



Grado en Psicología
Trabajo de Fin de Grado
Curso 2014/2015
Convocatoria: Febrero

Modalidad: Diseño de una propuesta de intervención.

Título:

Autor: Aitor Penella Ballester

DNI:

Tutor: Jose Luis Carballo Crespo

Elche a 24 de Enero de 2015.

Índice

1. Resumen	3
2. Introducción	4
3. Justificación de la intervención	6
4. Método	6
4.1 Instrumentos de evaluación.....	7
4.2. Descripción de resultados	9
4.3. Descripción de la intervención.....	13
5. Discusión	21
6. Referencias bibliográficas.....	22
Anexo A	26



RESUMEN: El presente trabajo está centrado en el análisis y tratamiento de un caso de adicción al cannabis. El sujeto a evaluar era un varón de 22 años, natural de la provincia de Alicante. Los principales instrumentos utilizados para evaluar fueron el AUDADIS, el URICA, el CSI, el CUDIT, el CAST, el BSCQ y un autorregistro ideado para evaluar el consumo de cannabis y los pensamientos y emociones que se dan antes, durante y después del consumo. El sujeto presenta un alto consumo de cannabis, sin problemas en la esfera social, pero con problemas a nivel personal. La evaluación también arroja datos de una falta de habilidades de afrontamiento y de habilidades sociales, además de un estado emocional inestable. El tratamiento consta de 16 sesiones, 8 de ellas individuales, 4 de ellas grupales y 4 de intervención con los familiares. El tratamiento se centra principalmente en informar adecuadamente al sujeto sobre el cannabis y en dotarle de herramientas a nivel social y de habilidades de afrontamiento, además de ayudar a que la familia actúe como agente motivador para el abandono del cannabis del sujeto.

Palabras clave: Cannabis, Tratamiento, Intervención, Adicción, Drogas.

ABSTRACT: The current study is aimed at the analysis and treatment of a cannabis-dependant subject. The subject it's a 22 years old male, from the province of Alicante. The psychometric instruments used for the evaluation in the study were: the AUDADIS, the URICA, the CSI, the CUDIT, CAST and the BSCQ. A self-rregister, made to evaluate the thinkings and the emotions of the subjetc, before, during and after the consumption of cannabis, was used as well. The treatment is made of 16 sessions, were 8 of them are individual sessions, 4 are grupal sessions and 4 more are sessions with the subject's family. The treatment is aimed at giving adequate information to the subjetc about cannabis and in giving him tools for social relations and coping skills. Also, the treatment is focused in changing the family into a motivation tool for the subjetc to stop consuming cannabis.

Key Words: Cannabis, Treatment, Intervention, Addiction, Drugs.

Introducción

Datos del informe de la comisión clínica de la delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas (2009), y de la encuesta domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) del año 2013, dicen que un 27,4% de la población española con una edad comprendida entre los 15 y 64 años había consumido cannabis alguna vez en su vida en el año 2011. Los datos de esta encuesta a lo largo de los años, muestran una evolución de la prevalencia e incidencia del consumo de cannabis reflejando un claro incremento del consumo general desde el año 1995, en el que un 14,5% de la población española consumió cannabis alguna vez en su vida, hasta el año 2009 en el que se produjo el pico máximo de consumo; un 32,1% de la población de entre 15 y 64 años en España había consumido cannabis alguna vez en su vida.

Además, según esta última encuesta, un 23,2% de las personas encuestadas, que había realizado *binge drinking* durante los últimos 30 días, también había consumido cannabis, siendo la droga más relacionada con el policonsumo de otras drogas y con el consumo intensivo de alcohol.

Se estima también que entre un 7% y un 10% de la población mundial podrían ser consumidores regulares de la sustancia (Bobes, ., Bascarán, ., González, ., y Sáiz, . 2000).

Un estudio (Arias, Szerman, Vega, Mesias, Basurte, Morant, Ochoa, Poyo y Babin, 2013) realizado en Madrid relaciona el consumo de cannabis con diversas patologías duales, siendo la más frecuente los trastornos de personalidad (51% de la muestra) y el trastorno depresivo (20% de la muestra).

En cuanto a tratamientos eficaces se refiere, la adicción al cannabis se puede tratar de diversas formas (Solé Puig, J., 2000). Podemos hablar de la Aproximación Comunitaria de Reforzamiento para Adolescentes (ACRA), dirigida a jóvenes que hacen uso y abusan de sustancias como la marihuana o el alcohol además de otras sustancias de manera ocasional. ACRA fue adaptado a partir de la Aproximación de Reforzamiento Comunitario (CRA) cuyas bases se asientan sobre los estímulos ambientales los cuales deben actuar como reforzadores de la ausencia de consumo en vez de ser de la manera contraria. Como fin tiene un abordaje triple en el que incluir sesiones individuales, con cuidadores y a nivel comunitario y población diana adolescente de entre 14 y 18 años con problemas de cannabis, consumo de alcohol u otras sustancias.

No es común en los países occidentales el tratamiento del síndrome de abstinencia cannábico debido al poco deterioro que produce en la vida del sujeto; sin embargo, sí que es necesario tratar los cuadros psicopatológicos debido al consumo de cannabis. En el caso de un cuadro de psicosis deben utilizarse neurolépticos. En los más

comunes casos de reacciones adversas y ansiosas por intoxicación aguda, sigue siendo válido el consejo de Smith (1968) en el que el tratamiento se centra en administrar una pequeña dosis de tranquilizante vía oral y charlar con el paciente de forma relajada sin otro propósito que calmarle la angustia.

La cesación del hábito cannábico se puede producir mediante la realización de una terapia de cese del consumo de cannabinoides con un abordaje individual (Solé, 2000). El programa de terapia consta de dos fases: una primera fase en la que el paciente realiza una desintoxicación ambulatoria, en la que se cesa la administración de cannabis; en esta fase se pueden utilizar benzodiazepinas con un objetivo ansiolítico, o se pueden utilizar técnicas aversivas como la técnica de fumar rápido. La utilización de controles de orina también se puede realizar para llevar un seguimiento de la cantidad de THC que ingiere el paciente durante esta fase. En la segunda fase de la terapia se procede a la deshabitación del hábito de fumar cannabis. Las técnicas utilizadas para realizar esta fase de la terapia serán: el counseling, el entrenamiento en habilidades sociales, la prevención de recaídas, y el refuerzo de conductas alternativas mediante un sistema de incentivos, además, la terapia también debe incluir un fuerte componente psicopedagógico.

También se puede realizar un abordaje grupal de este tipo de terapia, ya que los grupos crean ambientes idóneos para el entrenamiento en relajación, la adquisición de habilidades sociales que luego se extrapolarán a otros ámbitos de la vida del paciente, y para la prevención de recaídas, además se rentabiliza la intervención (Solé, 2000). Hay que tener en cuenta que los grupos no pueden estar formados por cualquier tipo de integrante, sino que los miembros del grupo deben compartir unos factores comunes, a saber: la edad, el no consumo de otras drogas y la falta de condiciones psicopatológicas incapacitantes. En este último caso se prioriza el seguimiento individualizado.

Otra terapia que se puede realizar para tratar la adicción al cannabis parte de un enfoque familiar (Solé, 2000). En este caso la terapia también consta de dos fases: una primera fase informativa con los padres o familiares en cuestión en la que se debe contextualizar y desdramatizar el hecho de que el paciente fume cannabis, se debe también analizar de forma objetiva los cambios comportamentales significativos de la vida del paciente, se debe tratar de evitar actitudes pseudo-detectivas por parte de los familiares y evitar que estos reciban un exceso de información. El principal objetivo de esta fase es orientar adecuadamente el caso y a los familiares, y en el caso de que la ansiedad de los familiares sea muy elevada en la primera sesión, es conveniente programar una segunda sesión antes que dar demasiada información o a terminar dejándose llevar por la ansiedad de los familiares. En la segunda fase se deben

establecer unas pautas de actuación familiar que deben ser coherentes entre los miembros de la familia para ayudar a que la familia actúe como el principal agente motivador del paciente. También debemos realizar entrenamiento en habilidades sociales en el caso del paciente y usar contratos de contingencias o acuerdos entre las partes afectadas. Cabe destacar el uso de los controles de orina como herramienta para reestablecer la confianza entre la familia y el paciente.

El creciente aumento de la prevalencia del consumo de cannabis en la población, junto a los efectos psicopatológicos derivados de su consumo regular, sitúan al cannabis como una de las principales preocupaciones en materia de drogas del s. XXI, no solo en España sino en todo el mundo (Bobes, Bascarán, González y Sáiz, 2000). Los efectos perjudiciales del cannabis incluyen deterioros importantes en la calidad de vida del sujeto, en la calidad de sus relaciones, en su capacidad de realizar tareas diarias y en su salud, por lo que una intervención dedicada a reducir o a eliminar el consumo de cannabis en el sujeto mejoraría todas las áreas anteriormente citadas.

En el presente trabajo tenemos como objetivo principal disminuir o eliminar el consumo de cannabis en un adolescente de 21 años.

Método

Participantes

Se contó con la participación de un varón de 21 años procedente de la ciudad de Villena con un nivel económico medio. Actualmente cursa un módulo relacionado con turismo y no trabaja. Sus padres están separados y vive con su madre, es hijo único. No presenta ningún tipo de problema de salud ni discapacidad y nunca ha precisado de asistencia médica especial.

Variable e Instrumentos

Cantidad y frecuencia medidos a través de un Autorregistro de consumo de cannabis (ad hoc). Consiste en una matriz de 11x6 casillas en las que el sujeto puede registrar: el día, si hubo deseo de consumir, si hubo consumo ese día, la cantidad de sustancia, el tipo de situación en la que hubo consumo, los pensamientos que tenía antes, durante y después del consumo y el estado emocional antes, durante y después del consumo. Abarca un tiempo de 2 semanas, y de 7 días a la semana.

Dependencia y abuso medidos a través de Cuestionario de Evaluación de Consumo de Sustancias Psicoactivas (AUDADIS). (Canino et al., 1999). Se trata de un cuestionario formado por 10 ítems, de respuesta dicotómica ("sí" o "no"). Aunque

inicialmente el cuestionario es usado para evaluar el consumo de alcohol, se puede utilizar para cualquier otra droga, excluyendo el tabaco.

Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT). (Adamson y Sellman, 2003). El CUDIT es un cuestionario autoadministrado utilizado como instrumento de screening del abuso y dependencia del cannabis evaluando los síntomas de los 6 meses anteriores a la administración del cuestionario. Consta de 10 ítems con cinco opciones de respuesta en una escala tipo Likert (0-4). Los ítems del 1 al 8 puntúan en esta escala, y los ítems 9 y 10 puntúan en una escala de respuesta dicotómica (Sí/No) sumando un "No" 0 puntos y un "Sí" 4 puntos. La puntuación total se obtiene sumando la puntuación de todos los ítems. El CUDIT presenta una buena consistencia interna, siendo Alfa de Cronbach igual a 0.89. El punto de corte para definir a población con problemas de consumo de cannabis es de 8 puntos o más según los autores.

Cannabis Abuse Screening Test (CAST). (Legleye et al., 2007). El CAST es un cuestionario autoadministrado de la problemática del consumo de cannabis. Está compuesto por 6 ítems a los que se responde mediante una escala de respuesta dicotómica (Sí/No). Se suma 1 punto por cada "Sí" y 0 puntos por cada "No" respondido por el sujeto. Se considera que las puntuaciones superiores a 3 puntos indican una problemática seria en el consumo de cannabis. El cuestionario tiene una buena consistencia interna siendo Alfa de Cronbach igual a 0.81.

Motivación al cambio a través de la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA). (McConnaughy, Prochaska, y Velicer, 1983). Es un cuestionario utilizado para evaluar la disposición al cambio del sujeto en su relación al consumo de drogas. Está conformado por 32 ítems cuya escala de respuesta es una escala tipo Likert de 5 opciones de respuesta. Estos ítems están ordenados en 4 escalas (precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento), con 8 ítems en cada una de las escalas. El tiempo de administración se encuentra entre los 10 y 15 minutos.

La consistencia interna del cuestionario es elevada, llegando a alcanzar un Alfa de Cronbach de 0.89. La validez del cuestionario es aceptable, ya que se basa en el modelo transteórico de estadios del cambio. En estudios sobre este cuestionario se mostró una correlación negativa entre la escala "Precontemplación" y las otras 3 y hubieron correlaciones fuertes entre las escalas "Acción" y "Mantenimiento" pero la correlación fue menor con la escala "Contemplación".

Autoconfianza medida con el Brief Situational Confidence Questionnaire (BSCQ). (Breslin et al., 2000). Es un cuestionario autoadministrado que mide la confianza que siente el sujeto para evitar el consumo de alcohol o drogas en diferentes situaciones de riesgo. Consta de 8 ítems que se responden mediante una escala que va desde el 0% de confianza hasta el 100% de confianza. Se le presentan al sujeto 8 situaciones diferentes (una por cada ítem) y se le pide que marque en qué lugar de la regla se encontraría su nivel de confianza para no consumir sustancias en esa situación.

Afrontamiento Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI). (Cano, Rodríguez, y García, 2006). Este cuestionario está formado por 40 ítems, con una escala de respuesta de tipo Likert de 5 opciones de respuesta. Los ítems están divididos en 8 factores (Resolución de problemas, autocrítica, expresión emocional, pensamiento desiderativo, apoyo social, reestructuración cognitiva, evitación de problemas y retirada social), y cada factor incluye 5 ítems.

En cuanto a las características psicométricas del test, podemos decir que tiene una buena fiabilidad ya que los valores de Alfa de Cronbach son aceptables en la mayoría de factores salvo en el factor "Evitación de problemas" y el factor "Retirada social" que tienen unos valores de 0.65 y 0.63 respectivamente. La consistencia interna del CSI es aceptable, teniendo en cuenta que el análisis factorial final sobre los 8 factores explicó un 60% de la varianza total. La validez del cuestionario también es buena. Se asociaron los nuevos factores con los antiguos factores del cuestionario de Tobin et al. (1989) y fueron significativas todas las correlaciones posibles.

Procedimiento:

Para la realización de este trabajo, en primer lugar fue necesario seleccionar al sujeto del estudio. El criterio utilizado era encontrar un perfil de fumador de cannabis habitual, para hallarlo se acudió al círculo de conocidos del propio psicólogo. Una vez seleccionado aceptó a participar, se le explicó cómo debía de rellenar el autorregistro y se hizo inciso en la importancia de la sinceridad y objetividad para la validez de los resultados. Posteriormente se realizó las diversas pruebas con los instrumentos anteriormente nombrados respetando su correcta forma de administración, cuidando de los tiempos y rellenándolos en un lugar adecuado.

Resultados de la evaluación y detección de necesidades

A continuación se presentan los resultados de la evaluación clasificados en las áreas de Cantidad y frecuencia, dependencia y abuso, motivación al cambio, autoconfianza y afrontamiento. Los resultados arrojados por los diferentes instrumentos de evaluación utilizados fueron coherentes entre sí.

El sujeto probó el cannabis a los 16 años, y comenzó su consumo habitual a los 19 años.

Cantidad y frecuencia

E (Estímulo)	O (Organismo)	R (Respuesta)	C (Consecuencias)
<ul style="list-style-type: none"> - Aburrimiento - Sensación de necesidad - Sensación de estar triste - Estar solo en casa - Estar con los amigos - Salir de fiesta 	<p>No existe ningún factor orgánico a tener en cuenta</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cognitiva: lo necesito, me aburro, esto me va a liberar, pensamientos negativos. - Motora: comienzo del consumo. - Fisiológica: tranquilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Corto plazo: le ayuda a aliviar la necesidad, se siente feliz, sosegado, estable, entretenido. - Largo plazo: pérdidas de memoria ocasionales.

Haciendo un análisis detallado del autorregistro (ver Anexo A), indica que el sujeto consumió todos los días, varias veces al día, durante las dos semanas que duró el autorregistro. Se observa que las cantidades de cannabis consumidas cada día oscilan entre 1gr y 2,5gr. Cabe reseñar que un porro para el sujeto consiste en aproximadamente 0,3gr de flor de cannabis mezclado con un cigarro. O sea consumiendo mínimo 3 porros al día y llegando hasta los 8 de máximo. Muchos de los pensamientos que el sujeto tiene antes de comenzar el consumo, se relacionan con factores de riesgo, por ejemplo, querer relacionarse con una chica, una situación social con los amigos, con un estado bajo de ánimo, etc. El consumo parece aliviar estas situaciones estresantes para el sujeto, ayudándole a obtener lo que busca, ya sea entablar conversación con la chica, divertirse más con el videojuego, o aumentar el estado de ánimo. Los estados emocionales antes, durante y después del consumo siguen la misma línea que los pensamientos, encontrando el sujeto la necesidad de fumar por encontrarse intranquilo, alterado, agobiado, y solucionando este estado displacentero con el consumo de cannabis, aunque en algunas ocasiones

simplemente utiliza el cannabis como medio de aumentar su estado de ánimo, sin encontrarse necesariamente mal para consumirlo.

Dependencia y abuso:

El análisis individual de los ítems del AUDADIS mostró que el consumo de cannabis del sujeto era alto, aunque no se presentaba tolerancia percibida de la sustancia, ni problemas percibidos de abuso o dependencia con el consumo de la sustancia, ya que no habían ocurrido problemas relacionados con el consumo de la misma, ni a nivel personal o familiar, ni a nivel legal. El análisis de los ítems también mostraba que, sin embargo, el sujeto sí que percibía que se había producido un deterioro en la cantidad y calidad de las actividades sociales, laborales y personales que realizaba. También había tratado de abandonar el consumo de la sustancia en alguna ocasión, sin éxito.

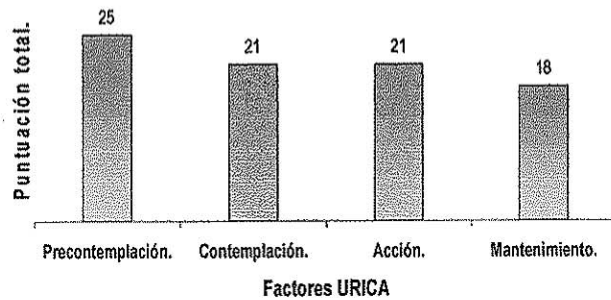
La corrección del CUDIT, mostró que el sujeto había obtenido una puntuación total de 26 puntos. Algunas de las respuestas que podemos destacar, por ejemplo, es la respuesta al ítem número 2, en la que el sujeto afirma haber estado entre 7 y 9 horas colocado un mismo día, o la respuesta al ítem número 7 en el que indica que ha sentido de forma mensual remordimientos o sentimientos de culpa tras haber consumido cannabis.

El sujeto obtuvo una puntuación de 5 puntos en el CAST. La interpretación individual de las respuestas a los ítems del CAST, indican que hay un consumo severo de cannabis. Se muestra que el sujeto trató de abandonar el consumo por sí mismo, sin éxito y que no hay problemas de índole personal, familiar, laboral o académica por culpa del cannabis. Sí que se muestra que el sujeto percibe que ha tenido problemas de memoria por el consumo de cannabis.

Motivación al cambio:

Los resultados del URICA reafirmaron los resultados obtenidos en el AUDADIS. El sujeto no percibía que tuviera ningún problema con el consumo del cannabis. Por otro lado, esta falta de percepción de una problemática relacionada con el consumo de cannabis repercute en una baja motivación para abandonar el consumo del mismo, y en una baja confianza hacia el terapeuta para ayudarlo a abandonar el consumo. Destaca el hecho de que el cuestionario refleja que el sujeto tiene una buena confianza en sí mismo para resolver los problemas que van surgiendo en su vida personal y que tiene una buena confianza en sí mismo para cambiar y para dejar el consumo de cannabis cuando quiera. Las puntuaciones totales de los resultados del URICA se muestran en la figura 1.

Figura 1.

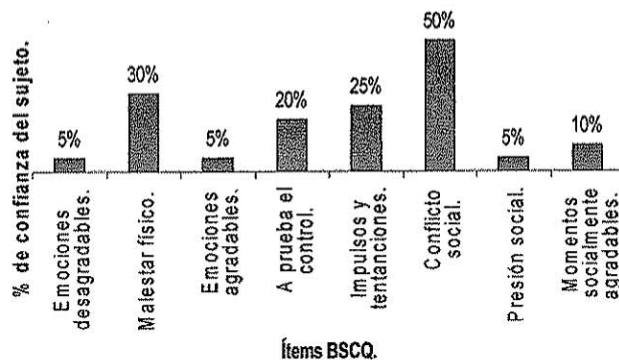


Los resultados del URICA interpretados de forma global nos indican que estamos ante un sujeto con una baja habilidad de resolución de problemas, una buena capacidad autocrítica y que expresa sus sentimientos de forma aceptable. El sujeto no muestra pensamientos desiderativos excesivos ante las situaciones problemáticas, percibe que tiene un buen apoyo social y posee una buena capacidad para cambiar sus esquemas mentales ante los problemas que surjan. El sujeto presenta una buena actitud hacia el afrontamiento de los problemas, evitando la retirada social.

Autoconfianza

En la figura 4, podemos ver el grado de confianza que el sujeto cree que tendría para controlar el consumo de cannabis ante cada una de las situaciones de riesgo que propone el BSCQ.

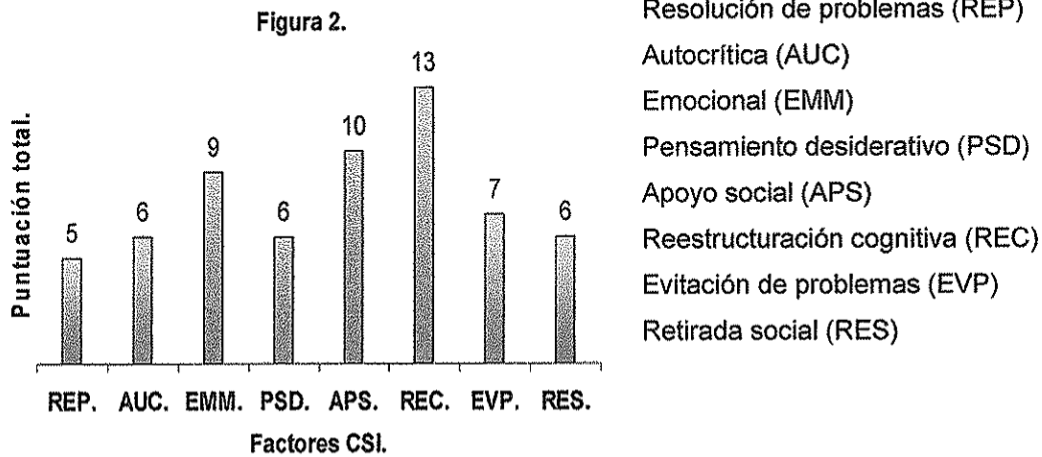
Figura 4.



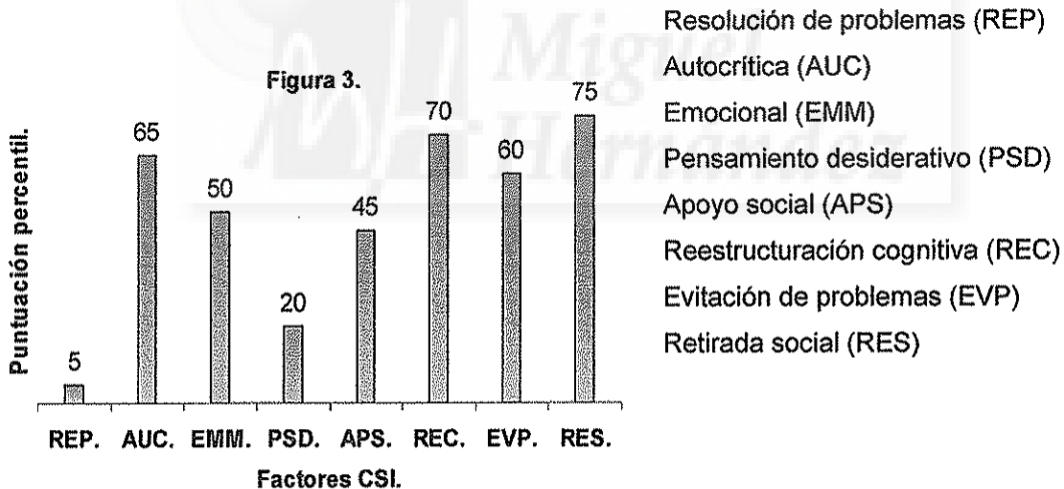
Podemos ver que el sujeto cree que tendría grandes dificultades al controlar el impulso de consumir cannabis en la mayoría de las situaciones que se proponen, ya que el grado de confianza indicado por el sujeto no supera el 50% en ninguno de los casos. Destacando que llega únicamente al 5% de grado de confianza en temas emocionales ya sean desagradables o agradables y en presión social, dato de interés para la realización de la intervención personalizada ahondar en estos aspectos.

Afrontamiento

Se presentan las puntuaciones totales obtenidas por el sujeto en cada uno de los factores del CSI la figura 2.



En la figura 3 podemos observar las puntuaciones percentiles obtenidas por el sujeto en el CSI.



Vemos que en el factor Resolución de problemas (REP), el sujeto ha obtenido una puntuación directa de 5 puntos, situándose en el percentil 5. Se puede considerar como baja esta puntuación si tenemos en cuenta que el baremo de corrección del cuestionario indica como media una puntuación de 14 puntos con una desviación típica de 5 puntos.

En el factor Autocrítica (AUC), el sujeto ha obtenido una puntuación directa de 6 puntos, situándose en el percentil 65. Debido a que las puntuaciones normativas medias de esta escala se sitúan alrededor de los 5 puntos podemos decir que el sujeto

ha obtenido una puntuación media en esta escala. En la escala Estabilidad Emocional (EMM), el sujeto ha obtenido una puntuación directa de 9 puntos, situándose en el percentil 50, indicando que esta puntuación se sitúa entre las puntuaciones normales de esta escala. En la escala Pensamiento desiderativo (PSD) el sujeto ha obtenido una puntuación directa de 6 puntos, lo que lo sitúa en el percentil 20 y en el rango de puntuaciones bajas respecto a las puntuaciones normativas del inventario. En el factor Apoyo social (APS), la puntuación directa del sujeto es de 10 puntos, y se sitúa en el percentil 45, pudiéndose considerar una puntuación media. En la escala Reestructuración cognitiva (REC), el sujeto obtuvo una puntuación total de 13 puntos, lo que le situaba en el percentil 70 de esta escala, siendo esta puntuación alta respecto a los baremos normativos. En el factor Evitación de problemas (EVP), la puntuación total del sujeto fue de 7 puntos, situándose en el percentil 60, por lo que podemos considerar que el sujeto ha obtenido una puntuación media en esta escala. Por último, en el factor Retirada social (RES), el sujeto obtuvo una puntuación directa de 6 puntos y se situó en el percentil 75 en esta escala, siendo una puntuación alta respecto al grupo de referencia.

En definitiva, el sujeto posee un nivel de consumo de cannabis medio-alto, con una motivación para abandonar el consumo de cannabis casi nula, que refiere tener algunos problemas personales con el cannabis (falta de memoria, abandono de actividades, etc), pero sin problemas familiares, laborales o académicos por el consumo del mismo; con una gran confianza en su capacidad para solucionar problemas, pero una escasa confianza en sí mismo para controlar el consumo de cannabis. Las habilidades sociales y de afrontamiento del sujeto son buenas, pero mejorables. Su círculo de amistades parece estable. El estado emocional del sujeto parece bastante voluble, solucionando estos problemas emocionales con el consumo de cannabis.

Descripción de la intervención

El sujeto a intervenir es un varón de 22 años, con educación superior y desempleado. Probó el cannabis por primera vez a los 16 años y comenzó su consumo regular a los 19 años.

Para realizar una intervención adecuada se tienen en cuenta los resultados obtenidos por el sujeto en la evaluación y se centran en aquellos que han resultado ser críticos. A continuación, se establecen los objetivos de nuestra intervención.

Objetivo general:

- Disminuir o eliminar el consumo de cannabis del sujeto.

Objetivos específicos:

- Concienciar de la existencia del problema al sujeto.
- Mejorar las habilidades sociales del sujeto.
- Mejorar las habilidades de afrontamiento del sujeto.
- Mejorar y ayudar al sujeto a mantener estable su estado emocional sin ayuda del cannabis.

Una intervención adecuada para el abandono del hábito cannábico debe incluir un abordaje dividido en 3 fases: una fase individual, un fase de abordaje grupal y una fase de abordaje familiar, es decir, se debe trabajar con el paciente en solitario, en grupo con otros pacientes con el mismo problema y se debe intervenir también con la familia para que estos ayuden al abandono del hábito cannábico del paciente.

En la fase de abordaje individual, los principales objetivos a conseguir son:

- Concienciar de la existencia del problema al sujeto.
- Incrementar la motivación para abandonar el hábito cannábico.
- Ayudar al sujeto a manejar las situaciones de riesgo que suponen consumo de cannabis.
- Disminuir o eliminar el consumo de cannabis del sujeto.

Por otro lado, en la fase de abordaje grupal, los principales objetivos a conseguir son:

- Incrementar el nivel de habilidades sociales del sujeto.
- Incrementar el nivel de habilidades de afrontamiento del sujeto.

Por último, los objetivos a conseguir en la intervención familiar serían:

- Informar a la familia sobre la situación actual del sujeto.
- Ayudar a que la familia actúe como motivador para la cesación del hábito cannábico del sujeto.
- Ayudar a que la familia sirva de instrumento de evaluación para detectar los cambios comportamentales de la conducta del sujeto respecto a la cesación del hábito cannábico.
- Informar a la familia de la importancia que poseen como apoyo social para el sujeto en el proceso de abandono del consumo cannábico.

Los materiales necesarios para llevar a cabo todo el proceso de intervención serían: un aula o despacho con capacidad para unas 10 personas, papel en el cual realizar

los autorregistros así como los papeles de situaciones imaginarias para realizar actividades de role-playing.

La intervención tendría una duración de 3 semanas y las sesiones tendrían una frecuencia de 2 sesiones por semana, realizándose los lunes y los jueves de cada semana. Cada sesión tendría una duración aproximada de 45 minutos, hasta 1 hora y 15 minutos. La parte individual tendría una duración de 3 sesiones, mientras que la parte familiar 2 sesiones y grupal 1 sesión.

La estructura y el contenido de las sesiones sería el siguiente:

1ª sesión: Concienciación. (Sesión familiar)

En esta primera sesión se tratarán los siguientes objetivos específicos anteriormente citados:

- Concienciar de la existencia del problema al sujeto.
- Informar a la familia sobre la situación actual del sujeto.
- Ayudar a que la familia actúe como motivador para la cesación del hábito cannábico del sujeto.
- Ayudar a que la familia sirva de instrumento de evaluación para detectar los cambios comportamentales de la conducta del sujeto respecto a la cesación del hábito cannábico.
- Informar a la familia de la importancia que poseen como apoyo social para el sujeto en el proceso de abandono del consumo cannábico.

Para el cumplimiento de nuestros objetivos se propone el siguiente desarrollo de la sesión:

En primer lugar, informaremos a la familia sobre la terapia. Les explicamos cuáles son los objetivos que pretendemos conseguir con la misma y qué planteamos para llegar a ello. Así mismo, se les habla sobre el consumo del cannabis, cuándo comienza a ser un consumo abusivo, qué efectos pueden traer consigo, etc.

Se les muestra y enseña una hoja de autoregistro de consumo que debe cumplimentar el sujeto. Además se les explica la importancia que tiene que ellos sean su apoyo principal en este proceso en el que se tratará de disminuir el consumo hasta conseguir la eliminación total de la conducta.

Por otro lado, se le hace saber a los integrantes de la familia la necesidad de que sean ellos los que controlen y ayuden al sujeto a conseguir su principal objetivo, así pues se les enseña cómo deben hacerlo sin hacer que el sujeto se sienta dependiente de ellos para dejar el hábito así como que no se sienta excesivamente

controlado por ellos, es decir, se trata de que sean colaboradores en el proceso y no un obstáculo para la consecución de nuestro objetivo general.

Por último, la atención es dirigida hacia el sujeto consumidor para comenzar a concienciarlo sobre la gravedad que supone continuar con el consumo de la sustancia cannábica. Para ello es necesario pedirle que hable de los efectos positivos y negativos que conlleva su toma y posteriormente, se le pide que haga un nuevo balance desde el punto del no consumo de la misma. También se le hace referencia al gasto económico que conlleva su consumo actualmente y qué cantidad de dinero podría tener si no realizara dicha conducta.

Tras la finalización de la primera sesión se le pide al sujeto que reflexione sobre estas últimas cuestiones las cuales debatiremos en la siguiente sesión y recordamos que debe cumplimentar correctamente el autorregistro aportado para que ambos podamos llevar un control sobre el consumo y observar la diferencia de consumo a medida que avanzamos en la terapia.

2ª sesión: Avances (sesión individual)

En esta segunda sesión se tratarán los siguientes objetivos específicos anteriormente citados:

- Concienciar de la existencia del problema al sujeto.
- Incrementar la motivación para abandonar el hábito cannábico.
- Ayudar al sujeto a manejar las situaciones de riesgo que suponen consumo de cannabis.

Para el cumplimiento de nuestros objetivos proponemos el siguiente desarrollo de la sesión:

Esta segunda sesión la se comienza revisando el autorregistro aportado en la última sesión y lo comentamos junto al sujeto.

A continuación se debate sobre las cuestiones planteadas en la primera sesión.

Se le pregunta cuál es su idea ahora sobre el consumo de cannabis ¿cree que es mejor continuar con el consumo porque son más las ventajas que los inconvenientes, o por el contrario abandonar el consumo es más positivo para ti? Hay que dedicar unos minutos a dialogar y debatir sobre esta pregunta.

Posteriormente se muestra al sujeto cuáles son todos los efectos que el consumo de cannabis produce a largo plazo, esos que a priori no se encuentran pero que pueden llegar a pasarle factura en el futuro (nos hacemos servir del hecho de que ya ha tenido problemas de memoria por el consumo y se hace énfasis en el problema que podría conllevarle a su cerebro en el futuro si continua con su hábito)

A continuación se le pregunta, ¿crees que podrías destinar el dinero del consumo a realizar otro tipo de actividades o podrías invertirlo de otra manera que te aporte más aspectos positivos o ventajas de las que te proporciona actualmente el consumo? Hay que dedicar unos minutos a dialogar y debatir sobre la cuestión.

Se realiza un breve resumen de las respuestas claves que se hayan extraído de ambas preguntas con el fin de clarificárselas, recordárselas y hacer hincapié en las mismas.

Una vez concienciado de su problema se habla de sus capacidades intrínsecas para la consecución del objetivo general. Para ello se lanzan una serie de preguntas que se debatirán con él y a las que se dedican unos minutos.

- ¿Qué crees que tienes que hace que seas capaz de ponerte frente a un porro y decir que no quieres consumirlo?

- ¿Piensas que dejando de consumir afectarás de manera positiva a los que te rodean? ¿Por qué?

- ¿Cuáles son los principales obstáculos que puedes encontrarte para abandonar el consumo?

- ¿Cómo crees que puedes afrontarlos? ¿Qué aptitudes tienes para hacerlo?

Posteriormente se realiza nuevamente una recopilación de las respuestas clave que nos ayuden a motivar y concienciar sobre la necesidad y beneficio que supone el abandono del consumo.

Seguidamente se le pide que haga una lista de cosas o persona que considera importantes y a las que piensa que afecta negativamente su consumo; otra lista donde realice lo mismo pero esta vez pensando a qué personas o cosas afectaría positivamente el abandono del hábito. Una vez realizadas ambas listas se reflexiona sobre lo ahí escrito y se le pide que sea el mismo el que piense cuál es la solución.

Por último, además de la hoja de autorregistro que ha de cumplimentar, hará una lista de situaciones que para él son problemáticas y le invitan al consumo.

3ª sesión: Por el camino correcto (sesión individual)

En esta tercera sesión se tratarán los siguientes objetivos específicos anteriormente citados:

- Ayudar al sujeto a manejar las situaciones de riesgo que suponen consumo de cannabis
- Incrementar el nivel de habilidades sociales del sujeto.
- Incrementar el nivel de habilidades de afrontamiento del sujeto.
- Disminuir o eliminar el consumo de cannabis del sujeto.

Para el cumplimiento de nuestros objetivos se propone el siguiente desarrollo de la sesión:

La sesión comienza haciendo un repaso del autorregistro aportado en la última sesión y comentando los avances.

A continuación se le pide la lista de situaciones problema. Se comenta cada una de las situaciones con el sujeto y se proponen en conjunto posibles soluciones de afrontamiento a las mismas.

Para trabajar las técnicas de afrontamiento y las habilidades sociales se ponen en marcha un ejercicio de role-playing.

La situación que se le plantea es una fiesta en casa de sus colegas con la chica que le gusta. Uno de sus amigos llega a la fiesta cargado de cerveza y cannabis e invita a todos los allí presentes a consumir la sustancia de manera gratuita.

En primer lugar se deja al sujeto que actúe libremente y decida cómo considera que es mejor actuar en esa situación ya que él conoce cómo actuar ante sus colegas.

Posteriormente, se proponen mejoras en la manera de afrontamiento (siempre evitando que la respuesta sea la evitación u omisión de la situación) y se le pide al sujeto que consecuencias negativas cree él que tendría el no consumir la sustancia que su colega ha traído y cómo haría frente a un posible conflicto.

Una vez finalizada la actividad, hay que proponerle que practique lo aprendido en su vida cotidiana. Se le explica que la siguiente sesión será nuevamente con la familia pero posteriormente, la siguiente será a nivel grupal y deberá mostrar que lo aprendido ha sido puesto en marcha en su vida cotidiana y que es capaz de hacer frente por sí solo.

Por último se le recuerda rellenar el autorregistro y se destaca todo lo aprendido durante la sesión

4ª sesión: Un gran cambio (sesión familiar)

En esta cuarta sesión se tratarán los siguientes objetivos específicos anteriormente citados:

- Ayudar a que la familia sirva de instrumento de evaluación para detectar los cambios comportamentales de la conducta del sujeto respecto a la cesación del hábito cannábico.
- Informar a la familia de la importancia que poseen como apoyo social para el sujeto en el proceso de abandono del consumo cannábico.
- Incrementar el nivel de habilidades sociales del sujeto.

- Incrementar el nivel de habilidades de afrontamiento del sujeto.
- Disminuir o eliminar el consumo de cannabis del sujeto.

Para el cumplimiento de nuestros objetivos se propone el siguiente desarrollo de la sesión:

En primer lugar el repaso del autorregistro reforzando positivamente los avances del sujeto en el abandono ante sus familiares de manera que sirva como reforzamiento positivo también para estos por estar siendo un gran apoyo.

Se inicia un diálogo con toda la unidad familiar para comentar los avances del sujeto, cómo lo están viviendo, si observan cambios significativos en su comportamiento, cómo consideran que podría mejorar, etc.

Posteriormente se plantea una actividad de role-playing en la cual intervengan todos los miembros.

La situación planteada es la siguiente: Te encuentras en casa y sientes la necesidad de consumir, sabes que te queda un poco de cannabis en un cajón y que tus padres no se enterarán de si lo haces. ¿Cómo actuarías?

(Si opta por consumir) Ahora vosotros llegáis y oléis que vuestro hijo nuevamente ha consumido, ¿qué haríais?, ¿cómo harías para ayudarlo?

(Si opta por no consumir) Ahora vosotros llegáis y os enteráis por él que ha tratado de consumir pero ha sabido hacer frente a su impulso y se ha deshecho de lo poco que le quedaba ¿cómo actuaríais?

Una vez acabada la actividad se habla sobre aspectos clave a señalar, positivos, negativos y qué debe modificarse para continuar con el avance.

Por último se recuerda a la familia la gran labor e importancia que están teniendo en los avances que su hijo está realizando. A él se le motiva animándolo a continuar por el mismo camino por el que va señalando todo lo bueno que le está trayendo consigo el abandono del hábito.

Se le recuerda que la próxima sesión será grupal y que debe poner en marcha todas las técnicas aprendidas. Además debe continuar rellenando el autorregistro de conducta.

5ª sesión: Juntos saltamos obstáculos (sesión grupal)

En esta quinta sesión se tratarán los siguientes objetivos específicos anteriormente citados:

- Incrementar el nivel de habilidades sociales del sujeto.
- Incrementar el nivel de habilidades de afrontamiento del sujeto.

- Disminuir o eliminar el consumo de cannabis del sujeto.

Para el cumplimiento de nuestros objetivos proponemos el siguiente desarrollo de la sesión:

Iniciamos la sesión haciendo un repaso del autorregistro comentando los avances. A continuación se le presenta al resto de jóvenes que como él tienen problemas de consumo.

La actividad que se realizará en primer lugar es la presentación de cada uno de manera individual y comentar los meses/años de consumo. Posteriormente, irán comentando sus experiencias con el consumo haciendo hincapié en los aspectos negativos que este hábito ha conllevado, cómo se encuentran de motivados para el abandono, cómo piensan llevarlo a cabo... Seguidamente se invita a que el resto de grupo opine de manera subjetiva cómo harían frente a esas situaciones, comenten sus vivencias o señalen aspectos que les hayan llamado la atención de aquello que su compañero acaba de contar al grupo.

A continuación se dividirán en pequeños grupos o parejas y se les repartirán situaciones problema que pueden desembocar en consumo. Se les pide que realicen diversas representaciones, unas en las que hagan frente al consumo y otras donde caigan en él nuevamente, así tras cada una de ellas el grupo podrá aportar ideas que ayuden unos u a otros a eliminar su conducta de manera definitiva en situaciones reales.

Por último, se destacan los aspectos positivos de la actividad que se ha llevado a cabo y de la importancia de poner en marcha esto en la vida cotidiana.

De manera individual se recuerda al sujeto la importancia del último autorregistro y se le pide que practique lo aprendido.

6ª sesión: Final del camino (sesión individual)

En esta última sesión se tratarán los siguientes objetivos específicos anteriormente citados:

- Disminuir o eliminar el consumo de cannabis del sujeto.
- Evitar recaídas.

Para el cumplimiento de nuestros objetivos proponemos el siguiente desarrollo de la sesión:

La última sesión inicia con un repaso del autorregistro, mostrando los avances desde el inicio de la terapia y se le pide que nos haga una breve reflexión sobre su experiencia.

A continuación se dialoga y debate sobre las situaciones a las que ha tenido que hacer frente durante la terapia, cómo las ha afrontado, si en alguna se ha mostrado más débil y qué posibles soluciones hay para evitar que eso ocurra.

Seguidamente se le pide que nos hable sobre qué ha sido aquello que más le ha motivado a abandonar el consumo, en qué o quienes se ha apoyado, de qué manera lo han hecho,...

Es necesario saber que porcentaje posee de garantías de que no volverá a consumir cannabis siendo la escala entre un 0% y un 100%, volveré a consumir y jamás volveré a consumir respectivamente.

Hay que tener en cuenta que este tipo de adicciones puede conllevar recaídas tras el abandono de la terapia y debemos hacérselo saber al sujeto. Además se le pide que si eso ocurre que acuda nuevamente a nuestra consulta para un nuevo planteamiento. De no ser así se le cita para un tiempo más tarde con el fin de realizar un seguimiento de su caso y comprobar que efectivamente la terapia ha surgido efecto.

Discusión

El principal objetivo del presente trabajo es disminuir o eliminar el consumo de cannabis en un adolescente de 21 años.

Teniendo en cuenta los resultados extraídos y expuestos anteriormente, se concluye que el sujeto evaluado, presenta una baja tasa de motivación para el abandono del consumo de cannabis, además, no percibe que el consumo que realiza sea perjudicial ni un problema. No se muestra confiado en sí mismo para finalizar con el consumo y presenta buenas habilidades sociales.

Con ello, se plantea llevar a cabo una intervención en la cual se aúne la terapia a nivel individual, grupal y en familia. Se conoce que el tratamiento del paciente adicto al consumo de cannabis se ha de enfocar desde una perspectiva paciente y tolerante (Solé, 2000). Esto se debe a que la gran mayoría de los sujetos que consumen cannabis suelen: o bien dejar de consumirlo con la edad, o disminuir su consumo con la edad, o bien no perciben que tengan ningún problema derivado del consumo de cannabis, aunque esto último sea claramente una distorsión atributiva.

Se espera que tras las seis sesiones, el individuo sea capaz de autocontrolar su consumo e incluso que este no se produzca. Además, a partir de la terapia, se pretende que el sujeto haya adquirido nuevas habilidades sociales para poder hacer frente a situaciones detonantes de consumo.

Las principales limitaciones que se pueden dar durante la realización de la terapia, son que el sujeto se vea presionado al consumo por parte de sus iguales y no sea capaz o no haya asimilado las conductas de asertividad propuestas y entrenadas en las sesiones; por otro lado, las situaciones evocadoras de consumo a los que el sujeto debe hacer frente y un bajo autocontrol por su parte, también pueden suponer una limitación. Además, para que la terapia tenga el efecto que se desea, se necesita de la ayuda de la familia y la falta de colaboración para que el sujeto abandone el consumo, pueden suponer un problema.

Por otro lado, comentar que una manera de realizar el seguimiento tras la finalización de la terapia, es citar al mes a nuestro sujeto y comprobar que todo lo llevado a cabo en las seis sesiones ha surgido efecto, de no ser así se le propone una ampliación de la terapia.

Referencias bibliográficas:

- Adamson, S.J., y Sellman, J.D. (2003). A prototype screening instrument for cannabis use disorder: the Cannabis Users Disorders Identification Test (CUDIT), in an alcohol dependant clinical sample. *Drug Alcohol Revisions*, 22, 309-315.

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR (Text Revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

- Annaheim, B., Rehm, J., y Gmel, G. (2008). How to screen for problematic cannabis use in population surveys: an evaluation of the Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) in a Swiss simple of adolescents and young adults. *European Addiction Reviews*, 14(4), 190-197.

- Anónimo. (s.f). Aproximación comunitaria de reforzamiento para adolescentes. Recuperado el 8 de Enero de 2015, del Sitio web del Grupo de Investigación en Conductas Adictivas de la Universidad de Oviedo: <http://www.unioviado.es/gca/index.php?page=acra>

- Arias, F., y Ramos, J.A. (2008). Aspectos psiquiátricos del consumo de cannabis: casos clínicos. *Sociedad Española de Investigación en Cannabinoides (SEIC)*.

- Arias, F. (2011). Tratamiento de los trastornos psiquiátricos asociados al consumo de cannabis. *Trastornos adictivos*, 13(3), 113-118.

- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, F., y Babin, F. (2013). Abuso o dependencia al cannabis y otros trastornos

psiquiátricos. Estudio en Madrid sobre prevalencia de patología dual. *Actas Españolas Psiquiatría*, 41(2), 122-129.

- Becoña, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 11-20.

- Bobes, J., Bascarán, M.T., González, M.P., y Sáiz, P.A. (2000). Epidemiología del uso/abuso del cannabis. *Adicciones*, 12(2), 31-40.

- Bobes, J., Carreño, J.E., Gutiérrez, C.E., San Narciso, G.I., Antuña, M.J., Díaz, T., Fernández, J.J., Cerceda, A., Álvarez, C.E., Marina, P., y García-García, M. (2004). Estudio de la efectividad del control del craving con topiramato en pacientes con trastorno por dependencia de sustancias. *Actas Españolas Psiquiatría*, 32.

- Breslin, F., Sobell, L., Sobell, M., y Agrawal, S. (2000). A comparison of a brief and long version of the situational confidence questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1211-1220.

- Canino, G., Bravo, M., Ramírez, R., Febo, V.E., Rubio-Stipec, M., Fernández, R.L., et al. (1999). The Spanish Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule (AUDADIS): reliability and concordance with clinical diagnosis in a Hispanic population. *Journal of Studies on Alcohol*, 60(6), 790-799.

- Cannabis I: informe sobre cannabis de la comisión clínica de la delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas (2006). Ministerio de Sanidad y Consumo. Visto en [InformeCannabis.pdf](#)

- Cannabis II: informe sobre cannabis de la comisión clínica de la delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas (2009). Ministerio de Sanidad y Política Social. Visto en [CannabisII.pdf](#)

- Cano, F.J., Rodríguez, L., y García, J. (2006). Adaptación Española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35, 29-39.

- E, Fernández. (2002). Bases neurobiológicas de la drogadicción. *Revisiones en Neurociencias*, 34, 659-664.

- Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España (2013). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Visto en [EDADES2011.pdf](#)

- Fernández-Artamendi, S., Fernández-Hermida, J.R., Secades-Villa, R., y García-Portilla, P. (2011). Cannabis y Salud Mental. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(3), 180-190.

- Gutiérrez-Rojas, L., De Irala, J., y Martínez-González, M.A. (2006). Efectos del cannabis sobre la salud mental en jóvenes consumidores. *Revista Médica Universidad Navarra*, 50(1), 3-10.

- Henquet, C., Murray, R., Linzsen, D., y Van Os, J. (2006). Ambiente y esquizofrenia: el papel del consumo de cannabis. *Schizophrenia Bulletin (Ed Esp)*, 1(2), 61-65.
- Legleye, S., Piontek, D., y Kraus, L. (2010). Psychometric properties of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) in a french sample of adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 1-7. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.08.011.
- Lorenzo, P., Ladero, J.M., Leza, J.C., Lizasoain, I. (2009). *Drogodependencias: Farmacología, Patología, Psicología, Legislación*. Madrid, España: Editorial Panamericana.
- McConaughy, E.A., Prochaska, J.O., y Velicer, W.F. (1983). States of change in psychotherapy: measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 20, 368-375.
- Navarro, M., y Rodríguez de Fonseca, F. (2000). Cannabinoides y conducta adictiva. *Adicciones*, 12(2), 97-108.
- Quiroga, M. (2000). Cannabis: efectos nocivos sobre la salud mental. *Adicciones*, 12(2), 136-144.
- Quiroga, M. (2002). Cannabis y psicopatología comorbida. *Adicciones*, 14(2), 191-200.
- Ramos, J.A. (2006). Búsqueda de un tratamiento farmacológico para la dependencia de la marihuana. *Adicciones*, 18(1), 5-10.
- Ramos, J.A. (2007). Aspectos psiquiátricos del consumo de cannabis. *Sociedad Española de Investigación en Cannabinoides (SEIC)*.
- Rodríguez de Fonseca, F., y Navarro, M. (2002). Adicción y sistema cannabinoide endógeno: papel del receptor para cannabinoides CB₁ en la fisiología de las neuronas dopaminérgicas mesotelencefálicas. *Adicciones*, 12(2), 83-95.
- Schultz, W., Dayan, P., y Montague, P.R. (1997). A neural substrate for prediction and reward. *Science*, 275, 1593-9
- Smith, D.E. (1968). Acute and chronic toxicity in marihuana. *Journal for Psychedelic Drugs*, 2.
- Solé, J. (2000). Tratamiento del paciente cannábico. *Adicciones*, 12(2), 301- 314.
- Suárez, M., y García, R. (2002). Adaptación Española al Inventario de Situaciones Precipitantes de Recaída (RPI) en dependientes de alcohol. *Psicología Conductual*, 10(2), 329-342.
- Tobin, D.L., Holroyd, K.A., Reynolds, R.V., y Kigal, J.K. (1989) The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy Research*, 13, 343-346.