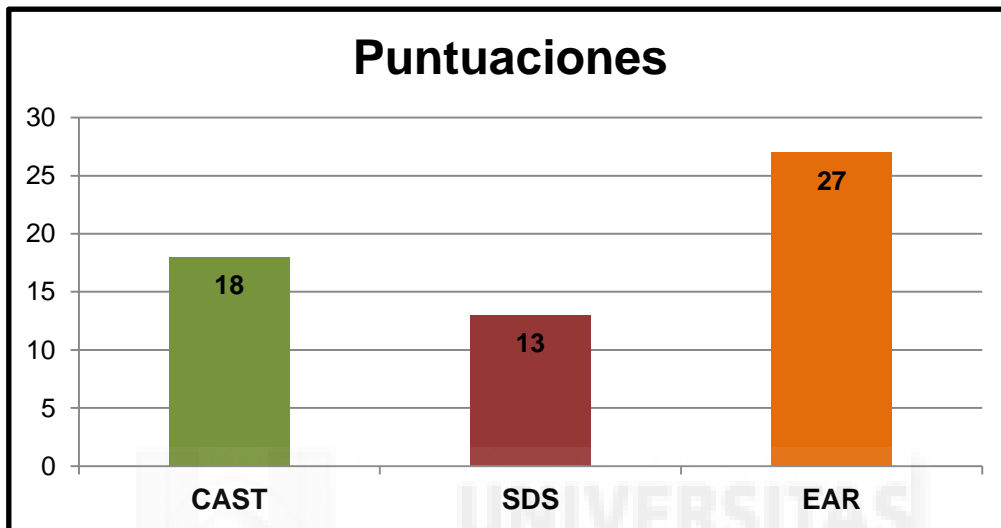
**SDS:** se ha obtenido una puntuación de 13, lo que se interpreta como que la persona presenta una profunda dependencia en cuanto al consumo de cannabis, además también se ha observado como la persona presenta grandes dificultades a la hora de dejar de consumir la sustancia.



**Figura 2: Resultados de la escala SDS.**

EAR: se ha obtenido una puntuación de 27, se interpreta como un grado de autoestima medio, la persona no presenta problemas graves de autoestima pero se considera conveniente mejorar algunos aspectos de ésta.

A continuación, se muestra una gráfica con las puntuaciones totales para cada una de las escalas:



**Figura 3: Puntuaciones totales de las escalas.**

En la entrevista se ha podido obtener información muy útil en cuanto al consumo, donde la persona refiere que actualmente el consumo ha disminuido a comparación de hace unos años, llegando a consumir actualmente de 6 a 7 porros a lo largo de una semana, y la mayoría de las veces siempre acompañado de amigos. Menciona que durante años él mismo tenía plantas para su propio consumo por lo que el acceso a la droga era rápido. Cuando se le pregunta por su entorno social afirma que la mayoría de sus amigos son fumadores habituales de cannabis y consumidores de otras sustancias (tabaco, alcohol, cocaína...), además, dos primos con los que mantiene muy buena relación aunque viven en otra ciudad, son también consumidores habituales de cannabis, cocaína y alcohol y siempre que mantiene contacto directo con ellos, consume cannabis. En cuanto al entorno familiar, refiere que su padre es consumidor habitual de marihuana, llegando a fumar de 2 a 3 porros al día. Actualmente expresa su deseo por dejar de consumir cannabis de forma definitiva, y menciona que su principal problema es que cuando le ofrecen no sabe decir "no".

Tras analizar los resultados obtenidos, se ha considerado que la persona presenta una fuerte dependencia relacionada con el consumo de cannabis y además su consumo es considerado de alto riesgo ya que afecta directamente a otras áreas de su vida. Se ha podido observar que en la mayoría de ocasiones los factores desencadenantes del consumo

son el grupo de iguales (amigos y familia), no emplear el tiempo en actividades agradables y ajenas al consumo, no tener un trabajo ya que esto genera un mayor tiempo para mantener contacto con personas consumidoras, no poseer las habilidades de comunicación efectivas para negar el ofrecimiento de cannabis y no saber controlar sus impulsos y no conocer de forma efectiva cómo solucionar los problemas de la vida cotidiana.

Por ello es necesario la propuesta de un programa de tratamiento con la finalidad de ayudar a la persona a que abandone el consumo de cannabis, a fomentar actividades saludables para su vida, a identificar aquellas situaciones que le ponen en riesgo, a promover un apoyo social alejado del consumo, a instruirle en habilidades sociales asertivas para que sea capaz de negar el consumo de cannabis, así como aumentar el grado de motivación para la búsqueda de un empleo, entre otras.

## **PROPUESTA DE INTERVENCIÓN**

Para abordar la problemática del consumo de cannabis se ha diseñado un programa de intervención basado en el programa de Aproximación Comunitaria de Reforzamiento para Adolescentes Consumidores de Cannabis (ACRA), (Fernández, 2013). El programa propuesto ha sido modificado y adaptado a las necesidades de la persona evaluada. El tratamiento tendrá una duración de 14 semanas, 1 sesión por semana de una hora de duración aproximadamente. A continuación se plantean los aspectos que se proponen trabajar con la persona:

- Presentación del programa ACRA (Sesión 1)
- Análisis Funcional de las Conductas de Consumo de Sustancias (Sesión 2)
- Análisis Funcional de las Conductas Prosociales (Sesiones 3 y 4)
- Incrementar las Formas Prosociales y el entorno social libre de consumo (Sesión 5)
- Habilidades de Comunicación asertivas (Sesión 6)
- Habilidades de resolución de problemas (Sesión 7)
- Manejo y Control de la ira (Sesión 8)
- Búsqueda de Empleo (Sesión 9)
- Prevención de Recaídas (Sesiones 10 y 11)
- Cierre del Tratamiento (Sesión 12)
- Seguimiento a los 3, 6 y 12 meses.

A lo largo de todas las sesiones, se proporcionará refuerzo social por la decisión de la persona de continuar su conducta de abstinencia, y se realizarán evaluaciones durante todo

el proceso de tratamiento con el objetivo de comprobar que la intervención está siendo efectiva y que la persona progresa en los objetivos propuestos.

Cabe destacar que no ha sido posible incluir a ninguna figura del entorno social de la persona, ya que, en su mayoría son consumidores habituales de cannabis.

*Secuencia y contenido de las sesiones.*

### **Sesión 1: “Presentación del programa ACRA”**

**Objetivo principal:** Presentación del programa ACRA

#### **Objetivos específicos:**

- Explicar la eficacia del programa ACRA en población consumidora de cannabis.
- Psicoeducación del consumo de cannabis.
- Construcción de la alianza terapéutica.

#### **Tareas:**

- Aclaración de dudas que puedan surgirle a la persona.
- Aportación de información en cuanto al número de sesiones y duración de éstas.
- Explicar el principio de confidencialidad.
- Utilizar estrategias como el refuerzo social positivo para aumentar la motivación de la persona y fomentar una buena alianza terapéutica.
- Explicar las consecuencias negativas derivadas del consumo de cannabis.

#### **Descripción:**

En la primera sesión se aportará toda la información referente al programa ACRA, explicándole a la persona que el programa ha sido específicamente modificado a sus necesidades y destacando la efectividad que ha demostrado tener el programa. Posteriormente, se explicarán los efectos y las consecuencias del efecto del cannabis, así como conceptos como la tolerancia, la dependencia y el síndrome de abstinencia, utilizando un lenguaje sencillo y comprensible para la persona. Durante el desarrollo de la sesión, se reforzará, de manera verbal, la decisión de la persona de poner fin a su consumo de cannabis.

## **Sesión 2:** “Análisis Funcional de las conductas de consumo”

**Objetivo principal:** Identificación por parte de la persona de su patrón de consumo a través del análisis funcional de la conducta de consumo de cannabis.

### **Objetivos específicos:**

- Identificar los desencadenantes internos y externos del consumo
- Identificar y clarificar las conductas de consumo de sustancias.
- Identificar las consecuencias positivas a corto plazo del consumo.
- Identificar las consecuencias negativas a largo plazo del consumo

### **Tareas:**

- Explicar el propósito del análisis funcional de consumo de sustancias.
- Obtener información acerca de las conductas de consumo de la persona.
- Determinar los desencadenantes del consumo de cannabis.
- Ayudar a la persona a identificar motivaciones para abandonar el consumo.
- Resumen de la información obtenida en el análisis funcional.

### **Descripción:**

En esta sesión se le explicará a la persona la finalidad de realizar el análisis funcional de la conducta de consumo y proporcionarle información en lo referente a la conexión que se establece entre los tres pasos del análisis funcional: desencadenante-conducta-consecuencias. La finalidad es que la persona identifique por ella misma, cómo algunas situaciones precipitan que se produzca la conducta de consumo, así como el hecho de estar con determinadas personas. La información referente a los desencadenantes del consumo será completada con el cuestionario sobre consumo de drogas, realizado previamente por la persona. Por último, se resumirá la información obtenida con el objetivo de contrastar que ésta se corresponde con la realidad.

## **Sesiones 3-4:** “Análisis funcional de las conductas prosociales”

**Objetivo principal:** Identificación por parte de la persona de conductas ajenas al consumo que le resulten agradables a través del análisis funcional de las conductas prosociales.

### **Objetivos específicos:**

- Identificar conductas prosociales, agradables, no asociadas al consumo de cannabis.
- Identificar desencadenantes positivos para la conducta prosocial.

- Identificar las consecuencias negativas a corto plazo de la conducta prosocial.
- Identificar las consecuencias positivas a largo plazo de la conducta prosocial.
- Identificar una actividad agradable para la persona y que se comprometa con llevarla a cabo con el objetivo de aumentar su actividad prosocial.

**Tareas:**

- Explicar el propósito de realizar un análisis funcional de conductas prosociales.
- Elaborar un listado de forma conjunta para ayudar a la persona a identificar una conducta agradable, ajena al consumo, y que la lleve a cabo.
- Analizar con la persona las consecuencias positivas y negativas que obtendrá como resultado de la conducta prosocial.

**Descripción:**

Con la elaboración del listado de conductas agradables se pretende concienciar a la persona de que hay numerosas actividades con las que ha disfrutado y que no implican el consumo de cannabis, por ejemplo, practicar deporte. Ayudar a la persona a que identifique cuáles son esas actividades, prestándole ayuda y el consejo que necesite. Una vez seleccionada la conducta prosocial que llevará a cabo, se le refuerza y se le anima a buscar más actividades que pueda llevar a cabo.

**Sesión 5: “Entorno social libre de consumo”**

**Objetivo principal:** Incrementar las formas prosociales de diversión.

**Objetivos específicos:**

- Reconocer que determinadas situaciones y personas le ponen en riesgo de recaída.
- Identificar personas con las que pueda realizar actividades prosociales y que sean ajenas al consumo de cannabis.
- Comprometer a la persona a que realice (continúe) actividades prosociales.

**Tareas:**

- Elaborar un listado en el cual se reflejen aquellas situaciones o personas con las que hay riesgo de consumir cannabis.
- Concienciar a la persona de que, al menos por un tiempo, debe abandonar las actividades que le ponen en riesgo, así como, mantener un alejamiento, por lo menos parcial, de aquellas personas consumidoras de cannabis.

- Elaborar una segunda lista donde figuren aquellas personas con las que puede llevar a cabo actividades agradables y no son consumidoras de cannabis.

**Descripción:**

Se le explicará a la persona el riesgo que existe si no se produce un alejamiento de las personas de su entorno consumidoras de cannabis. En todo momento, se mostrará empatía y comprensión ante la posibilidad de que la persona echará de menos las actividades con las que disfrutaba hasta ahora y con quien las compartía, e insistir en que es necesario que se produzca ese cambio si quiere conseguir su objetivo de dejar de consumir. Es importante tener presente que la mayoría del círculo social de la persona es consumidora de cannabis por lo que el trabajo en esta sesión requiere de mucha empatía por parte del terapeuta.

**Sesión 6: “Aprendiendo habilidades de comunicación asertivas”**

**Objetivo principal:** Mejorar las habilidades de comunicación de la persona.

**Objetivos específicos:**

- Enseñar técnicas de comunicación efectivas, con el objetivo de que sea capaz de decir “no” cuando le ofrecen consumir cannabis.
- Enseñar y poner en práctica técnicas de comunicación asertiva: disco rayado, blanco de niebla, “no” asertivo, aplazamiento asertivo...

**Tareas:**

- Explicar la importancia de comunicarse de forma eficaz en situaciones donde debe negarse a consumir.
- Utilizar ejemplos de la vida real aportados por la persona, por ejemplo, no saber decir “no” cuando le ofrecen consumir y realizar role-playings, practicando el modo en qué debe actuar ante estas situaciones.
- Utilización de la técnica del modelado para que la persona aprenda cómo debe actuar en situaciones donde se encuentra tentado a consumir.
- Ofrecer feedback en función de los resultados obtenidos en los ensayos de conducta.

**Descripción:**

En primer lugar, se le explicará a la persona la importancia de la comunicación efectiva en todos los ámbitos de su vida, destacando en este caso, la comunicación asertiva en los



casos en que le ofrecen consumir cannabis. Se llevarán a cabo role-playings simulando situaciones de la vida real del sujeto, y se le ofrecerá feedback a cerca de la conducta ensayada. Las principales conductas a ensayar serán aquellas donde la persona se encuentra con su grupo de amigos y éstos le proponen consumir cannabis.

### **Sesión 7: “Aprendiendo habilidades de solución de problemas”**

**Objetivo general:** Mejorar las habilidades de solución de problemas

**Objetivos específicos:**

- Ayudar a que la persona sea capaz de 1) identificar un problema, 2) generar alternativas para ese problema y 3) elegir la solución apropiada para ese problema.

**Tareas:**

- Explicar la importancia de la técnica y su efectividad en la vida cotidiana.
- Ayudar a la persona a definir un problema que está teniendo en ese mismo momento, de forma clara y específica.
- Elaborar un listado de las alternativas para solucionar el problema.
- Apoyar la decisión elegida por la persona.

**Descripción:**

En esta sesión se practicará la solución de problemas, escogiendo un problema actual al que la persona se enfrenta y no encuentra una solución (no saber decir que no cuando le ofrecen consumir, peleas en casa, no tener trabajo...). Se elaborarán alternativas para ese problema, la persona deberá decir todas las alternativas que se le ocurran, simulando una lluvia de ideas o “brainstorming”. Posteriormente se analizarán conjuntamente las consecuencias positivas y negativas de cada alternativa y finalmente la persona se decidirá por una de ellas y la pondrá en práctica para solucionar su problema. Se apoyará y reforzará la alternativa escogida por la persona.

### **Sesión 8: “Aprendiendo a controlar la ira”**

**Objetivo general:** enseñar a la persona a expresar sus necesidades de forma segura y efectiva mediante el control de la ira.

**Objetivos específicos:**

- Identificar y reconocer la emoción de ira
- Enseñar a la persona a tomarse un tiempo para relajarse
- Realizar actividades distractoras
- Identificar reforzadores para controlar la ira

**Tareas:**

- Se enseñará a la persona a que reconocer la emoción de la ira, explicándole la sintomatología experimentada con la emoción: incremento de la activación, mandíbula apretada, sudor, puños apretados, respiración acelerada...
- Una vez reconocida la emoción se le enseña a la persona a realiza autoverbalizaciones como “necesito calmarme” y alejarse del estímulo que ha generado esa ira durante un periodo de tiempo largo.
- Se le explica la importante de llevar a cabo una actividad distractora con la finalidad de que se relaje, en los momentos donde la ira es elevada.
- Enseñar técnica de relajación.

**Descripción:**

Se escogerán situaciones de la vida real de la persona donde haya experimentado emociones de ira elevadas (peleas con sus padres), habiendo consumido cannabis o no, y se le darán pautas específicas para ayudarle a controlar la emoción y no dejarse llevar por ésta. Además se le enseñarán técnicas de relajación con el objetivo de que la persona controle su activación.

**Sesión 9: “Fomentando la búsqueda de empleo”**

**Objetivo principal:** Habilidades óptimas para la búsqueda de empleo.

**Objetivos específicos:**

- Correcta elaboración del currículum vitae.
- Pautas para la entrevista de trabajo.

**Tareas:**

- Se realizará conjuntamente el currículum vitae de la persona de forma correcta y aportando sólo la información relevante.

- Ayudar a la persona a identificar dónde le gustaría trabajar.
- Realizar role-playings simulando una entrevista de trabajo, con el objetivo de que la persona se desenvuelva de forma eficaz.
- Dar pautas para la entrevista de trabajo: puntualidad, llevar el CV, buena presencia física, vestimenta adecuada, presentar optimismo, interés y motivación.

**Descripción:**

Se motivará a la persona en la búsqueda de empleo y se le enseñarán pautas para desempeñar una correcta entrevista laboral, así como, a una óptima presencia del currículum vitae. Finalmente, una vez la persona haya identificado en qué empresas le gustaría trabajar, se le animará a que lleve de forma presencial su currículum.

**Sesiones 10-11: “Prevención de recaídas”**

**Objetivo general:** Habilidades para la prevención de recaídas.

**Objetivos específicos:**

- Enseñar a la persona a identificar el sistema de alerta temprana.
- Instruirle en el entrenamiento al rechazo.
- Concienciar a la persona de que, por el momento, debe rodearse de personas que no consumen cannabis.

**Tareas:**

- Concienciar a la persona de aquellas situaciones y personas que le ponen en riesgo de consumir y cómo debe actuar si está a punto de realizar la conducta. (empleo de habilidades asertivas o alejarse del estímulo).
- Empleo de las técnicas de comunicación asertivas ya practicadas con anterioridad. Se realizará un role-playing simulando la situación de riesgo y como la persona haría frente a la situación.
- Motivar a la persona para que continúe realizando actividades prosociales con personas ajenas al consumo.

**Descripción:**

La prevención de recaídas consistirá en que la persona identifique todo lo que se ha puesto en práctica en las sesiones anteriores, relacionado con: comunicación asertiva, conductas

prosociales, solución de problemas y reconozca la utilidad de éstas para que continúe su proceso de abstinencia de consumo.

### **Sesión 12: “Cierre del tratamiento”**

**Objetivo general:** Cierre del tratamiento.

**Objetivos específicos:**

- Repasar los avances que la persona ha conseguido a lo largo del tratamiento.
- Comentar los beneficios que el tratamiento le han aportado a la persona.
- Información de los procedimientos trabajados.
- Reforzar las conductas llevadas a cabo en el proceso de tratamiento.

**Tareas:**

- Expresar los avances realizados por la persona desde el comienzo del programa hasta la finalización de éste.
- Comentar los avances que la persona ha obtenido en sus habilidades de comunicación, en solución de problemas, control de la ira y reforzar el trabajo realizado.
- Dar información a la persona sobre los procedimientos que se han empleado a lo largo de la intervención y la utilidad que éstos han tenido en su proceso de abstinencia.

**Descripción:**

Se comentarán con la persona los avances que ha obtenido en cuando a su proceso de dejar de consumir. Se reforzarán todas las actividades que la persona ha empleado para conseguir su objetivo. Por último, se le motivará para que continúe con su período de abstinencia y se le dejará claro que puede establecer contacto telefónico si requiere ayuda en cualquier momento o se enfrenta a alguna dificultad relacionada con el consumo.

Finalmente, se le informará a la persona de que se establecerá un período de seguimiento a los 3, 6 y 12 meses para comprobar que está bien y que continúa con la abstinencia. Los seguimientos se realizarán mediante contacto telefónico.

## DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo ha sido establecer un programa de tratamiento eficaz para una persona adicta al cannabis. El objetivo a abordar ha presentado ciertas dificultades debido a la poca existencia de tratamientos existentes hasta la fecha relacionados con el consumo de cannabis. Sin embargo, se ha llevado a cabo un modelo de intervención basado en el programa de Aproximación Comunitaria de Reforzamiento para Adolescentes Consumidores de Cannabis (ACRA), (Fernández, 2013), diseñado específicamente para población adolescente, aunque ha demostrado ser también eficaz en población adulta.

Respecto a los datos obtenidos del participante, se ha podido comprobar como la persona asocia un menor riesgo a fumar cannabis de forma habitual, comparando este hecho con el consumo que ejercía hace unos años con otras drogas ilegales: cocaína, speed y éxtasis. Además, se ha podido colaborar que el cannabis es la droga ilegal que se empieza a consumir a una edad más temprana, 14 años en este caso, y que también es frecuente que los consumidores presenten policonsumo, principalmente tabaco y alcohol.

En cuanto a los factores de riesgo observados en la persona evaluada, cabe destacar factores de tipo familiar: consumo por parte de otros miembros de la familia, en este caso, su padre y su hermana, y una baja supervisión familiar, ya que la persona ha mencionado que nunca ha recibido presión por parte de su entorno social para abandonar el consumo de cannabis. Además, un factor de riesgo importante es la influencia que ejercen los iguales, ya que la mayor parte del círculo de amistades de la persona son consumidores de cannabis.

En cuanto a las limitaciones de la intervención, cabe señalar que no ha sido posible incluir a ningún miembro del entorno social de la persona, requisito importante en el ACRA, ya que la mayoría son consumidores de cannabis y están satisfechos con su conducta de consumo, por lo que no se ha considerado propicio incluirles en el tratamiento de la persona evaluada.

Por último, como problemas que pueden surgir a lo largo del tratamiento cabe destacar la dificultad que genera el hecho de que el padre de la persona evaluada sea consumidor de cannabis y consuma en el hogar familiar, ya que es una variable muy difícil de controlar y resulta una situación de elevado riesgo en el proceso de abstinencia de la persona. Y, por otro lado, el hecho de que la persona consuma tabaco de forma habitual puede ser un riesgo ya que durante el período de abstinencia al cannabis la persona puede aumentar de forma considerable el consumo de tabaco con el fin de aliviar el deseo de consumir cannabis y mitigar la ansiedad que provoca el síndrome de abstinencia asociado a la sustancia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amos, A., Wiltshire, S., Bostock, Y., Haw, S y McNeill, A. (2004). “Yoy can’t go without a fag...you need it for your hash”- a quialitative exploration of smoking cannabis and young people, *Addiction*, 99, 77-81.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción, fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Baño, M.D., Ramos, J.A, López, M.L., Antonio, V. y Guillén, J.L. (2004). Síndrome de abstinencia y otros efectos en jóvenes fumadores de hachís. *Adicciones*, 16 (1), 19-30.
- Brook, J., Whiteman, M., Finch, S. y Cohen, P. (2000). Longitudinally foretelling drug use in the late twenties: Adolescent personality and social – enviromental antecedents. *Journal of Genetic Psychology*, 161, 37-51.
- Cebrián Fernández, N. (2013). *Consumo de cannabis en universitarios: etapas de adquisición*. (Tesis Doctoral). Universidad de Girona.
- Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2009). *Cannabis II. Informe nº4 de la Comisión Clínica*.
- DGPNSD [Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas] (2015). *Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol, Tabaco y Drogas ilegales en España 2014/15 (Estadísticas)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Diamond, G., Godley, S.h., Liddle, H.A., Sampl, S., Webb, C., Tims, F.M., & Meyers, R. (2002). Five outpatient treatment models for adolescent marijuana use: a description of the Cannabis Youth Treatment Interventions. *Addiction*, 97, 70-83.
- Fergusson, D., Boden, J. y Horwood, L. (2008). The developmental antecedents on illicit drug use: Evidence from a 25-year longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence*, 96, 165-177.

- Fernández Artamendi, S. (2013). *Evaluación y detección temprana de los problemas asociados al consumo de cannabis en adolescentes*. (Tesis Doctoral). Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo.
- Generalitat de Catalunya (2008). *Llibre blanc de la prevenció a Catalunya: consum de drogues i problemes associats*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Henningfield, J.E., Clayton, R. y Pollin, W. (1990). Involvement of tobacco in alcoholism and illicit drug use. *British Journal of Addiction*, 85, 279-292.
- Jessor, R., Turbin, M.S., Costa, F.M., Dong, Q., Zhang, H. y Wrang, C. (2003). Adolescent problema behaviour in China and the United States: A cross-national study of psychological factors. *Journal of Research on Adolescence*, 13, 329-360.
- Kandel, D.B y Davies, M. (1992). High school students who use crack and other drugs. *Archives of General Psychiatry*, 53, 71-80.
- Klempova, D., Sánchez, A., Vicente, J., Barrio, G., Domingo, A., & Suelves, J. M. (2009). Consumo problemático de cannabis en estudiantes españoles de 14-18 años: validación de escalas. *Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social*.
- Kuntsche, E. y Jordan, M.D. (2006). Adolescent alcohol and cannabis use in relation to peer and school factor. Results of multilevel analyses. *Drug and Alcohol Dependence*, 84, 167-174.
- Legleye S, Karila L, Beck F, Reynaud M. (2007). Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *Journal of Substance Use*, 12(4): 233 - 242.
- Martín, J., Núñez, J. L., Navarro, J. G., Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(2), 458-467.

- McRae, A. L., Budney, A.J., & Brady, K.T. (2003). Treatment of marijuana dependence: a review of the literatura. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24, 369-376.
- Muñoz-Rivas, M.J y Graña, J.L. (2001). Factores familiares de riesgo y protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema* 13 (1), 87-94.
- Newcomb, M. y Bentler, P. (1988). Impact of adolescent drug use and social support on problems of young adults: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 1, 64-75.
- OVD [Observatorio Vasco de Drogodependencias] (2008). *Euskadi y drogas 2008*. SiiS, Centro de Documentación y Estudios.
- Paton, S., Kessler, R. y Kandel, D. (1977). Depressive mood and illegal drug use: A longitudinal analysis. *Journal of General Psychology*, 131, 267-289.
- Ridenour, T.A., Lanza, S.t., Donny, E.C y Clark, D.B. (2006). Different lengths of times for progresiones in adolescent substance involvement. *Addictive Behaviors*, 31(6), 962-983.
- Rosenberg, M. (1989): *Society and the adolescent self-image* (Revised edition). Middletown, C. T: *Wesleyan University Press*.Scherrer.
- J.F., Grant, J.D., Duncan, A.E., Pan, H., Waterman, B., Jacob, T., Haber, J.R., True, W.R., Heath, A.C y Bucholz, K.K. (2008). Measured environmental contrinutions to cannabis abuse/dependence in an offspring of twins design. *Addictive Behaviors*, 33, 1255-1266.
- Steiner, S., Baumeister, SE., Kraus, L. (2008). Severity of Dependence Scale: Establishing a cut-off point for cannabis dependence in the German adult population. *Sucht*, 54 (S 1): S57-S63.