



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**ABORDAJES PSICOTERAPÉUTICOS EN ADULTOS CON
CONSUMO PROBLEMÁTICO DE CANNABIS**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO**

AUTORES: RONALD ISMAEL PEÑARRETA MATUTE

IRMA JACKELINE ROLDÁN VÁSQUEZ

DIRECTORA: DRA. MARCIA BETANCOURTT AGUILERA

CUENCA - ECUADOR

2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**ABORDAJES PSICOTERAPÉUTICOS EN ADULTOS CON
CONSUMO PROBLEMÁTICO DE CANNABIS**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO**

AUTORES: RONALD ISMAEL PEÑARRETA MATUTE

IRMA JACKELINE ROLDÁN VÁSQUEZ

DIRECTORA: DRA. MARCIA BETANCOURTT AGUILERA

CUENCA - ECUADOR

2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Ronald Ismael Peñarreta Matute portador de la cédula de ciudadanía N° **0105802813** y **Irma Jackeline Roldán Vásquez** portadora de la cédula de ciudadanía N° **0104636519** declaramos ser las autoras de la obra: **“Abordajes psicoterapéuticos en adultos con consumo problemático de cannabis”**, sobre la cual nos hacemos responsables sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaramos que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximimos a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaramos finalmente que nuestra obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también nos responsabilizamos y eximimos a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, **05 de marzo de 2024**

F:

Ronald Ismael Peñarreta Matute

C.I. 0105802813

F:

Irma Jackeline Roldán Vásquez

C.I. 0104636519

CERTIFICACIÓN

Yo Marcia Betancourtt Aguilera, con cédula de identidad N°0918471558 en calidad de directora del Trabajo de Titulación con el tema: **“Abordajes Psicoterapéuticos En Adultos Con Consumo Problemático De Cannabis”**, certifico que el presente trabajo fue desarrollado por RONALD ISMAEL PEÑERRETA MATUTE; IRMA JACKELINE ROLDÁN VÁSQUEZ bajo mi supervisión.

F.....


Marcia Betancourtt Aguilera
**DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Agradecimiento

Principalmente agradezco a mis padres por haberme brindado su confianza y fortaleza para seguir adelante en este camino universitario, por ser mis guías y darme mil razones para no abandonar mis sueños. Además de brindarme su cariño incondicional y siempre tener las palabras correctas para alentarme a seguir con todos mis planes.

De igual manera agradezco a mi hermano por haberme apoyado en cada paso que di durante estos años; estuviste ahí para levantarme cuando era necesario y siempre confiar en mí haciéndome creer que lograría ser una gran psicóloga cuando a veces ni yo misma confiaba en mí y por haberme aconsejado y acompañado en los momentos más difíciles de mi carrera y por recordarme el potencial que tengo para lograr mis metas y objetivos.

Finalmente, quiero agradecer a mis primas y tía porque siempre estuvieron para animarme y hacerme reír en momentos difíciles y me enseñaron que con esfuerzo y dedicación se puede lograr todo lo que nos proponemos.

Irma Jackeline Roldán Vásquez

Dedicatoria

En primer lugar, dedico mi trabajo a Dios por haberme brindado fortaleza y sabiduría para culminar mi vida universitaria.

Así mismo, dedico esta tesis a mis padres Blanca y Carlos por apoyarme en todo momento de mi vida y trasmitirme sus valores y respeto hacia los demás y por guiarme por el camino de la sabiduría. De la misma manera dedico a mi hermano Jorge el cual ha sido mi ejemplo a seguir y gracias a él he podido superar los obstáculos durante mi carrera y por darme su apoyo incondicional en todo momento.

Asimismo, dedico este proyecto a mi tía Marta y a mis primas (Sofía, Karla y Daniela) y de manera especial a mi prima Lucía por apoyarme en este trabajo, y brindarme su ayuda en todo momento.

Irma Jackeline Roldán Vásquez

Agradecimiento

En primera instancia, Dar gracias a Dios por guiarnos siempre por el mejor camino, sobre todo por darnos fortaleza y sabiduría en esta trayectoria universitaria permitiéndonos culminar esta etapa de la mejor manera, convirtiéndome en un excelente profesional

Un profundo agradecimiento a la Universidad Católica de Cuenca por abrirnos las puertas y brindarnos estudios de calidad para alcanzar nuestra meta. El agradecimiento prioritario es para la facultad de Psicología Clínica y a todos los docentes de esta carrera, compartiéndonos sus conocimientos teóricos y prácticos, que nos facilitarán a nosotros como futuros profesionales a desenvolvernos en el área laboral. Del mismo modo agradezco de manera especial a la Dra. Marcia Betancourtt, quien fue nuestra tutora, guía y apoyo en este proceso para nuestro trabajo de titulación

Finalmente, doy gracias a todas las personas que estuvieron con nosotros apoyándonos para culminar con este proceso mediante sus consejos y apoyo y, sobre todo, compartiendo muchos recuerdos que hicieron de esta etapa, una de las mejores.

Ronald Ismael Peñarreta Matute

Dedicatoria

En primer lugar, dedico este trabajo a Dios por brindarnos salud para seguir adelante con mi carrera universitaria y así poder culminarla sin ningún inconveniente.

De igual manera dedico este logro a mi familia por sus valores y principios para seguir adelante con mi carrera universitaria, siendo esto una de las mejores motivaciones para no haberme rendido y así poder vencer cualquier obstáculo que se ha presentado durante toda esta etapa universitaria

Finalmente, agradecer con mucho corazón a los miembros de mi hogar por siempre estar apoyándome en cualquier momento, este logro va por todos ellos en especial a mis abuelos, hermanos, mi mujer y mi hija.

Ronald Ismael Peñarreta Matute

ÍNDICE

Contenido

Resumen.....	10
Abstract.....	11
Introducción.....	12
Justificación	14
Objetivos.....	14
Método:.....	14
Desarrollo.....	16
Cannabis y Conducta Adictiva.	16
El Cannabis Generalidades.	17
Formas Comunes de Consumo.	17
Alteraciones relacionadas con el consumo de Cannabis.	18
Modelos y enfoques teóricos explicativos de los trastornos adictivos relacionados a sustancias.	19
Modelo biopsicosocial	19
Gráfico 1. Modelo Biopsicosocial de la Salud.	19
Tabla 1. Tipos de Consumidores.	20
La Psicoterapia Cognitivo Conductual (TCC).	22
La psicoterapia sistémica.	24
El paradigma sistémico y sus modelos terapéuticos.	26
Tabla 2. Modelo de la Terapia Familiar Sistémica.	27
Terapias Sistémicas Breves.	28
Tabla 3. Principales técnicas de los modelos de terapia sistémica breve.	28
La psicoterapia humanista.	29
Conclusiones.....	37
Bibliografía.....	38

Resumen

La problemática relacionada con el consumo de Cannabis en adultos ha sido objeto de investigación dentro del ámbito de la psicoterapia. El informe de la Oficina de las Naciones Unidas sobre Drogas y Crimen reportó que el Cannabis es la droga más consumida a nivel mundial, con un aumento significativo en su prevalencia del 3.8% en 2010 al 8% en 2020. Según la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, en Ecuador, cerca del 1% de la población consume esta sustancia. De la misma manera, La Organización Panamericana de la Salud, señala que la relación con pares consumidores de drogas es un factor predictivo de la drogadicción en los adultos, indistintamente de los factores familiares e individuales. El objetivo de la presente investigación fue conocer los abordajes psicoterapéuticos en adultos con consumo problemático de Cannabis. Se realizó una revisión bibliográfica en las principales bases de datos PsycINFO y PubMed mediante la evaluación de estudios experimentales y comparativos, se emplearon ensayos aleatorizados con grupos de control y se excluyeron artículos de baja calidad metodológica. Como resultado se encontró que las terapias más efectivas incluyeron la terapia cognitivo-conductual, resaltando técnicas de primera y segunda generación. Otras estrategias exitosas fueron la entrevista Motivacional y la prevención de recaídas. Las terapias breves demostraron beneficios similares a las de largo plazo y las terapias individuales fueron más efectivas que las grupales.

Palabras clave: Cannabis, adultos, abordajes psicoterapeúticos, marihuana.

Abstract

The issue related to cannabis consumption in adults has been the subject of research within the field of psychotherapy. The United Nations Office on Drugs and Crime report stated that cannabis is the most consumed drug worldwide, with a significant increase in its prevalence from 3.8% in 2010 to 8% in 2020. According to the Inter-American Drug Abuse Control Commission, approximately 1% of the population in Ecuador consumes this substance. Similarly, the Pan American Health Organization states that the relationship with drug-consuming peers is a predictive factor for drug addiction in adults, regardless of family and individual factors. This research aimed to understand psychotherapeutic approaches in adults with problematic cannabis consumption. A literature review was conducted in the main PsycInfo and PubMed databases by evaluating experimental and comparative studies. Randomized trials with control groups were used, and articles with low methodological quality were excluded. As a result, it was found that the most effective healing treatment included cognitive-behavioral therapy, emphasizing first and second-generation techniques. Other successful strategies included motivational interviewing and relapse prevention. Brief therapies demonstrated benefits similar to long-term therapies, and individual therapies were more effective than group ones.

Keywords: Cannabis, adults, psychotherapeutic approaches, marijuana.

Introducción.

El consumo problemático de Cannabis en adultos ha sido motivo de interés y estudio en el campo de la psicoterapia. A medida que las actitudes hacia la marihuana han ido cambiando en muchos países y se han flexibilizado las leyes relacionadas con su uso, ha surgido la necesidad de abordar de manera efectiva los problemas asociados con su consumo. Los abordajes psicoterapéuticos se han centrado en comprender las motivaciones subyacentes del consumo problemático, los efectos negativos que puede tener en la salud mental y en la vida cotidiana, y en desarrollar estrategias para reducir o eliminar su uso. Las personas con Trastorno por consumo de Cannabis o Dependencia a esta sustancia presentan una serie de problemas sociales (neuropsicológicos, psicológicos, sociales) a corto y largo plazo. El consumo diario y en grandes cantidades, representan para los individuos una verdadera problemática a tomar en cuenta por los profesionales de la salud, además el realizar actividades bajo los efectos de esta sustancia, representa para los mismos una causa de deterioro psicosocial, poniendo sus propias vidas en peligro, al llevar a cabo actividades como conducir, laboral, operar maquinarias, estudiar entre otros; contribuyéndose a sí mismos, al posible fracaso en estas actividades.

Hoy en día se promueve de forma abierta el consumo de Cannabis o marihuana y sus derivados (aceites, tópicos, bebidas, vapores, entre otros), en medios de comunicación y redes sociales; artistas, cantantes, políticos, “influencers”, periodistas, activistas sociales, médicos, medicina alternativa, naturistas y empresas, promocionen el consumo de esta sustancia ya que la consideran inocua, y que brinda beneficios.

Como señala el psicoterapeuta (Sheff, 2013), el consumo problemático de Cannabis en muchos adultos puede tener un impacto significativo en la vida de una persona, afectando su salud mental, relaciones interpersonales y funcionamiento general. Para abordar adecuadamente esta problemática, es esencial adoptar un enfoque psicoterapéutico integral que combine la comprensión de los factores subyacentes del consumo con estrategias efectivas de tratamiento.

Mediante estudios desarrollados por autores como (Rodríguez & Lidia, 2018) se menciona los efectos terapéuticos del consumo Cannabis para tratar diversos problemas médicos en adolescentes o adultos tales como: dolores crónicos, Parkinson, epilepsias, depresión, ansiedad, enfermedades terminales o catastróficas; así mismo infieren que el consumo de esta sustancia no se vincula con actos de violencia y crimen; sino más bien experimentan mejoría en su estado de ánimo, es menos dañino que el tabaco y alcohol, estimula su creatividad y desarrolla un mejor rendimiento físico.

Desde esta postura el criterio sería en apoyo al consumo, pero a pesar de que, la Comisión de Estupefacientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha reclasificado el Cannabis, eliminándola de la lista de la Convención Única de Estupefacientes, donde figuraba junto a peligrosas drogas como la heroína, sigue siendo considerada perjudicial debido a que es la puerta de ingreso al consumo escalado de sustancias altamente adictivas tanto a nivel psicológico como fisiológico.

El día de hoy solo cuatro medicamentos han sido aprobados por organismos internacionales como la Food and Drug Administration (FDA); estos son: Dronabinol, usado para anorexia asociado con AIDS y para efectos adversos de la quimioterapia; Nabilone en náusea asociada a quimioterapia; Nabiximols en espasmos musculares por esclerosis múltiple; finalmente Epidiolex para tratar convulsiones en el Síndrome de Lennox Gasaut y de Dravet, United Nation Office on Drugs and Crime (UNODC, 2022), por lo que concluimos que todas estas "bondades" del consumo por Cannabis están más vinculadas al tráfico de estupefacientes que generan millones de dólares como ganancia gracias al deterioro de la salud de las personas que la consumen.

El reporte de la Oficina de las Naciones Unidas sobre Drogas y Crimen, reportan que el Cannabis es la droga más consumida en todo el mundo, se señala que, en el año 2020, el 4% de la población mundial la utiliza, es decir 209 millones de personas. Mostrando un incremento de la prevalencia de los consumidores del 3.8% en el año 2010 al 8% en el año 2020 (UNODC, 2022); de la misma manera, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD, 2019), informa que cerca del 1% de la población ecuatoriana consume esta sustancia; siendo esto un gran factor de riesgo a esas cortas edades; el inicio de esto encuentra entre los 12 a 17 años de edad.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2018), señala que la relación con pares consumidores de drogas es un factor predictivo de la drogadicción en los adultos, indistintamente de los factores familiares e individuales. Con respecto a los factores de riesgo asociados al uso intensivo (dependencia) de Cannabis, tenemos un inicio precoz que oscila entre los (14-16 años), y vivencias iniciales positivas relacionadas con el mismo.

En el campo de la Salud Mental y de la Psicología Clínica, en la actualidad las consultas sobre la ingesta de Cannabis son comunes, asociados a problemas como gastos elevados de dinero (hurtos), dificultades laborales, familiares, violencia, accidentes, conductas de riesgo, criminalidad, etc. A pesar de esta realidad, la población en general sigue exponiéndose

libremente a mensajes que promueven el consumo de cannabis y no se han obtenido resultados positivos a pesar de los esfuerzos hechos por profesionales como: científicos, instituciones gubernamentales de salud y políticas públicas (UNODC, 2022).

Tomando en cuenta el riesgo, el deterioro tanto físico como psicológico, perjuicio económico, la disfuncionalidad familiar, la deserción académica, el desempleo y la pobreza que giran en torno al consumo de drogas y en especial el Cannabis se ve estrictamente necesario el abordaje psicoterapéutico para deshabituarse el consumo problemático, es por ello que es necesario la reestructuración cognitiva en personas adictas para que lleguen como meta a funcionar en su desarrollo personal y en sus interrelaciones de manera autónoma y funcional, alejados del consumo de esta sustancia que genera inconvenientes a largo plazo.

Las siguientes preguntas sintetizan el problema de investigación planteado: ¿Qué abordajes psicoterapéuticos se utilizan para el tratamiento en adultos con problemas de consumo del Cannabis? ¿Cuáles son los principales abordajes psicoterapéuticos para prevenir el consumo? ¿Cuál es la eficacia de los abordajes psicoterapéuticos encontrados?

Justificación

El fin de este estudio es esclarecer el actual estado de la investigación respecto a los abordajes psicoterapéuticos, su relevancia y eficacia en la reducción del consumo y funcionalidad de los adultos con problemas adictivos. Contribuyendo con información confiable para el campo de la Psicoterapia basada en evidencias. Dentro del campo comunitario la disminución de adictos por consumo de drogas genera beneficios en el desarrollo social.

Objetivos

Objetivo General:

- Conocer los abordajes psicoterapéuticos en adultos con consumo problemático de Cannabis.

Objetivos Específicos:

- Analizar la eficacia de los principales abordajes psicoterapéuticos que se utilizarán para el tratamiento en adultos con consumo problemático de Cannabis.

Método:

Diseño.

- Un estudio de revisión bibliográfica de carácter descriptivo.

Estrategia de búsqueda.

Las palabras clave que se usaron para esta investigación son: Cannabis, Marihuana, trastornos por consumo de Cannabis, dependencia al Cannabis, Cannabis y psicoterapia, enfoque psicoterapéutico. Las comillas para búsquedas específicas, AND para búsquedas asociadas y OR para búsqueda de sinónimos relacionados.

Se procedió a buscar en varios artículos y documentos en bases bibliográficas científicas y en la biblioteca virtual de la Universidad Católica de Cuenca; mediante operadores booleanos. Se clasificó los artículos en base a: autor, año, país, nivel de impacto y de evidencia científica.

Criterios de selección.

- **Criterios de inclusión**

Que sea una revista científica avalada; el idioma no se limita; los artículos ya revisados con anterioridad pueden ser de estudios cuantitativos, longitudinales, transversales, descriptivos, comparativos, relacionales, experimentales, en población adulta; el contexto de las investigaciones girará en relación a los abordajes psicoterapéuticos.

- **Criterios de exclusión**

Investigaciones cuya muestra sea mayor a 14 años, estudios que no evalúen abordajes psicoterapéuticos y artículos que evidencian la falta de elementos clave en el proceso de búsqueda.

Extracción de datos

Se analizó en primer término los estudios experimentales, posteriormente los comparativos, finalizando con las revisiones bibliográficas, estos fueron aleatorizados con grupos de control, que buscaron determinar los efectos de diferentes intervenciones terapéuticas y terapias, todos los estudios se realizaron en adultos, mayoritariamente en varones de centros universitarios, clínicos, hospitalarios y penitenciarios.

Procedimiento para el análisis de los resultados

Los artículos fueron clasificados en tablas con: nivel de impacto y de evidencia científica. Posteriormente se organizó y se clasificó los resultados de los artículos ya codificados, ubicándolos en categorías diagnósticas y los principales abordajes

psicoterapéuticos y su eficacia. Finalmente, los resultados se presentaron en tablas, gráficos y en conclusiones.

Desarrollo

Cannabis y Conducta Adictiva.

La dependencia a las drogas legales e ilegales representa para la sociedad un verdadero reto que afrontar, siendo esta problemática un tema controvertido por su misma naturaleza. En la actualidad la comprensión de lo que son las adicciones a drogas distan mucho de las concepciones del pasado, entendiéndola ahora y de forma cada vez más aceptada y generalizada, como un problema de salud o dependencia. Estos conceptos modernos (problema de salud mental y dependencia), se diferencian del pasado, ya que desde siglo XIX, surgen conceptos entorno a esta problemática tales como “enfermedad del vicio, insania moral o problema de voluntad” (Carneiro, 2018), concepciones que, hasta el día de hoy, continúan teniendo resonancia y que en algún momento fueron oficiales dentro del campo médico, más, hoy en día son anticuadas, esto debido a los nuevos conocimientos científicos de la neurociencia.

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales “DSM-5”, define a la dependencia a las drogas como un trastorno relacionado o causado por el consumo de sustancias, condición caracterizada por la que el sujeto persiste en el consumo de una sustancia a pesar de los problemas (cognitivos, conductuales, fisiológicos, sociales) que esta le causa (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

El DSM 5, establece que, para el diagnóstico de un trastorno adictivo a sustancias, se requiere de un criterio con once características, clasificadas en tres áreas, donde el consumo de la sustancia provoca una alteración, estas áreas son: a) el deficiente control sobre el consumo de la sustancia; b) deterioro social; c) consumo de riesgo; d) efecto farmacológico de la sustancia sobre el sistema nervioso (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

El diagnóstico del trastorno por consumo de sustancias requiere además de los criterios indicados, especificar el nivel de gravedad del mismo, los cuales se determinan en base al número de síntomas que la persona presenta. Trastorno leve implica dos síntomas, el moderado implica de cuatro a cinco síntomas, el trastorno grave de seis o más síntomas (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Desde la OMS, a través del manual diagnóstico CIE-10 simplifica el número de criterios diagnósticos, comparado con el DSM-5 a solamente 6 criterios, requiriendo tres

criterios como mínimo para el diagnóstico de dependencia. Los criterios son: a) compulsión de consumo; b) incapacidad de control; c) síndrome de abstinencia; d) tolerancia; e) tiempo excesivo dedicado al consumo; f) consumo persistente a pesar de los efectos negativos o problemas (Organización Mundial de la Salud, 2000).

El Cannabis Generalidades.

El Cannabis pertenece a la familia de las plantas cannabanaceae, de las cuales el Cannabis sativa es una de las más conocidas, existen múltiples modificaciones de la misma, por lo que una planta de cannabis sativa puede tener múltiples diferencias a otra planta de la misma especie, estas modificaciones se realizan artificialmente según la necesidad. El C. Sativa, se considera la planta conocida más antiguas por sus propiedades psicotrópicas, existen registros de su uso que datan de hace 4 mil años, siendo originariamente del Asia, desde donde se distribuyó a varias partes del mundo (López et al., 2014).

Formas Comunes de Consumo.

La forma más popular de consumir el Cannabis para experimentar los efectos psicotrópicos es inhalando el humo de forma de cigarrillo o “porros”. El vapeo le sigue en popularidad por su manera innovadora. Entre las nuevas formas de consumo principalmente realizadas por algunos adolescentes están el “hot boxing”, este consiste en la inhalación grupal de grandes cantidades de humo en espacios cerrados (Nacional Institute on Drug, 2022).

Luego encontramos el “shot gunning”, que consiste en inhalar el humo en la boca de la otra persona. también es muy habitual el consumo de esta droga en alimentos ya sea en forma de galletas, pasteles entre otras (Folgar & Horcajadas, 2022).

Otra forma muy agresiva de consumo es el denominado “dabbing”, esta es una práctica en la que consiste en calentar el aceite de hachís en un nebulizador, inhalándolo profundamente hasta que llegue a los pulmones y manteniéndolo por varios segundos. Esta forma de consumo tiene un elevado riesgo de dependencia e intoxicación, debido a su alto contenido de Tetrahidrocannabinol más conocido como el (THC). El Cannabis empapado en alcohol en infusiones, supositorios y parches, también son otras formas de consumo no tan populares (Anderson & Zechar, 2019).

Un tipo de consumo que se ha popularizado debido a su bajo costo, fácil acceso y por no ser detectado en pruebas de drogas tradicionales y policiales, es el incienso de hierbas. Esto consiste en untar cannabinoides sintéticos en diversos tipos de hierbas secas. Básicamente esta presentación no contiene THC ni Cannabis, esto debido a que los cannabinoides sintéticos,

estimulan los receptores CB1 provocando efectos psicotrópicos similares al del Cannabis o THC (Su et al., 2015).

Los cannabinoides sintéticos son mucho más potentes que el THC, por lo que su consumo implica varios riesgos adicionales de intoxicación debido a que el efecto de los cannabinoides sintéticos son más intensos, pero duran menos tiempo que el THC, por lo que existe el peligro de una sobredosificación (Su et al., 2015).

Alteraciones relacionadas con el consumo de Cannabis.

Los efectos negativos del consumo de Cannabis en la salud mental y sobre el sistema nervioso central, son inversamente proporcionales a la edad del inicio de consumo. Esto significa que, a menor edad de inicio de consumo, mayores serán los efectos adversos o el daño causado por el Cannabis.

También, el uso diario o el abuso de alta potencia de esta sustancia se relacionan con trastornos mentales graves, como la Psicosis (Psicosis breve, Esquizofrenia, Trastorno Esquizofreniforme).

(Marconi et al., 2016), descubrieron que existe una relación positiva, muy significativa entre el consumo diario de Cannabis y la psicosis, esto indica una relación entre dosis y respuesta, a mayores dosis, mayor es el riesgo de alteraciones. Por lo que, para estos autores, además, existe evidencia suficiente para justificar la necesidad de programas de prevención.

El estudio de Marconi se considera un estudio clásico sobre el Cannabis y su relación con la psicosis, pero, autores posteriores a Marconi, como (Le Bec et al., 2009), también, evidenciaron que existe una relación entre el consumo diario de Cannabis y la psicosis. Estableciendo que el Cannabis puede funcionar como un factor directo desencadenante de psicosis aguda, pero el papel del mismo en psicosis crónica no es claro.

En conclusión, para estos autores, el consumo de Cannabis es un factor de riesgo independiente para los trastornos psicóticos agudos y crónicos.

A nivel neurocognitivo y neurológico, el consumo agudo de Cannabis se relaciona con hiperactivación de las regiones hipocámpicas y con la degradación de la activación del núcleo estriado, afectando la memoria en su codificación y su recuperación (Battistella et al., 2014).

En consumidores crónicos el cuadro es distinto al agudo, debido a que en ellos se ha encontrado reducciones volumétricas del hipocampo y una disfunción metabólica de la corteza

prefrontal y otras áreas de la corteza cerebral. Estas modificaciones estructurales neurológicas, se consideran neuroadaptaciones del cerebro hacia la sustancia, lo que tiene como consecuencia déficit neurocognitivo de aprendizaje y memoria (Daniju et al., 2022).

La disminución de la actividad cerebral debido al consumo de Cannabis, además de afectar las áreas del córtex, también, afectan la actividad del sistema de recompensa y atención. Los efectos sobre estos sistemas, son los responsables de los típicos efectos del consumidor crónico de Cannabis, que se asocian con apatía, desmotivación, desinterés (Daniju et al., 2022).

Modelos y enfoques teóricos explicativos de los trastornos adictivos relacionados a sustancias.

En este apartado se expondrá de forma general, los principales modelos explicativos del trastorno adictivo.

Los modelos explicativos del Trastorno Adictivo han ido evolucionando hasta la actualidad, integrando múltiples factores necesarios para comprender esta problemática, superando los reduccionismos que en algún momento predominaban al momento de explicarlo.

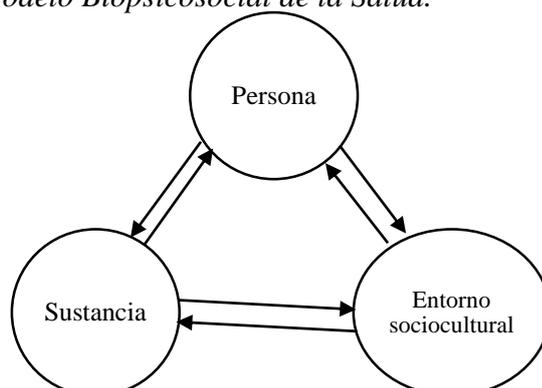
Como respuesta al modelo biomédico de la adicción, que reducía el mismo a un trastorno cerebral, surgió como respuesta el modelo biopsicosocial de la salud.

Modelo biopsicosocial

Según el enfoque biopsicosocial, la adicción se describe como un comportamiento arraigado que necesita comprenderse a través del conocimiento del entorno y el comportamiento de las personas involucradas en dicho contexto (Díaz, 2019).

El modelo señala además la necesidad de conocer a la sustancia, sus efectos farmacológicos en torno al individuo, los efectos del contexto sobre el sujeto y en la sustancia, ya que es dentro de esta última donde se consume la sustancia, siendo un factor de protección o por el contrario un factor que le predispone al sujeto al consumo (Serebrisky, 2015).

Gráfico 1. *Modelo Biopsicosocial de la Salud.*



En este modelo con respecto a la sustancia, se hace énfasis en el potencial adictivo que tiene la sustancia, esto se refiere a que inicialmente el sujeto decide consumir la sustancia por el efecto placentero que esta provoca (refuerzo positivo). Posteriormente por los efectos farmacológicos de la sustancia, el sujeto requiere de consumir la misma para evitar los síntomas del síndrome de abstinencia (refuerzo negativo) consecuencia de un período largo de consumo de la sustancia. Al poder de refuerzo positivo y al poder del refuerzo negativo de una droga, se lo llama potencial adictivo (Serebrisky, 2015).

Entre las drogas con mayor potencial adictivo (marcado refuerzo positivo e intenso refuerzo negativo) tenemos en primer lugar a la nicotina, en segundo puesto la heroína, tercera cocaína y en cuarto lugar la marihuana (Nacional Institute on Drug, 2022).

Con respecto a la persona, se toma en cuenta las variables individuales como son, biológicas, genéticas, psicológicas, que pueden interactuar con la droga y el ambiente. Además, tenemos la edad, sexo, personalidad, todos estos factores influyen sobre el sujeto al momento de decidir consumir una droga (UNODC, 2022).

Formas de consumo que el individuo puede tener según la Organización Mundial de la Salud (OMS), tenemos el consumidor que experimenta, el consumidor social, el buscador de droga, el disfuncional y el destructivo.

La UNESCO (2014), distingue cuatro formas de consumo que son: el consumidor experimental, el ocasional, habitual y el compulsivo.

Tabla 1. *Tipos de Consumidores*

UNESCO	Características	OMS	Características
Experimental	Consumo fortuito de elección indiscriminada del tipo de sustancia por tiempo limitado.	Experimentador	Consumo esporádico, motivado por presiones grupales o curiosidad.
Ocasional	Consumo intermitente, se elige el tipo de droga y dónde usarla.	Social	Consumo de drogas relacionadas a actividades recreativas que se repiten.
Habitual	Consumo cotidiano para aliviar el malestar psicoorgánico del no consumo.	Buscador	Necesita de la droga para realizar algunas actividades, sabe cuándo y cómo consumir.
Compulsivo	Consumo intenso de varias veces al día, incapacidad del individuo para funcionar y enfrentar problemas básicos de la vida.	Disfuncional Destructivo	Dependencia y tolerancia ya instaladas. Fase final, presenta alteraciones

neuropsicológicas,
neurofísicas importantes,

pérdidas personales,
familiares y económicas
totales (UNESCO, 2014).

Se considera que el inicio de la dependencia empieza en etapa de buscador, o en la etapa de consumidor habitual, en general se puede establecer una dependencia cuando el individuo se siente mal por el no consumo.

Finalmente, con respecto al entorno sociocultural que influye sobre el consumo de droga y la adicción, tenemos a la familia, al grupo de amigos, la escuela, la disciplina y el nivel de acceso a la sustancia, mediante modelos, publicidad y la promoción de valores, así como la obtención de placer inmediato y la necesidad de consumir una sustancia para “darle sentido” a las interacciones sociales.

Existen otros modelos teóricos que tratan de explicar las adicciones a sustancias desde una perspectiva menos general, más específica y menos integradora; que se enfocan en elementos explicativos concretos, como son el modelo conductista–cognitivista, el de aprendizaje social, modelo de adaptación y el modelo social de Stanton Peele que se fundamenta en el impacto de las adicciones en nuestra forma de vida. Según su perspectiva, la adicción no es generada por la sustancia o el comportamiento en sí, sino más bien por la manera en que la persona percibe su experiencia adictiva y cómo reacciona ante ella (Guillermo, 2020).

Desde el conductismo, explica la dependencia a las sustancias en base a los principios del aprendizaje y de condicionamiento clásico y operante. Desde el cognitivismo del modelo de aprendizaje social, explica la conducta adictiva como un efecto de un proceso de imitación de modelos los cuales influyen en la vida del sujeto.

El modelo de adaptación señala que la droga le brinda al sujeto que la consume la sensación de adquirir habilidades de afrontamiento a problemas, por lo que la droga tendría una función compensadora aparente de déficit de habilidades de afrontamiento del individuo. De esta manera el modelo social de Peele señala que la dependencia se determina por la forma en como el sujeto interpreta la experiencia de consumos, efectos, fisiológica y emocionalmente (Patiño, 2022).

Para finalizar, los modelos sociológicos se enfocan en la función de la familia. El modelo de asociación diferencial, habla del desapego hacia la familia como un elemento que facilita el involucramiento en grupos y actividades marginales como el consumo de drogas y la asociación con grupos antisociales.

El modelo de control parental sostiene que padres que presentan una conducta social desadaptada y que reflejan en sus hijos, provocan en ellos un mayor riesgo en el consumo de drogas. La falta de afecto, de guía y de respeto de los padres provocan en los hijos baja autoestima, miedo y desconfianza que posteriormente es recuperada y reforzada por pares que, de ser consumidores de drogas, el sujeto asumirá como una pauta de comportamiento a largo plazo (Oriol, 2019).

La Psicoterapia Cognitivo Conductual (TCC).

La TCC es el enfoque que actualmente goza de mayor validación empírica, a pesar de las diversas perspectivas y prácticas que se encuentran englobadas dentro de esta categoría. Perteneciente a la TCC, podemos encontrar intervenciones y técnicas, estrictamente conductuales basadas en el condicionamiento clásico hasta intervenciones netamente cognitivas de imaginación. De la misma manera, la TCC, en este estudio coincide con la teoría en ser la terapia con mayor soporte empírico, esto debido a que, este enfoque permite evaluar los efectos de la terapia y de cambio que produce, a diferencias de otros tipos de terapias.

La psicoterapia Cognitivo Conductual, dentro de la cual también se comprende a la Terapia Motivacional y Control de Contingencias, son intervenciones concretas, posibles de aplicar brevemente y por medios informáticos y telemáticos (Fernandes et al., 2010), (Gates et al., 2012), provocando incluso similares beneficios (Rooke et al., 2013), (Budney et al., 2015), (Macatee et al., 2021), haciendo que estas mismas, sean más populares por los terapeutas, ya que permiten obtener resultados a corto plazo.

Actualmente se considera el avance de la TCC como un proceso de evolución de tres generaciones O'Donohue (2009) y (Ruiz et al., 2012). La primera generación basada en los principios de aprendizaje, condicionamiento clásico, análisis de la conducta aplicada y el neoconductismo. El surgimiento de las escuelas de terapia conductual sudafricana (Joseph Wolpe), inglesa (Hans Eysenck) y Norte Americana.

La segunda generación surge por nuevas aportaciones que se dan desde la psicología social (Bandura) y las terapias cognitivas (Ellis y Beck). Esta generación tiene una fundamentación clínica y no experimental como de la primera generación.

La TCC, la Terapia Motivacional y la Terapia basada en el control de Contingencias, son las más populares porque permiten ser las más investigadas, por lo que los resultados encontrados en este estudio coinciden con otras revisiones bibliográficas, como la de (Walther et al., 2016), (Gonzales & López, 2017), como la de (Olmos et al., 2018), igualmente la de (Lévesque & Le, 2018), y la de (McClure et al., 2019). Todas estas revisiones establecen que la Terapia Cognitivo Conductual y la Terapia Motivacional y Terapia de Control de Contingencias, son las más efectivas y las más utilizadas para abordar este problema.

La TCC de tercera generación retoma el conductismo radical skineriano y el análisis funcional de la conducta, por este motivo se denominan terapias contextuales, las cuales usan el mindfulness, técnicas de regulación emocional; con una filosofía basada en el constructivismo y no en el racionalismo de las terapias de segunda generación (Ruiz et al., 2012).

Las estrategias de tratamiento como son las de tercera generación representan un avance significativo en el campo, ya que se orientan hacia enfoques innovadores y altamente personalizados. Estas estrategias no solo se apoyan en técnicas respaldadas por evidencia científica, sino que también se adaptan meticulosamente a las necesidades específicas de cada paciente. Este enfoque integral y centrado en el individuo se traduce en una atención más efectiva y ajustada, permitiendo una mayor eficacia en los resultados terapéuticos (Andrade et al., 2021).

Dentro de esta tenemos:

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Se enfoca en la disposición para aceptar las experiencias internas y comprometerse con acciones alineadas a los valores personales. En el caso del consumo problemático de cannabis, la ACT puede ser beneficiosa al ayudar a las personas a aceptar los pensamientos y sensaciones relacionados con el consumo, al mismo tiempo que se comprometen con acciones que están alineadas con sus valores fundamentales (Ribero & Agudelo, 2016).

Terapia de mindfulness: en terapia puede resultar beneficiosa al incrementar la percepción de los pensamientos, emociones y sensaciones físicas vinculadas con el consumo

de cannabis. Esta mayor consciencia puede asistir a los individuos en la identificación de los factores que desencadenan el consumo, permitiéndoles desarrollar destrezas para abordar estos desencadenantes de forma más eficaz (Hervás et al., 2016).

Apoyo Psicosocial: El apoyo de grupos de autoayuda o la participación en comunidades terapéuticas pueden ser beneficiosos al proporcionar un entorno de apoyo donde los individuos pueden compartir experiencias, recibir orientación y sentirse motivados por otros que han superado desafíos similares (Luc & Rivera, 2016).

Para finalizar se plantea que la Terapia Cognitivo Conductual, la Terapia Motivacional y el Manejo de Contingencias, presentan sus beneficios debido a que ayudan a desarrollar habilidades de afrontamiento y de control sobre la sustancia, de forma inmediata, ayudándole al paciente en su capacidad de autoeficacia, constructo propio de la teoría Cognitivo Conductual. En conclusión, estos tipos de terapias, permiten a los individuos desarrollar habilidades que podrán poner en práctica cuando lo deseen, por este motivo, la mayoría de estudios analizados establecen que los beneficios de estas intervenciones se enfocan en la reducción del consumo, más no en la abstinencia total.

La psicoterapia sistémica.

Se considera al paradigma sistémico un movimiento, más que una corriente o escuela de psicoterapia. Dentro de este movimiento podemos encontrar una variedad de estrategias, tipos de intervenciones y perspectivas sobre el actuar terapéutico, a pesar de esta heterogeneidad, el paradigma sistémico tiene rasgos comunes y particulares, que lo diferencian de otras corrientes de psicoterapia.

El paradigma sistémico se caracteriza por un cambio en el foco de interés tanto de intervención como de investigación, enfocándose en las relaciones que los individuos establecen dentro de un contexto, y no en el individuo únicamente, como poseedor de un problema personal (Moreno, 2014).

Al hablar de lo interaccional, nos referimos al circuito de retroalimentación en el cual se ven involucradas las relaciones interpersonales. Entendiendo que el circuito de retroalimentación se refiere a comprender la relación que existe entre los efectos de la conducta que un individuo provoca en otro, las reacciones de este y del contexto en el que tiene lugar la interrelación.

En base a la lógica del circuito de retroalimentación, se postula la causalidad circular como otro elemento característico del pensamiento sistémico, diferenciándose de la causalidad lineal de otros enfoques como el psicoanálisis, el conductismo, el cognitivismo y de la ciencia experimental.

De la definición de sistemas se entiende que, las personas son los elementos del mismo, las pautas de interacción de estas son las características y la comunicación es el medio por el cual se da el nexo entre los sujetos y de las interacciones. Por este motivo se establece que el tipo de relación define la cualidad o características de los elementos que conforman el sistema. Un sistema se conforma de tres cualidades básicas, según la TGS, la totalidad, la circularidad, la equifinalidad y equicausalidad (Moreno, 2014).

La totalidad se refiere a que el todo es más que las sumas de sus partes, por lo que es imposible entender el funcionamiento del sistema sumando sus partes u observando cada elemento, siendo necesario siempre comprender al conjunto. La circularidad se manifiesta en un concepto de retroalimentación en el cual los elementos influyen recíprocamente entre sí. Por último, la equifinalidad nos señala que los resultados finales de un sistema no están determinados por las condiciones iniciales y la equicausalidad refiere a que un sistema con una misma condición inicial puede tener múltiples resultados diferentes.

La teoría de los sistemas generales usa conceptos de la cibernética para estudiar la estructura de los sistemas y sus relaciones. La cibernética es otro campo del cual se nutre el paradigma sistémico, el cual fue fundado por el matemático Wiener, en 1958 y que trata sobre el estudio de la estructura de los sistemas y su regulación.

Se considera que la cibernética tiene una evolución que va desde la de primer orden, de los sistemas observados, a la cibernética de segundo orden de los sistemas observadores; este último asume una filosofía epistemológica constructivista, rechazando así los conceptos de realidad y de objetividad. Aplicado al campo de la psicoterapia sistémica podemos encontrar enfoques terapéuticos basados en la primera cibernética, en las cuales el terapeuta se establece como un observador objetivo y externo al sistema. Contrario a nuevos enfoques terapéuticos basados en la segunda cibernética, en las cuales el terapeuta es parte del sistema y no es un observador objetivo (Lema & Saldaña, 2022).

Los axiomas postulados por Watzlawick son: 1. Es imposible no comunicar. 2. Toda comunicación tiene una dimensión de contenido y otra de relación. 3. La puntuación de las

secuencias de comunicación entre los comunicantes, determinan la naturaleza de la relación.

4. Los humanos se comunican digital y analógicamente. Todos los intercambios comunicacionales simétricos o complementarios (Garibay, 2013).

En conclusión, el movimiento sistémico tiene como base la teoría general de sistemas, la cibernética y la Teoría de la comunicación humana, es a partir de esta fundamentación que surgieron varios enfoques psicoterapéuticos en terapia familiar sistémica.

El paradigma sistémico y sus modelos terapéuticos.

Siete modelos terapéuticos de terapia familiar en la actualidad se establecen como los principales dentro de este movimiento, estos son: el modelo interaccional, estructural, existencial, multigeneracional, estratégico, escuela de Milán y centrado en la narrativa.

El Modelo Interaccional representado por Watzlawick, Weakland, Fish y Segan, busca un cambio estructural de la familia. El Modelo Estructural, tiene como principal creador a Salvador Minuchin, tiene como principal objetivo la modificación de la estructura familiar (familias multiproblemáticas), para lo que se contempla el abordaje del ciclo vital de la familia, los desequilibrios de los roles, las jerarquías y las funciones de los mismos y la claridad de los límites con los que la familia funciona (Pacheco et al., 2021).

El Modelo Existencial, la figura más conocida de este modelo, es Virginia Satir, quien incorporó conceptos gestaltistas y técnicas de grupo de encuentro a la terapia familiar. Este modelo tiene como objetivo, el crecimiento y la expansión de la persona, enfocándose en la experiencia en el presente (Grosso, 2020).

El Modelo Multigeneracional, tiene como principal representante a Murray Bowen, tiene como finalidad este modelo la reestructuración psicológica del paciente, haciendo énfasis en la exploración del pasado, entendiendo la patología familiar como patrones de conducta entre los miembros de la familia como patrones transmitidos a través de sucesivas generaciones familiares (Estrella, 2022).

El Modelo Estratégico, tiene como creadores Jay Haley y Cloé Madanes desde este modelo se asume que el terapeuta tiene la responsabilidad de configurar una estrategia específica para resolver los problemas del sujeto en la familia, se enfoca en ayudar a la familia a superar la crisis que enfrentan en un momento de tiempo específico (Grosso, 2020).

El Modelo de Milán, creado por el grupo de Milán hoy en día extinto, fue conformado originalmente por Mara, Selvini, Palazzoli. Este enfoque tiene como finalidad modificar el sistema de creencias familiares y posibilitar el cambio en las reglas que regulan el funcionamiento familiar. Sus estudios parten de estudiar familias o miembros psicóticos y las creencias de cada miembro familiar sobre los demás miembros (Boscolo et al., 2018).

El Modelo Narrativo de terapia, se considera de segundo orden (cibernética de segundo orden) la cual no busca descubrir la realidad, sino inventar la misma, cambiando la narrativa del individuo y de las familias. En este modelo el terapeuta colabora con la familia, constituyendo un sistema de mutua influencia (Castaño, 2020).

Tabla 2. *Modelo de la Terapia Familiar Sistémica (Grosso, 2020).*

Modelos	Técnicas
Modelo interaccional	Prescripción de síntomas Metáforas aforismos hipnosis Desplazamiento del síntoma Reencuadre
Modelo estructural	Escenificación de pautas disfuncionales Focalización Intensificación Fijación de límites Intervenciones paradójicas
Modelo existencial	Técnicas Gestalt Retroalimentación positiva Técnicas experienciales
Modelo multigeneracional	Genograma Análisis histórico familiar
Modelo estratégico	Modelo multiestratégico Análisis de relaciones de poder Análisis de jerarquías Identificación de incongruencias
Modelo escuela de Milán	Intervención paradójica Redefinición

	Connotación positiva
	Prescripciones paradójicas
	Entrevista circular
Modelo centrado en la narrativa	Creación de narraciones historias
	Reencuadres (Grosso, 2020)

Terapias Sistémicas Breves.

Las terapias sistémicas breves, tienen su origen en el Instituto de Investigación Mental (MRI) y surgen de los estudios y contribuciones de Gregory Bateson, Milton H Erickson, Jay Haley y Jhon Weakland. Las terapias sistémicas breves tienen el mismo fundamento de la terapia familiar sistémica, que son la teoría general de los sistemas, la cibernética y la teoría de la comunicación. En el MRI se comenzó a investigar formas eficientes de procesos terapéuticos abreviados, enfocándose en la resolución del problema del cliente, estableciendo que una terapia perfectamente podría durar diez sesiones y podría generar cambios duraderos en la persona. Suprimiendo las intervenciones que no se enfocan en la resolución del problema, la exploración de la causa intrapersonal del problema, la exploración de lo pasado y lo profundo (García, 2013). Posteriormente la terapia del MRI pasó a llamarse Terapia Breve Estratégica (TBE).

En el MRI se generaron tres sistemas de terapia breve: Terapia Breve Estratégica (TBE): la Terapia Breve Centrada en la Solución (TBCS) y la Terapia Narrativa (TN). Siendo el español Marck Beyebach en 1993, el que utilizó por primera vez el concepto de TSB para referirse a estos tres modelos (García, 2013).

Tabla 3. Principales técnicas de los modelos de terapia sistémica breve.

Tipo de terapia	Principales técnicas
Terapia Breve Estratégica (TBE),	Reencuadres. Prescripciones. Técnicas corte paradójico: "No apurarse" "Como empeorar las cosas" "Peligros de una mejoría" Dialogo estratégico.

	Ordalías.
Terapia Breve Centrada en la Solución (TBCS)	Proyección al futuro: "bola de cristal" pregunta del milagro. Descubrimiento de excepciones. Preguntas de escala. Construcción de objetivos. Uso del elogio terapéutico. Uso de la pausa. Prescripciones. Externalización del problema, Redeficiones o reencuadres. Deconstrucción.
Terapia Narrativa (TN)	Conversaciones de externalización. Preguntas de influencia relativa. Conversaciones de reautoría. Ceremonias de definición, celebraciones de identidad. Destacar excepciones. Conversaciones de andamiaje.

Se destaca que las técnicas de la terapia sistémica breve y de sus diferentes terapias, requieren para su aplicación la adopción de la filosofía constructivista social de la realidad, es un enfoque ateuico, relativista y postmoderno, en donde las técnicas por si solas no funcionan, como es el caso de los diferentes tipos de conversación en la terapia narrativa, en la cual no se postula una manera concreta de realizarlas, y se limitan a ser pautas de orientación para el terapeuta.

La psicoterapia humanista.

La psicología humanista nace como una respuesta al determinismo y la fragmentación de los modelos conductista y psicoanálisis vigentes en aquel tiempo (1956). Estableciendo como una nueva psicología enfocada en la subjetividad y la experiencia humana en su totalidad, esto es, una psicología de corte fenomenológico, que, además, busca investigar los fenómenos positivos y saludables del ser humano, como el amor, resiliencia, la

creatividad, autenticidad, etc., aspectos aparentemente descuidados por los enfoques tradicionales, que solo se enfocaban en lo psicopatológico y la enfermedad.

Se considera que a Abraham Maslow como el fundador de esta corriente en psicología, el cual denominaba a este campo como la tercera fuerza en psicología. Uno de los aspectos centrales de la terapia humanista es la creación de un ambiente terapéutico que promueva la autenticidad y la aceptación incondicional del individuo. En el contexto del consumo de cannabis, este enfoque puede ser especialmente relevante, ya que muchos consumidores pueden experimentar sentimientos de estigmatización y culpa (Riveros, 2014).

El enfoque humanista como abordaje terapéutico ha sido muy eficiente para trabajar con adultos que padecen de un consumo problemático de Cannabis u otro tipo de sustancias, sin embargo este enfoque pretende a través de la fundamentación del mundo de las adicciones de una forma más humana, es decir mediante educación rehumanizadora actual y realista para promover confianza, responsabilidad en uno mismo y conocer que todos cometemos errores y experimentamos la vida de diferentes formas a cada instante (Piñas & Pèrez, 2020).

La terapia humanista se centra en la autorrealización y el crecimiento personal. En el contexto del consumo de cannabis, esto implica ayudar a los individuos a establecer metas y valores personales que estén alineados con su bienestar a largo plazo. Un estudio de Baker et al. (2017), encontró que la terapia centrada en el cliente, un enfoque humanista, fue efectiva en el tratamiento de consumidores problemáticos de Cannabis, ayudándoles a establecer una mayor claridad en sus objetivos de vida y a desarrollar habilidades de afrontamiento más saludables (Herrera et al., 2022).

La psicoterapia humanista también pone un fuerte énfasis en la toma de conciencia, ya que ayuda a los individuos a comprender las consecuencias de su consumo de Cannabis, tanto a nivel físico como psicológico, y a ser conscientes de cómo este hábito puede estar interfiriendo con sus metas y aspiraciones personales. La toma de conciencia es un paso crítico en el proceso de cambio.

Un estudio de Harris y Gossop (2017), enfatiza la importancia de una relación terapéutica empática en el tratamiento de las adicciones, incluido el Cannabis. La empatía, un pilar de la psicoterapia humanista, se ha demostrado como un factor crucial para establecer un vínculo efectivo entre terapeuta y paciente. Esto es particularmente importante cuando se trabaja con personas que pueden sentirse juzgadas o incomprendidas debido a su consumo de

cannabis. La aceptación incondicional, otro principio humanista, permite que las personas se sientan seguros y valorados, lo que a su vez promueve la apertura y la disposición para el cambio (Flores A. , 2019).

Un estudio publicado por (Bowen & Enkema, 2017), destaca la importancia de comprender las motivaciones detrás del consumo de Cannabis como parte del proceso de tratamiento. La investigación demuestra que las personas que buscan tratamiento para su consumo de Cannabis a menudo tienen motivaciones complejas y diversas, y comprender estas motivaciones puede ser crucial para desarrollar estrategias de intervención efectivas.

La investigación llevada a cabo por DeTorme y Wolfe (2017) en el "Journal of Substance Abuse Treatment" señala que la toma de conciencia de las consecuencias negativas del consumo de Cannabis es un factor importante para motivar a las personas a buscar ayuda y cambiar sus patrones de uso. La terapia humanista puede facilitar esta toma de conciencia al proporcionar un espacio seguro para la reflexión y el autoexamen (Ruano, 2017).

En concordancia con la bibliografía analizada a continuación se detallan los procesos psicoterapeúticos más eficaces encontrados dentro de esta investigación.

Se da inicio con el estudio (DeMarce et al., 2005), una terapia enfocada en el aumento de la autoeficacia, de corte cognitivo conductual, en consumidores que sufren angustia psicológica bajo condiciones estresantes; 291 individuos, divididos en tres grupos, terapia grupal de apoyo, cognitivo conductual, grupo control (tratamiento retardado). Los resultados indicaron que la terapia individualizada cognitiva conductual enfocada en el aumento de la autoeficacia provocó una disminución de la frecuencia y la cantidad de consumo de Cannabis. La terapia grupal no provocó mayor beneficio para sus participantes. Se consiguió una reducción del consumo, más no, abstinencia.

Una terapia motivacional breve individualizada, comparada con un grupo de apoyo, enfocada en la prevención de la recaída y un grupo de control, demostró que la terapia breve individualizada motivacional, tenía mayor efectividad, que la grupal para conseguir reducciones de consumo continuadas hasta los seis, siete y diez meses. La intervención principalmente benefició en la reducción de consumo, más la abstinencia total o continuada no se consiguió (Lozano et al., 2006).

Un tipo de intervención cognitiva conductual, en combinación con un programa de reforzamiento basado en fichas ligadas a la abstinencia demostró altas tasas de efectividad

para provocar prolongados períodos de abstinencia sostenida. En un estudio realizado por (Guerra & Terán, 2019) en 846 adultos se encontró que la duración más prolongada de la abstinencia alcanzada fue de 1 a 3 semanas (56%), seguida por periodos de 1 a 2 meses (25%) y de 3 a 6 meses (19%). Este grupo (clínico) se comparó con un grupo de control basado solamente en información sobre el Cannabis.

Al investigar la terapia conductual basada en el control de contingencias y su efectividad combinada con la terapia motivacional y con la terapia cognitiva conductual, se evidenció que la terapia de manejo de contingencias ha demostrado una mayor tasa de prevención para reducir el uso de Cannabis en adolescentes y adultos a través de la modificación de conductas por medio del control de una presunta consecuencia a futuro, en comparación con las otras terapias, y sus beneficios son aún superiores en combinación con una de éstas. Ambos tratamientos activos redujeron sustancialmente el consumo de marihuana, en comparación con el grupo de control. A los 4 meses, el 37% de los participantes en las intervenciones activas tenían 90 días de abstinencia y a los 7 meses la tasa de abstinencia de 90 días era del 34% (Kadden et al., 2007).

Al comparar la terapia cognitiva conductual breve, versus, un grupo de control basado solo en información, descubrieron que este tipo de intervención ayudaba a reducir la cantidad y la frecuencia de consumo de cannabis, los problemas asociados a la sustancia, la reducción de síntomas y la obtención de una mejoría en una funcionalidad general. Se consiguió una efectividad baja respecto a casos de abstinencia sostenida prolongada. El beneficio conseguido principalmente se enfoca en la reducción del consumo y los problemas asociados (Copeland et al., 2011).

Al investigar la eficacia de un tratamiento corto, versus largo plazo, de tipo cognitivo basado en los efectos negativos de la sustancia, a los tres meses la terapia breve tuvo mejores resultados a la de largo plazo. Ayudó a disminuir la frecuencia del consumo de conducir bajo los efectos de la sustancia, a los 12 meses en ambos grupos se consiguió reducciones importantes en la cantidad de consumo, aun así, la terapia breve ayuda a conseguir resultados de forma temprana comparada con la de largo plazo (Benedikt et al., 2012).

Al investigar la efectividad de una terapia breve telefónica de tipo cognitivo conductual y basada en entrevista motivacional (Gates et al., 2012) descubrieron que este tipo de intervención ayudó a reducir la cantidad de consumo y la frecuencia, consiguiendo además un importante número de casos de abstinencia a corto plazo, reducción de problemas

asociados al consumo de la droga y la gravedad de los síntomas comparado con el grupo de control.

(Hoch et al., 2012) descubrieron que el programa de intervención CANDIS ayudaba a conseguir abstinencia sostenida (49% vs grupo de control 13%). Además, se consiguió resultados significativos en la reducción de días de incapacidad debido al consumo, disminución de la sintomatología psicopatológica en general y en la reducción del consumo.

(De Dios et al., 2012) al investigar la efectividad de un tratamiento breve basado en la entrevista motivacional y mindfulness, versus un grupo de control que solamente fue evaluado, se consiguió reducciones significativas de la frecuencia y la cantidad de consumo de Cannabis dentro de los 3 primeros meses. El beneficio principal de este tipo de intervención se mostró por la reducción del consumo, mas no por la abstinencia sostenida o total.

La terapia Cognitivo Conductual en combinación con la terapia basada en el manejo de contingencias llevada a cabo en un centro penitenciario (n=127 grupo clínico), (Carroll et al., 2012) plantearon que este tipo de intervención no es efectiva en este tipo de población, ya que no consiguieron resultados favorables, ni reducciones significativas en la frecuencia de consumo.

Nuevamente al estudiar la efectividad del modelo CANDIS (Hoch et al., 2012) en un grupo clínico conformado por 149 individuos, versus un grupo de control de 130 individuos consiguieron que el 53.3 % de los individuos del grupo clínico consiga la abstinencia sostenida durante los primeros 6 meses; este resultado se asoció únicamente a los pacientes con un patrón de consumo bajo, no diario, ya que los consumidores crónicos con sintomatología grave no se vieron beneficiados de la intervención.

Al investigar sobre la eficacia de un tratamiento cognitivo conductual, terapia motivacional y de la terapia de control de contingencias, en consumidores duales de Cannabis y tabaco, observaron un beneficio significativo para casos de abstinencia sostenida hasta de nueve semanas. La combinación de las terapias Cognitivo Conductual más Control de Contingencias o Terapia Motivacional más Control de Contingencias, era efectiva para conseguir periodos de abstinencia prolongados. Las intervenciones benefician tanto para el tabaco y el cannabis (Lee et al., 2014).

(Macatee et al., 2021) es el único estudio sobre la eficacia de una terapia de tercera generación, la terapia dialéctica conductual, versus un grupo de control basado solamente en

el aprendizaje de hábitos saludables (vídeo de hábitos saludables); este tipo de intervención produjo reducciones significativas y duraderas en los pacientes con consumo diario de cannabis (reducción de consumo) El tratamiento se enfocó en desarrollar habilidades para la tolerancia a la angustia. Un estudio exclusivo sobre la entrevista motivacional y su eficacia para tratar el consumo de cannabis es la revisión de (Calomarde-Gómez et al., 2021) quienes analizaron 24 estudios concluyendo que la entrevista motivacional es una intervención eficaz para reducir el consumo de cannabis y lograr la abstinencia, especialmente entre adolescentes, adultos y pacientes sin trastornos mentales graves.

Para culminar los estudios experimentales tenemos el estudio llevado a cabo por (Bravo & Oropeza, 2022) en un centro penitenciario, aplicando una terapia cognitiva conductual dirigida al entrenamiento en estrategias de afrontamiento para las drogodependencias, como resultado se obtuvo una disminución sostenida

A continuación, describiremos los resultados principales de los estudios comparativos encontrados válidos para la realización de una revisión bibliográfica este primero de (Budney et al., 2011) (n=38), quienes compararon la efectividad de una terapia de manejo de contingencias impartida por un terapeuta y por una computadora. Estos investigadores descubrieron que en su estudio la terapia llevada a cabo por el terapeuta y por la computadora, generaron cambios duraderos con respecto a una abstinencia continuada.

Similar estudio el de (Budney et al., 2015) quienes igualmente compararon a una computadora y a un terapeuta y la efectividad que cada uno tiene al aplicar una terapia de manejo de contingencias basada en la abstinencia, pero ahora con 117 individuos, obtuvieron resultados similares al del estudio del 2011, en la cual tanto la computadora como el terapeuta, fueron efectivos al aplicar la terapia y beneficiar a los participantes con períodos prolongados de abstinencia.

La revisión bibliográfica más antigua data del año 2006 dentro del cual se tomaron en consideración seis estudios en general; (Denis et al., 2006), concluyen que la dependencia del Cannabis no se trata fácilmente con psicoterapias en entornos ambulatorios. El problema de la heterogeneidad de los estudios, no les permiten establecer una conclusión final de su eficacia.

Diez estudios corresponden a la Revisión Bibliográfica de (Copeland J. , 2012) en la cual concluye que la Terapia Motivacional Breve, la Terapia Cognitivo Conductual y la

Terapia basada en el Manejo de Contingencias, son las que más destacan para un mejor tratamiento en modificación de conductas

Dos artículos de Revisión Bibliográfica que corresponden al año 2015, la primera de (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2015) concluyen que la Terapia Cognitivo Conductual es la terapia con mayor efectividad para el tratamiento de este trastorno adictivo. Pero, sus efectos respecto a la abstinencia no sobrepasan el 20 % de los individuos quienes máximo seis meses se mantuvieron en abstinencia. La Terapia Cognitivo Conductual se ve potenciada si se combina con la Terapia basada en el control de Contingencias o Counseling. El segundo estudio de este año corresponde a la Revisión (Davis et al., 2015) quienes concluyen que la intervención conductual beneficia a los individuos que presenten este trastorno, en aspectos como la disminución de la frecuencia del consumo de cannabis, la gravedad los problemas asociados y en el funcionamiento psicosocial.

Revisiones Bibliográficas del año 2006, corresponden a tres estudios (Sherman & McRae-Clark, 2016) concluyen que los tratamientos más efectivos son una combinación de Terapia Motivacional, Terapia Cognitivo Conductual y Manejo de Contingencias.

(Gates et al., 2016) indican que las terapias analizadas, muestran baja tasa de abstinencia, beneficios en la reducción de consumo y en la gravedad de la dependencia de forma significativa, principalmente a corto plazo.

(Walther et al., 2016) al analizar las opciones que existen para el tratamiento de la dependencia al consumo de cannabis, la revisión bibliográfica concluye que en general la psicoterapia es la principal forma de tratamiento de este trastorno. La Terapia Cognitivo Conductual en combinación con otras intervenciones son las más usadas, teniendo un efecto de moderado a alto sobre la reducción del consumo y sobre la mejora en el funcionamiento psicosocial. La Terapia Breve de tipo Motivacional, también muestra eficacia para disminuir el consumo de cannabis, en personas con o sin deseo de lograr la abstinencia.

(González & López, 2017) concluyeron que la mejor herramienta para abordar este problema, es una combinación de Terapia de Manejo de Contingencias con entrevista Motivacional o con Terapia Cognitiva Conductual.

La Revisión Bibliográfica de (Olmos et al., 2018) exclusivamente de intervenciones computacionales, concluye que estas intervenciones, tienen efectos beneficiosos para

disminuir la frecuencia de consumo, la gravedad de los síntomas, principalmente la Terapia Cognitivo Conductual y el Manejo de Contingencias.

Otra revisión, la de (Lévesque & Le, 2018) concluyen que las intervenciones psicosociales son el abordaje de primera línea para el Trastorno por consumo de Cannabis, entre las más efectivas están la Terapia Cognitivo Conductual y Terapia Motivacional, el Manejo de Contingencias.

Los 21 estudios experimentales analizados en esta Revisión, todos, se enfocan en investigar los efectos terapéuticos de la Terapia Cognitivo Conductual, la Terapia Motivacional y el Control de Contingencias y otras intervenciones conductuales (reforzamiento de abstinencia), excluyendo completamente otros tipos de terapias, sistémico y humanista.

El estudio experimental de (Budney et al., 2006), es el que mejores resultados mostró entre todos los estudios analizados, principalmente se destaca el poder del reforzamiento de la abstinencia basado en economía de fichas, como una poderosa intervención para conseguir períodos prolongados de abstinencia, intervención coincidente con el estudio de (McClure et al., 2019), en el cual concluye que la Terapia de Incentivo de Reforzamiento Comunitario, presenta muy buenos resultados para conseguir abstinencia, de forma conjunta con la Terapia Cognitivo Conductual.

En un estudio de Van Dam y Earleywine (2017), se destacó la importancia de la conciencia plena (mindfulness) en el tratamiento del consumo de Cannabis. La terapia humanista, con su enfoque en el autoconocimiento, se alinea naturalmente con la promoción de la conciencia plena. La atención plena puede ayudar a las personas a tomar decisiones más conscientes y a desarrollar una mayor autorregulación, lo que puede ser invaluable en el tratamiento de la adicción al cannabis.

Finalmente, la revisión de (McClure et al., 2019), quien busca abordar la clasificación de las diversas pautas de tratamiento conjunto para el tabaco y el Cannabis, concluyen que los tratamientos más efectivos son los individualizados y no grupales. La entrevista Motivacional, la Terapia Cognitivo Conductual y la Terapia de reforzamiento social comunitario.

La TCC se enfoca en identificar y cambiar patrones de pensamiento negativos y distorsionados relacionados con el consumo de cannabis, de la misma manera, ayuda a los

adultos a desarrollar habilidades para resistir la tentación de consumo, como la resolución de problemas, la gestión del estrés y la toma de decisiones efectivas.

La terapia sistémica considera que el consumo de Cannabis de un adulto puede ser influenciado por dinámicas familiares y sociales. Se trabaja con el adulto y su familia para entender y abordar factores relacionados con el consumo y promueve la comunicación abierta y la resolución de conflictos dentro de la familia, lo que puede ayudar a reducir el estrés y los factores que contribuyen al consumo de Cannabis.

Debemos tomar en cuenta que la terapia humanista se centra en la empatía y la aceptación del terapeuta hacia el adulto; esto puede ayudar al paciente a sentirse valorado y comprendido así mismo, fomenta la autorreflexión y el crecimiento personal ya que estos pueden explorar las razones subyacentes detrás de su consumo y trabajar en el desarrollo de estrategias para afrontar desafíos en sus vidas.

Es importante destacar que la elección del enfoque terapéutico y la eficacia de la terapia dependerán de factores individuales, como la gravedad del consumo de Cannabis, la motivación del usuario y su entorno social y familiar. Por lo tanto, es fundamental trabajar con un terapeuta pueda evaluar y recomendar el enfoque más adecuado para un adulto en particular.

Para finalizar, debemos tener en consideración que cada enfoque tiene sus propias ventajas y puede ser eficaz según la situación y las necesidades individuales del adolescente. A menudo, los terapeutas adaptan el enfoque terapéutico según las circunstancias específicas del adolescente y su consumo. Además, en muchos casos, se pueden combinar estos enfoques terapéuticos para proporcionar una atención más integral y adaptada a las necesidades de cada persona.

Conclusiones.

Las intervenciones más usadas y satisfactorias para tratar el trastorno por consumo de Cannabis en este estudio, se enfocan exclusivamente en la psicoterapia Cognitivo Conductual, con técnicas de primera y de segunda generación. De primera generación, entre todos los estudios sobresale la Terapia basada en el Manejo de Control de Contingencias, una intervención de tipo Conductual aplicada a la prevención del consumo de Cannabis. Las intervenciones de segunda generación que sobresalen entre todos los estudios analizados, es la Terapia Cognitivo Conductual y la Terapia Motivacional.

Otros abordajes destacados son la Entrevista Motivacional y la Terapia basada en la prevención de recaídas. La primera se establece como un abordaje necesario para conocer el nivel de motivación para el cambio de los individuos y la segunda principalmente como una intervención para individuos muy motivados hacia el cambio. Otro aspecto a destacar es el enfoque breve de las intervenciones, es decir, terapias breves de corte Cognitivo Conductual no sistémicas. Una intervención breve de corte Cognitivo Conductual, en conjunto con la terapia de Manejo de Contingencias, muestra igual y hasta mayores beneficios que terapias de largo plazo.

Para finalizar se destaca la intervención de la Terapia de Incentivo de Reforzamiento Comunitario y el reforzamiento de la abstinencia mediante vales (tipo economía de fichas), como las intervenciones que mayor poder tienen para conseguir periodos prolongados de abstinencia. El reforzamiento de abstinencia, el control de contingencias se establece que tienen una capacidad inmediata para producir beneficios como la reducción del consumo y abstinencia, y por otro lado la Terapia Cognitiva muestra capacidad para mantener los cambios a largo plazo.

Bibliografía

- Anderson, R., & Zechar, K. (2019). Lung injury from inhaling butane hash oil mimics pneumonia. *Respiratory Medicine Case Reports*, 4(26), 171-173. <https://doi.org/10.1016/j.rmcr.2019.01.002>
- Andrade, M., Villalba, Y., & Camilo, A. (2021). Intervenciones psicoterapéuticas de tercera generación en el tratamiento de la patología dual. *Repositorio CES*. <https://doi.org/https://repository.ces.edu.co/handle/10946/5168>
- Asociacion Americana de Psiquiatria. (2013). *Manual diagnostico y estadistico de los trastornos mentales, 5ta edicion*. (Quinta ed.).
- Battistella, G., Fornari, E., Annoni, J.-M., Chtioui, H., Dao, K., Fabritius, M., . . . Giroud, C. (2014). Long-term effects of cannabis on brain structure. *Neuropsychopharmacology*, 39(9), 2041–2048. <https://doi.org/https://doi.org/10.1038/npp.2014.67>
- Bayked, E., Workneh, B., & Kahissay, M. (2022). *Sufferings of its consequences; patients with Type 2 diabetes mellitus in North-East Ethiopia, A qualitative investigation*. Heliyon: [https://www.cell.com/heliyon/fulltext/S2405-8440\(22\)00159-1?_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS2405844022001591%3Fshowall%3Dtrue](https://www.cell.com/heliyon/fulltext/S2405-8440(22)00159-1?_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS2405844022001591%3Fshowall%3Dtrue)
- Benedikt, F., Wayne, J., Paul, S., & Jürgen, R. (2012). 12-month follow-up of an exploratory ‘brief. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 7, 1-5. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/1747-597X-7-15>

- Boscolo, L., Bertrando, P., & Galvez, F. (2018). *La terapia sistémica de Milán*. eQtasis: <http://eqtasis.cl/wp-content/uploads/2018/03/Boscolo-L-Bertrando-P-Galvez-Sanchez-F-Terapia-Sist%C3%A9mica-de-Mil%C3%A1n.pdf>
- Bowen, S., & Enkema, M. (2017). *Mindfulness practice moderates the relationship between craving and substance use in a clinical sample*. ScienceDirect: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0376871617303137>
- Bravo, O., & Oropeza, R. (2022). Brief Treatment for Drug Users in a prison context with marijuana users. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 1(3), 83-87.
- Budney, A., Fearer, S., Walker, D., Stanger, C., Thostenson, J., Grabinski, M., & Bickel, W. (2011). An initial trial of a computerized behavioral intervention for cannabis use disorder. *Drug and alcohol dependence*, 115(1), 74-79. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.10.014>
- Budney, A., Moore, B., Rocha, H., & Higgins, S. (2006). Clinical trial of abstinence-based vouchers and cognitive-behavioral therapy for cannabis dependence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(2), 307-316. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.4.2.307>
- Budney, A., Stanger, C., Tilford, J., Scherer, E., Brown, P., Li, Z., . . . Walker, D. (2015). Computer-Assisted Behavioral Therapy and Contingency Management for Cannabis Use Disorder. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29(3), 501-511. <https://doi.org/10.1037/adb0000078>
- Calomarde-Gómez, C., Jiménez-Fernández, B., Balcells-Oliveró, M., Gual, A., & López-Pelayo, H. (2021). Motivational Interviewing for Cannabis Use Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *European Addiction Research*, 27(6), 413-427. <https://doi.org/10.1159/000515667>
- Carneiro, H. (2018). *Droga, cultura y farmacolonialidad: la alteración narcográfica*. Santiago de Chile: Universidad Central de Chile.
- Carroll, K., Nich, C., Lapaglia, D., Peters, E., Easton, C., & Petry, N. (2012). Combining cognitive behavioral therapy and contingency management to enhance their effects in treating cannabis dependence: less can be more, more or less. *Addiction Research*, 107(9), 1650-1659.
- Castaño, A. (2020). *Érase una vez... Una introducción al pensamiento posmoderno ya la terapia narrativa*. Ciencia Y Academia: <https://revistas.ucatolicaluisamigo.edu.co/index.php/CYA/article/view/3729/2834>
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD). (2019). *Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas*. Washington, D.C.: Organización de los Estados Americanos (OEA).

<http://www.cicad.oas.org/main/pubs/Informe%20sobre%20el%20consumo%20de%20drogas%20en%20las%20Am%C3%A9ricas%202019.pdf>

- Copeland, J. (2012). Intervenciones para el trastorno por consumo de cannabis. *Informaciones Psiquiátricas*, 248, 6-96.
- Copeland, J., Swift, W., Roffman, R., & Stephens, R. (2011). A randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21(2), 65-66. [https://doi.org/10.1016/s0740-5472\(01\)00179-9](https://doi.org/10.1016/s0740-5472(01)00179-9)
- Daniju, Y., Faulkner, P., Brandt, K., & Allen, P. (2022). Prefrontal cortex and putamen grey matter alterations in cannabis and tobacco users. *Journal of psychopharmacology (Oxford, England)*, 36(12), 1315–1323. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/02698811221117523>
- Davis, M., Powers, M., Handelsman, P., Medina, J., Zvolensky, M., & Smits, J. (2015). Behavioral Therapies for Treatment-Seeking Cannabis Users: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Evaluation & the Health Professions*, 38(1), 94-114. <https://doi.org/10.1177/0163278714529970>
- De Dios, M., Herman, D., Britton, W., Hagerty, C., Anderson, B., & Stein, M. (2012). Motivational and mindfulness intervention for young adult female marijuana users. *Journal of substance abuse treatment*, 42(1), 56-64. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.08.001>
- DeMarce, J., Stephens, R., & Roffman, R. (2005). Psychological distress and marijuana use before and. *Addictive Behaviors*, 30(5), 1055-1059. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.09.009>. PMID: 15893104.
- Denis, C., Lavie, E., Fatséas, M., & Auriacombe, M. (2006). Psychotherapeutic interventions for cannabis abuse and/or dependence in outpatient settings. *The Cochrane database*, 19(3), 1465-1858. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005336.pub2>
- Díaz, C. (2019). “Adicciones: Conceptualización y desarrollo de los modelos explicativos.”. *Facultad de Psicología y Logopedia Universidad de la Laguna*. <https://doi.org/https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/14658/Adicciones%20Conceptualizacion%20y%20desarrollo%20de%20los%20modelos%20explicativos..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Estrella, L. (2022). *Enfoques Sistémicos en la Terapia Familiar*. UAPA: <https://rai.uapa.edu.do/bitstream/handle/123456789/1629/MEMORIA%20PANEL%20ODEL%20POSTGRADO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2015). *Treatment of cannabis-related disorders in Europe*. Portugal: Insights series - EMCDDA.
- Fernandes, S., Ferigolo, M., Benchaya, M., Moreira, T. C., Pierozan, P., Mazoni, C., & Barros, H. (2010). Brief Motivational Intervention and telemedicine: A new perspective of

- treatment to marijuana users. *Addictive behaviors*, 35(8), 750-755.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.03.001>
- Flores, A. (2019). *El desarrollo del manejo emocional en adolescentes consumidores de drogas mediante la psicoterapia humanista*. OCAMPO:
<http://riaa.uaem.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12055/857/FOOACL01T.pdf>
- Folgar, M., & Horcajadas, F. (2022). New forms of drug use: An overview. *Adicciones*, 34(1), 3-12. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1787>
- García, F. (2013). *Terapia sistémica breve. Fundamentos y aplicaciones*. Santiago: Ril editores.
- Garibay, S. (2013). *Enfoque sistémico. Una introducción a la Psicoterapia Familiar* (Segunda ed.). México DF: Manual Moderno.
- Gates, P., Norberg, M., Copeland, J., & Digiusto, E. (2012). Randomized controlled trial of a novel cannabis use intervention delivered by telephone. *Addiction*, 107(12), 2149-2158.
<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.03953.x>
- Gates, P., Sabioni, P., Copeland, J., Le Foll, B., & Gowing, L. (2016). Psychosocial interventions for cannabis use disorder. *Cochrane Library*, 5, 1-88.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD005336.pub4>
- Gonzales, C., & López, A. (2017). *Revisión del tratamiento psicológico de la adicción al Cannabis*. Redalyc: <https://www.redalyc.org/pdf/839/83949782002.pdf>
- Grosso, E. (2020). *Modelos y estrategias de intervención en terapia sistémica individual*. Udelar: https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/29042/1/tfg_-_modelos_y_estrategias_de_intervencion_en_terapia_sistemica_individual-4%20%281%29.pdf
- Guerra, V., & Terán, P. (2019). Asociación entre disfunción familiar y características de la familia con el consumo de drogas, alcohol y tabaco en estudiantes de primer semestre de la pontificia universidad católica del Ecuador . *Repositorio Puce*.
https://doi.org/http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16871/TESIS%20Consumosustancias_ValeriaGuerra_%20VanessaTeran_%202019.pdf?sequence=1
- Guillermo, J. (2020). *Dimensiones de personalidad, ansiedad y craving en adolescentes con diagnóstico de trastorno de dependencia de sustancias*. Dspace:
<https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/10160/1/15790.pdf>
- Harris, S., Carrillo, M., & Fujioka, K. (2020). *Binge-Eating Disorder and Type 2 Diabetes: A Review*. [https://www.endocrinepractice.org/article/S1530-891X\(20\)48364-8/fulltext#relatedArticles](https://www.endocrinepractice.org/article/S1530-891X(20)48364-8/fulltext#relatedArticles)
- Herrera, G., Álzate, L., & Carrillo, D. (2022). *Modelos de Intervención Psicológica en Pacientes Adictos al Cannabis*. Corporación Universitaria Minuto de Dios:

http://uniminuto-dspace.scimago.es:8080/bitstream/10656/14436/1/UVDT.P_HerreraGeni-AlzateLaura-CarrilloDarli_2022.pdf

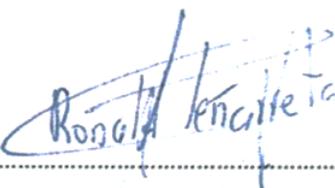
- Hervás, G., Cebolla, A., & Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y Salud*, 115-124.
- Hoch, E., Noack, R., Henker, J., Pixa, A., Höfler, M., Behrendt, S., . . . Wittchen, H. (2012). Efficacy of a targeted cognitive-behavioral treatment program for cannabis use disorders (CANDIS). *European neuropsychopharmacology*, 22(4), 267-280. <https://doi.org/doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.014>
- Kadden, R., Litt, M., Kabela-Cormier, E., & Petry, N. (2007). Abstinence rates following behavioral treatments for marijuana dependence. *Addictive Behaviors*, 32(6), 1220-1236. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.08.009>
- Le Bec, P. Y., Fatséas, M., Denis, C., Lavie, E., & Auriacombe, M. (2009). Cannabis and psychosis: search of a causal link through a critical and systematic review. *L'Encephale*, 35(4), 377-385. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.encep.2008.02.012>
- Lee, D., Budney, A., Brunette, M. H., Etter, J., & Stanger, C. (2014). Treatment models for targeting tobacco use during treatment for cannabis use disorder: case series. *Addictive behaviors*, 39(8), 1224-1230. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.04.010>
- Lema, N., & Saldaña, A. (2022). La familia del adicto en recuperacion: un abordaje. *Repositorio Utmach.* https://doi.org/http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/18780/1/T-27229_LEMA%20VIVANCO%20NELSON%20WELLINGTON%2004.pdf
- Lévesque, A., & Le, F. B. (2018). When and How to Treat Possible Cannabis Use Disorder. *The Medical clinics of North America*, 102(4), 667-681. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2018.02.009>
- López, G., Brindis, F., Niizawa, S. C., & Martínez, R. (2014). Cannabis sativa L., una planta singular. *Mexicana ciencias farmaceuticas*, 45(4).
- Lozano, B., Stephens, R., & Roffman, R. (2006). Abstinence and moderate use goals in the treatment of marijuana dependence. *Addiction*, 101(11), 1589-1597. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01609.x>
- Luc, J., & Rivera, S. (2016). Drogadicción y aislamiento social. Reflexiones sobre la atención a drogadicctos en Francia y Colombia. *Avances en psicología latinoamericana*, 315-338.
- Macatee, R., Albanese, B., Okey, S., Afshar, K., Carr, M., Rosenthal, M., . . . Coughle, J. (2021). Impact of a computerized intervention for high distress intolerance on cannabis use outcomes: A randomized controlled trial. *Journal of substance abuse treatment*, 121, 1-32. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108194>

- Marconi, A., Di Forti, M., M Lewis, C., Murray, R. M., & Vassos, E. (2016). Meta-analysis of the Association Between the Level of Cannabis Use and Risk of Psychosis. *Schizophrenia bulletin*, 42(5), 1262–1269. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/schbul/sbw003>
- McClure, E., Rabin, R., & Lee, D. (2019). Review of tobacco and cannabis co-use treatment. *Current Addiction Reports*, 7, 533-544. <https://doi.org/doi.org/10.1007/s40429-020-00334-8>
- Moreno, A. (2014). *Manual de Terapia Sistémica. Principios y Herramientas de Intervención*. Bilbao: Desclée de Brower S.A.
- Nacional Institute on Drug. (2022). *Preventing drug use among children and adolescents*. Maryland: NIH Publication.
- Olmos, A., Tirado-Muñoz, J., Farré, M., & Torrens, M. (2018). The efficacy of computerized interventions to reduce cannabis use: A systematic review and meta-analysis. *Addictive Behaviors*, 79, 52-60. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.11.045>
- Organización Mundial de la Salud. (03 de 12 de 2020). *Noticias ONU*. <https://news.un.org/es/story/2020/12/1485022>
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Efectos sociales y para la salud del consumo de cannabis sin fines médicos*. Washington, D.C. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34944>
- Oriol, A. (2019). Un enfoque de salud pública en materia drogas. *RIOD*, 11. <https://doi.org/https://riod.org/wp-content/uploads/2019/06/UN-ENFOQUE-DE-SALUD-P%C3%9ABLICA-EN-MATERIA-DROGAS.pdf>
- Pacheco, F. M., Agudelo, P., Escobar, S., & Ciro, Y. (2021). *Relación entre la noción de cambio 1 y cambio 2 en la Terapia Familiar Sistémica, según Watzlawick, Weakland y Fisch*. *Revistasum*: <https://doi.org/10.30554/tempuspsi.4.2.3397.2021>
- Patiño, T. (2022). *Estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico de adolescentes con consumo de sustancias*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador: <https://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/3788/1/78222.pdf>
- Pérez, T. C., & Mesa, A. P. (2020). *Las adicciones de ayer y hoy. Hacia un enfoque humanista en el tratamiento de las adicciones*. Dykinson.
- Ribero, S., & Agudelo, L. (2016). La aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en dos casos de evitación experiencial. *Avances en psicología Latinoamericana*, 6.
- Riveros, E. (2014). La psicología humanista: sus orígenes y su significado en el mundo de la psicoterapia a medio siglo de existencia. *Ajayu*, 135- 186.

- Rodríguez, T., & Lidia, S. (2018). Marijuana: risks of its legalization. *Ciencias Médicas*, 22(4), 837-854.
https://www.researchgate.net/publication/331011991_Marijuana_risks_of_its_legalization
- Rooke, S., Copeland, J., Norberg, M., Hine, D., & McCambridge. (2013). Effectiveness of a self-guided web-based cannabis treatment program: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 15(2), 1-23. <https://doi.org/10.2196/jmir.2256>
- Ruano, M. (2017). *La autorrealización del ser humano clave para prevenir el consumo de Sustancias Psicoactivas mediante la relación de ayuda, en seis adolescentes entre los 15 y 18 años de edad del barrio el Recreo, en el Municipio de Túquerres, Nariño.* .
 Repository UNAD:
<https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/13730/1085256758.pdf;jsessionid=3130E2FDF743FEACF725373B2ED18E8C.jvm1?sequence=1>
- Ruiz, Á., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao: Desclée De Brouwer, S.A.
- Serebrisky, D. (2015). *Trastornos por sustancias en poblaciones especiales*. Buenos Aires: Sciens.
- Sheff, D. (2013). *Clean: Overcoming addiction and ending America's greatest tragedy*. Houghton Mifflin Harcourt. American Psychological Association:
<https://psycnet.apa.org/record/2013-17645-000>
- Sherman, B., & McRae-Clark, A. (2016). Treatment of Cannabis Use Disorder: Current Science and Future Outlook. *Pharmacotherapy*, 36(5), 511-535.
<https://doi.org/10.1002/phar.1747>
- Skumlien, M., Langley, C., Lawn, W., Voon, V., Curran, V., Roiser, J., & Sahakiana, B. (2021). The acute and non-acute effects of cannabis on reward processing: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 130, 1-54.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.09.008>
- Su, M., Seely, K., Moran, J., & Hoffman, R. (2015). Metabolism of classical cannabinoids and the synthetic cannabinoid JWH-018. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 97(6), 4-562. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/cpt.114>
- United Nation Office on Drugs and Crime (UNODC). (2022). *Drugs Market Trends Cannabis Opioids*. Vienna: Naciones Unidas.
https://www.unodc.org/res/wdr2021/field/WDR21_Booklet_3.pdf
- Walther, L., Gantner, A., Heinz, A., & Majić, T. (2016). Evidence-based Treatment Options in Cannabis Dependency. *Deutsches Ärzteblatt International*, 113(39), 653-659.
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0653>

Ronald Ismael Peñarreta Matute portador de la cédula de ciudadanía N° **0105802813** y **Irma Jackeline Roldán Vásquez** portadora de la cédula de ciudadanía N° **0104636519**. En calidad de autoras y titulares de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **“Abordajes psicoterapéuticos en adultos con consumo problemático de cannabis”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconocemos a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizamos además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, **05 de marzo de 2024**

F: 

Ronald Ismael Peñarreta Matute
C.I. 0105802813

F: 

Irma Jackeline Roldán Vásquez
C.I. 0104636519