



**UNIVERSIDAD LATINA S.C.
CAMPUS CUERNVACA**

**INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CON CLAVE DE INCORPORACIÓN No. 8344-25**

**La terapia cognitivo conductual para el tratamiento del trastorno por abuso de
cannabis: una revisión sistemática**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA

ELIZABETH HURTADO OCAMPO

ASESOR DE TESIS

DR. JONATAN FERRER ARAGÓN

COMITÉ REVISOR

MTRA. MARTHA LAURA RAMÍREZ JAIME

DRA. OLGA MARÍA SALINAS AVILA

CUERNAVACA, MORELOS

JUNIO 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

I. DEDICATORIA	6
II. AGRADECIMIENTO	7
III. FRASE CÉLEBRE	8
IV. RESUMEN	9
INTRODUCCIÓN.....	10
CAPITULO I. CONTEXTUALIZACION DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
1.1 Antecedentes	11
1.2 Planteamiento del problema.....	14
1.3 Preguntas particulares de la investigación	16
1.4 Objetivos	16
1.4.1 Objetivo general	16
1.4.2 Objetivos específicos	16
1.5 Justificación.....	17
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	19
2.1 Consumo, abuso, dependencia y adicción	19
2.2 Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.....	23
2.2.1 Trastornos inducidos por sustancias.....	23
2.2.2 Trastorno por consumo de sustancias	24
2.3 Trastorno por consumo de cannabis	26
2.4 Tratamientos por consumo de cannabis	29
2.5 Terapias cognitivo-conductuales	35
CAPÍTULO III. MÉTODO	42
3.1 Diseño de la investigación.....	42

3.2 Muestra	42
3.2.1 Criterios de inclusión:.....	42
3.2.2 Criterios de exclusión:.....	42
3.3 Técnicas e instrumentos	43
3.4 Procedimiento	43
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	46
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	52
5.1 Conclusiones.....	55
REFERENCIAS	57

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Enfoques en psicoterapia 32

Tabla 2. Revisión de los artículos sobre la CBT en personas con abuso de cannabis.. 47

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama PRISMA	45
---------------------------------	----

I. DEDICATORIA

El presente trabajo se dedica con mucho cariño a mi madre, hermanos, amigos, compañeros que estuvieron siempre acompañando y guiando con mucha fuerza mi camino.

A mis maestros les dedico este grandioso trabajo agradeciéndoles por ser unos excelentes mentores apasionados por la educación y por su sostén incondicional a lo largo de la carrera en donde siempre nos daban su hombro para apoyarnos en esas crisis existenciales caóticas a lo largo de la carrera clarificándonos y motivándonos siempre con sus palabras.

A mi tutor **Dr. Jonatan Ferrer Aragón** por su compañía, orientación y paciencia que tuvo para enseñarme a lo largo de la carrera y ayudarme a la realización de este grandioso proyecto, gracias de corazón y alma en serio.

II. AGRADECIMIENTO

A mis maestros que a lo largo de la carrera fungieron como un apoyo incondicional llenándonos de motivación, se agradece demasiado a los maestros que siempre van más allá de solo enseñar y profundizan en las situaciones de sus alumnos, construyendo una confianza tan fuerte que ilumina nuestros caminos en tiempo de tempestad.

A mi querida psicóloga Martha Patricia Cantú Ochoa agradezco tanto por haberme permitido brindar un espacio de reflexión, el cual me ayudó mucho a tomar decisiones con consciencia y responsabilidad. Clarificando mis pensamientos y por su puesto funcionando como un gran guía en mis crisis de universidad cuando y vida. Gracias por tu tiempo tan valioso dedicado a desenredar todos esos miedos.

A mi madre Elizabeth Pereyra Ocampo por nunca imponerme el seguir estudiando y así mismo poder, yo elegir esta hermosa carrera que me ha ayudado de manera personal.

A mis cinco bellos hermanos Jair Hurtado Ocampo, Rafael Hurtado Ocampo, Jessica Hurtado Ocampo, Carolina Hurtado Ocampo y Sofia Hurtado Ocampo. Gracias por siempre caminar junto a mí en este camino llamado vida y apoyarme todo el tiempo, dándome sus consejos al igual que sus criticas constructivas, los amo mucho apreciables compañeros de vida.

A mis compañeros y amigos Jennifer González Figueroa y Edgar Zambrano Gamaliel por siempre mostrarme una amistad sincera al igual que apoyarnos mutuamente en esta carrera y estar en la misma sintonía.

A mis queridos padrinos Luz Elvira García Vega y Sergio Sánchez Vázquez que fueron parte de este logro tan significativo, agradecida estoy por su valiosa confianza y siempre apoyarme para ser una mejor persona. Gracias de alma y corazón por haber sido parte mi camino profesional, llenándolo todo el tiempo de posibilidades.

III. FRASE CÉLEBRE

**EL CANNABIS ANTES DE QUE TE PIERDA A TI,
PERDERAS A TODO LO QUE AMAS.**

(AUTOR ANÓNIMO)

IV. RESUMEN

La presente investigación revisión sistemática (RV), surge de la necesidad de estudiar los tratamientos más efectivos para tratar el trastorno por consumo de cannabis (CUD) en adolescentes y adultos jóvenes, con el propósito de identificar si la CBT es eficaz en el tratamiento del trastorno por consumo de cannabis. El método que se utilizó fue una RV la cual consiste en buscar artículos con las diferentes combinaciones de palabras con la pregunta pico en dos motores búsqueda: Redalyc y Pubmed. El número de artículos identificados en las dos bases de datos con filtros aplicados fueron un total de 6,363. Se eliminaron 241 tras citas duplicadas y se excluyeron 6,064 por título y resumen, quedando 48 artículos que fueron evaluados de texto completo para su elegibilidad. Se seleccionaron 24 artículos para el análisis de datos. Los resultados de este estudio fue que la CBT si es funcional para el tratamiento en adictos a cannabis, sin embargo, también se encontró que la CBT es efectiva cuando se aplica en conjunto con otras sub-terapias derivadas de las CBT, otros tratamientos o terapias.

Palabras clave: cannabis, terapia cognitivo conductual, revisión sistemática

INTRODUCCIÓN

El trabajo empieza con una breve descripción de los antecedentes en la que se describen algunas revisiones sistemáticas que han utilizado la Terapia cognitivo conductual (CBT) como tratamiento en personas con trastorno por abuso de sustancias. Por lo consiguiente se explica el planteamiento del problema destacando los factores que desarrollan un trastorno por consumo de cannabis en adolescentes y adultos jóvenes. De la misma forma, se delimita el objetivo general de la investigación en el cual es determinar si la terapia cognitivo conductual es eficaz en el tratamiento del trastorno por consumo de cannabis. Posteriormente, en la última parte del mismo capítulo se encuentra la justificación, alcances y limitaciones de la investigación.

En el segundo capítulo se desarrolla el marco teórico, el cual está compuesto por cinco temas. En el primero se definen los conceptos de consumo, abuso, dependencia y adicción. En el segundo tema se abordan las características de los trastornos inducidos por sustancias y de los trastornos por consumo de sustancias. Posteriormente, en el tercer se trata sobre los trastornos por consumo de cannabis; en el cuarto tema se describen los distintos tratamientos por consumo de cannabis, y por último, en el quinto tema se mencionan y describen las terapias cognitivo conductuales.

En el tercer capítulo se detalla la metodología utilizada en el cual se puede encontrar la descripción del tipo de investigación, así como de la muestra y del proceso de investigación posteriormente, se presenta en el análisis de los datos obtenidos en los diferentes estudios seleccionados. Por último, se describe la discusión de dicha RS, así mismo a la conclusión que se llegó en general fue que la CBT tiene el mismo efecto sola o combinada con alguna otra de sus sub-terapias o con otros tipos de tratamientos para personas adictas a cannabis.

CAPITULO I. CONTEXTUALIZACION DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Antecedentes

En este apartado se exponen algunas revisiones sistemáticas, en las cuales se ha investigado sobre los diversos tratamientos para el trastorno por consumo de cannabis incluyendo la terapia cognitivo-conductual (CBT) y sus variables, mencionando de manera general los resultados y conclusiones que se obtuvieron en los estudios.

González Lomba y López Durán (2017) realizaron una revisión sistemática con 24 artículos, con el objetivo de evaluar la eficacia de los tratamientos psicológicos para el trastorno por uso de cannabis o marihuana (CUD, por sus siglas en inglés). Para ello, realizaron una búsqueda en las bases de datos PsycINFO y PubMed utilizando como palabras clave “psychological treatment” and “cannabis” y limitando el intervalo temporal al periodo 2005-2015. Se revisaron los artículos recolectados en idioma castellano e inglés, en una población de adultos y adolescentes. En cuanto a los estudios de población adulta apuntan la eficacia de una intervención basada en la entrevista motivacional (MI), CBT y el entrenamiento en solución de problemas. Esta intervención es efectiva en términos de abstinencia, reducción del consumo de cannabis y de los problemas mentales y sociales asociados. La CBT obtiene mayores tasas de abstinencia durante y tras el tratamiento. Se destaca además que las intervenciones telefónicas permiten ampliar el rango de población que puede acceder a tratamiento y facilitan a los sujetos la participación en estos programas. Por otra parte, los resultados arrojan que la combinación del manejo de contingencias con la MI y/o la CBT parecen ser las mejores herramientas para abordar el problema. De la misma forma, la terapia familiar multidimensional parece ser apropiada para el diseño de programas de tratamiento para adolescentes.

Fallas-Olivares (2018) realizó una revisión sistemática sobre tratamientos psicológicos efectivos para reducir el consumo de drogas en adolescentes entre 12 y 17 años y que hayan sido infractores de la ley. Se utilizaron distintas bases de datos científicas: Annual Reviews, Pubmed, Sage Premier, Science Direct, Scielo, Springer,

Cochrane. La búsqueda se realizó en idioma español, inglés y las palabras claves utilizadas en español fueron; drogas, adolescentes, medidas judiciales, menores infractores, menores ofensores, tratamiento, intervención, metaanálisis. La búsqueda se realizó entre los meses de mayo y julio del año 2018, buscando artículos del periodo de tiempo 2007 y 2017, incluyendo estudios controlados y aleatorizados con tratamientos enfocados a la reducción del consumo de drogas en adolescentes entre 12 y 18 años, que sean infractores de la ley. En la primera etapa de búsqueda se obtuvieron 2,114 artículos. Luego de aplicar los criterios de inclusión se extrajeron un total de 101 artículos de los cuales 14 eran repetidos. Finalmente, los artículos seleccionados para la revisión sistemática fueron 8. Se demostró que los mayores resultados obtenidos en la reducción del consumo de drogas fueron las intervenciones de terapia familiar multidimensional, terapia multisistémica y la terapia breve, estrategia familiar, con las cuales se obtienen mayores resultados a largo y corto plazo. Este tipo de abordaje integral ofrece estrategias adaptativas y funcionales, desculpabiliza al sujeto y la familia, reestructura jerarquías, reparte responsabilidades de acuerdo con su posición y rol en la familia y fomenta vínculos e interacciones más sanas, ayudando a erradicar el consumo de sustancias.

Steele Dale et al. (2020) realizaron una revisión sistemática sobre las intervenciones para los trastornos por abuso de sustancias en adolescentes y adultos jóvenes. El objetivo de esta revisión sistemática es sintetizar la literatura sobre intervenciones conductuales, farmacológicas y combinadas para adolescentes de 12 a 20 años por uso problemático de sustancias y trastorno por consumo de sustancias. Se incluyeron intervenciones diseñadas para lograr la abstinencia. Las búsquedas se realizaron en MEDLINE, Cochrane, Embase, CINAHL, and PsycINFO. Los estudios se clasificaron en 7 intervenciones: entrevista motivacional, terapia centrada en familia, CBT, psicoeducación, manejo de contingencias, terapia de grupo de pares y manejo intensivo de casos. Se hicieron metaanálisis de estudios comparativos y se evaluó de qué manera influía la combinación de cada tratamiento en los consumidores de sustancias. Se exploró de qué manera influía la combinación de cada tratamiento en los consumidores de sustancias. La búsqueda bibliográfica arrojó 33,272 citas de las cuales se revisaron 118 estudios. Se incorporaron estudios que incluyeran pacientes con trastorno por consumo

de sustancias (todas las sustancias excepto tabaco), admitiendo a los sujetos de consumo mensual y con distintas intervenciones farmacológicas. En conclusión, los autores muestran que la CBT, entrevista motivacional y las intervenciones familiares redujeron el consumo de alcohol y de otras drogas ilícitas, pero la terapia breve no disminuyó el consumo de cannabis. En múltiples intervenciones intensivas, la terapia centrada en la familia fue más eficaz reduciendo los días de consumo de alcohol en comparación con el tratamiento habitual, y ninguna intervención intensiva redujo los días de consumo de cannabis. Sin embargo, la combinación de CBT+MI y por otro lado CBT+MI y manejo de contingencias (ContM) se asociaron con un aumento para la eficacia del consumo de cannabis. Tanto la MI como la CBT redujeron el consumo de alcohol y otras drogas.

Dalton Kathryn et al. (2021) realizaron una revisión sistemática de intervenciones que conducen a la mayor retención en el tratamiento para jóvenes de 18 a 25 años con trastorno por abuso de sustancias. Se realizó una búsqueda en Medline, PsycInfo, CINAHL con palabras claves “adulto emergente”, “adulto joven”, “dependencia del uso de sustancias” y “tratamiento”. La búsqueda arrojó 5,821 artículos y después de haberlos evaluado para su elegibilidad se seleccionaron solo 9 estudios. En dichos artículos se incluían intervenciones farmacológicas, conductuales y psicológicas con diagnóstico por CUD. Solo se incluyeron artículos con idioma inglés, sin restricciones en la fecha de publicación, se consideró cualquier duración en el estudio, así como varios programas de dosificación y lugares de estudio. Se consideró cualquier forma de diseño de estudio, excepto los estudios de casos y controles, informes de caso y protocolos de estudio. Se excluyeron los estudios que evaluaron el consumo excesivo de alcohol sin diagnóstico de CUD. No se admitieron estudios con adicción a la nicotina como sustancia única y adicciones conductuales. Los estudios se encontraron. Los principales hallazgos indican; las intervenciones que mostraron mayor promesa para la retención del tratamiento fue la terapia conductual grupal y gestión de contingencias en sujetos consumidores alcohol o cannabis. Para el trastorno por consumo de opiáceos, la CBT seguida de la terapia psicosocial y asesoramiento fueron las más prometedoras.

Por otro lado, Davis Michelle et al. (2015) evaluaron las terapias conductuales que producen mejores resultados en el tratamiento de los CUD. Se realizó una búsqueda bibliográfica mediante Scopus, Medline, PsychINFO, PubMed y Dissertation Abstracts. Se identificaron inicialmente 763 artículos. Los criterios de inclusión fueron: a) contar con al menos una intervención conductual (p.ej., ContM (manejo de contingencias), MI o prevención de recaídas) o una combinación de estas intervenciones conductuales con CBT; b) asignación aleatoria; c) activo (tratamiento habitual, placebo psicológico u otras comparaciones de control desarrolladas por el autor sin componentes conductuales) o inactivo (lista de espera, grupo de control); d) una muestra con tratamiento. Se recogieron las siguientes variables: muestra (usuarios o dependientes), dosis del tratamiento farmacológico, número de sesiones, tamaño de la muestra, formato del tratamiento (intervenciones presenciales, informatizada o telefónica). Las variables dependientes se basaron en la frecuencia de consumo (medido en la cantidad de días bajo consumo de cannabis en el último mes y por medio de orinas), la gravedad del consumo (mediante una escala de problemas de consumo de marihuana) y el funcionamiento psicosocial. el grupo control, se encontró que los pacientes que recibieron las diferentes técnicas de la CBT (incluida la contingencia de control, prevención de recaídas y entrevistas motivacionales, y las combinaciones de estas estrategias con CBT) les fue mejor en un 66% respecto a las condiciones control (incluidas el grupo en lista de espera, el grupo placebo y el grupo con tratamiento habitual) en todos los dominios de resultados incluida la frecuencia y la gravedad del uso y el funcionamiento psicosocial. Asimismo, las tasas de abstinencia del grupo con CBT fueron relevantemente más bajas respecto a algunas condiciones control (grupo placebo y con tratamiento habitual), aunque no superaron las condiciones del grupo control activo, lo que indica la necesidad de desarrollar y evaluar estrategias de intervención aumentativas relevantes para esta población.

1.2 Planteamiento del problema

El consumo de cannabis es un tema social que ha ido aumentando a lo largo de los años en adolescentes y adultos, afectándolos en varias dimensiones de su vida como biológicas, sociales y psicológicas. Lo anterior ha llevado a varios investigadores a desarrollar distintos tipos y técnicas terapéuticas para disminuir los CUD dentro de la

sociedad. Resulta importante que los profesionales e instituciones se puedan coordinar con otros profesionales para el desarrollo de programas cuyo objetivo sea aprender nuevas tareas vocacionales y formativas con la finalidad de implementar habilidades sociales, manejo de emociones, resolución alternativa de conflictos, proyectos para la vida, adquirir conocimiento sobre temas de sexualidad etc. Por lo tanto, el trastorno por consumo de sustancias sigue siendo un tema de investigación muy amplio con un proceso meticuloso en el cual influyen muchos factores tanto contextuales sociales, emocionales etc. y las distintas formas que existen relacionado a intervenciones o aplicación de tratamientos.

A partir de las revisiones sistemáticas y metaanálisis descritas en el apartado anterior, no es posible llegar a una conclusión exacta para sustentar que la CBT y sus variantes tienen mayor impacto con relación a otras terapias o intervenciones psicológicas debido a la escasa cantidad de investigaciones realizadas en el área. Es importante tomar en cuenta variables que a la hora de realizar investigaciones algunas podrían modificar los resultados de los estudios, ya que algunos artículos mencionan que varias de las intervenciones aplicadas fueron en el consultorio y otras en el hogar. Asimismo, varias de las intervenciones de CBT se aplicaron de manera virtual o mediante intervenciones telefónicas, lo que permite y facilita el acceso a más participantes, siendo estas intervenciones más económicas, pero no se reporta si la terapia es eficaz a la hora de ser aplicada en línea. Otro aspecto importante que se destaca es que algunas investigaciones no incorporan variables como en nivel académico o el nivel socioeconómico, así como el género, étnicas y características familiares dentro de las intervenciones ya que dichas variables son aspectos importantes para el desarrollo cognitivo, formación personal y social, crecimiento, preparación para la vida adulta, ayudando a fortalecer el autoestima, autoconcepto y objetivos de vida en el paciente con trastorno por consumo.

Los diferentes tratamientos analizados en los metaanálisis y revisiones sistemáticas combinaron diferentes tipos de intervenciones, lo que dificultó las comparaciones de intervenciones específicas lo que impidió sacar conclusiones sobre

los efectos diferenciales de cada intervención. Por lo cual es necesario el aumento de investigaciones para identificar las combinaciones más efectivas de tratamientos conductuales para tratar los trastornos por consumo de cannabis. Por otro lado, no se pudieron realizar un metaanálisis debido a la cantidad de diferentes intervenciones de estudios. De la misma forma en algunos estudios no se explica claramente los criterios de inclusión y exclusión, al igual que el periodo de recolección de los estudios para el metaanálisis o revisión sistemática. Se necesitan más investigaciones para identificar si otras intervenciones conductuales intensivas resultan ser igualmente efectivas que la CBT para el trastorno por consumo de sustancias.

Por lo tanto, la pregunta general de investigación de la presente revisión sistemática es: ¿Cuál es la eficacia de la terapia cognitivo conductual para tratar el trastorno por consumo de cannabis?

1.3 Preguntas particulares de la investigación

- ¿El tratamiento con CBT disminuye el consumo de cannabis?
- ¿Existen diferencias en los resultados del tratamiento con la CBT sola o combinada con alguna otra subterapia?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Determinar si la terapia cognitivo conductual es eficaz en el tratamiento del trastorno por consumo de cannabis.

1.4.2 Objetivos específicos

Analizar si el tratamiento con la terapia cognitivo conductual (CBT) disminuye el consumo de cannabis

Comparar si existen diferencias en los resultados del tratamiento con la CBT sola o combinada con alguna otra subterapia

1.5 Justificación

Se pretende investigar a través de una revisión sistemática (RS) realizada mediante motores de búsqueda como Pubmed y Redalyc, qué tan eficaz es la terapia cognitivo conductual (CBT) y sus variantes para tratar el trastorno por consumo de cannabis (CUD) en una población adolescente y adultos jóvenes. Ya que en la actualidad el tema de adicciones ha ido en aumento en los últimos años presentándose como un problema descontrolado a nivel social. Resulta de especial interés saber si la CBT y sus modelos terapéuticos son tratamientos fructíferos para tratar los CUD y a partir de ahí optar medidas que permitan diseñar nuevos tratamientos y técnicas terapéuticas para aplicar en los sujetos consumidores de sustancias, consolidando estrategias terapéuticas más concretas para así determinar qué variantes de la CBT son más eficaces en la combinación de estas.

La investigación busca proporcionar información que sea útil a toda la comunidad de ciencias de la salud para mejorar el conocimiento sobre el alcance problemático de adicciones a nivel social. Debido a que aún no hay estudios suficientes de alcance nacional sobre cuáles son las mejores estrategias terapéuticas para tratar adicciones y los pocos estudios que existen suelen ser muy repetitivos, se recolectan varios artículos a través de una RS analizando los resultados obtenidos en cada investigación, en los cuales aplican técnicas de la CBT y sub modelos terapéuticos de la misma para generar tratamientos en una población de adolescentes y adultos jóvenes consumidores de cannabis y/o otras sustancias.

El trabajo tiene la utilidad metodológica de sintetizar a los científicos, la información de estudios realizados sobre los resultados de la CBT aplicada a CUD, ya que esto ayuda a resumir los resultados obtenidos de los estudios ya realizados. Con ello se tendrá un panorama más amplio de que técnicas de la CBT y combinaciones de sus modelos terapéuticos se han aplicado y a que resultados han llegado los diferentes estudios. Por último, esta RS contribuye a ampliar el panorama en la recolección de artículos que hayan investigado sobre adicciones utilizando la CBT, sintetizando los resultados y conclusiones de varios estudios. Para así poder desarrollar preguntas de investigación más concretas

con base a los resultados de los diferentes estudios realizados y no volver a investigar lo mismo, dando pie a desarrollar nuevos estudios innovadores sobre CUD.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

En el presente capítulo se realizará una conceptualización de los términos relacionados con el trastorno por consumo de sustancias, tales como abuso, dependencia y adicción. Asimismo, se hará una revisión sobre los diversos tratamientos psicológicos para la adicción al cannabis con el propósito de identificar aquellos tratamientos que son más eficaces ante esta problemática.

2.1 Consumo, abuso, dependencia y adicción

En este apartado se describirá sobre los siguientes conceptos utilizados a lo largo de la investigación, para comprender a detalle el significado de consumo, abuso, dependencia y adicción. Según la Real Académica Española (RAE,2021) define consumo como la acción y efecto de consumir (comestibles u otros bienes). Desde el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5; APA, 2014) se menciona que cualquier droga consumida en exceso provoca una activación directa del sistema de recompensa del cerebro, que participa en el refuerzo de los comportamientos y la producción de recuerdos.

Respecto al término abuso, la Organización Mundial de la Salud (OMS,1994) define el “abuso de sustancias psicoactivas” como un modelo desadaptativo de uso de una sustancia psicoactiva caracterizado por un consumo continuado, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente, provocado por el consumo recurrente en situaciones en las que es físicamente peligroso.

En un artículo publicado en 2016 por Elisardo, se menciona que el abuso de sustancias es considerado como una enfermedad del cerebro. Las drogas en el cerebro modifican su estructura y funcionamiento y estos cambios pueden durar largo tiempo dependiendo la frecuencia con la que consuma el sujeto la droga, conduciéndolo a comportamientos peligrosos que presentan las personas que abusan de sustancias. Por lo tanto, la decisión en primer momento de consumir drogas suele manifestarse ocasionalmente de manera voluntaria, sin embargo, este comportamiento a priori suele

convertirse en abuso rápidamente. Cuando las personas pierden la capacidad para ejercer el autocontrol sobre su consumo, volviéndose sumamente deficiente afectando sus áreas biopsicosociales.

Por otra parte, la dependencia, según la RAE (2021), se describe como la situación de una persona que no puede valerse por sí misma, refiriéndose a que el ser humano que muestra la necesidad de una conducta vital para vivir, sosteniendo su vida y bienestar a partir de sustancias, personas, cosas, comportamientos etc. Por lo tanto, en el trastorno por consumo de sustancias se presenta un acto de dependencia excesiva de ingerir alguna sustancia para sentirse bien porque no puede valerse por sí misma.

Asimismo, la OMS (1994) define la dependencia como el estado de necesitar o depender de algo o de alguien, ya sea como apoyo, para funcionar o para sobrevivir, de modo que aplicado el término “dependencia de drogas” implica que el sujeto presenta una necesidad de consumir dosis repetidas de la sustancia para encontrarse bien o para no sentirse mal. Cuando un sujeto se considera dependiente a una sustancia presenta una serie de síntomas cognitivos, que indican un deseo irresistible de ingerir la droga perdiendo el control sobre el consumo de la sustancia psico activa y que sigue consumiéndola a pesar de las consecuencias negativas, desarrollando paulatinamente un síndrome de dependencia, de ese modo, el ingerir sustancias en exceso y por un periodo prolongado, puede el sujeto desarrollar un trastorno.

Por último, es necesario definir el término adicción. En la época de Roma Imperial, a los esclavos se les llamaba adictos, ya que eran personas que estaban en deuda y no podían pagar, se les quitaba todo lo que tenían quedando sin identidad y la palabra dición significa: modo de hablar, por lo cual la palabra adicción significa la negación de esto, o sea, lo no hablado (Ruiz, 2003).

Elisardo (2016) menciona que la adicción a sustancias es una enfermedad crónica del cerebro acompañado de recaídas que incita al sujeto a la búsqueda para el uso compulsivo de drogas, a pesar de las consecuencias nocivas que ha experimentado.

Por lo tanto, se puede concluir que un adicto es una persona que niega lo que siente, callándolo con el acto de drogarse alterando la consciencia. Sin embargo, las adicciones están compuestas por diversos factores como; sociales, psicológicos y biológicos. Al no tener el ser humano pertenencia en algún grupo social o familiar, va perdiendo el sentido de su vida, afectándolo social y psicológicamente y alterando las emociones que lo conducen a un plano de dependencia, modificando su química neuronal, al punto de afectar su sistema bilógico y deteriorando poco a poco sus relaciones sociales.

En los últimos años la palabra adicción a sido enjuiciada por un gran número de especialistas sobre el tema. Según el DSM-V, dentro del acampo de las adicciones se han remitido a ya no utilizar el término adicción, para referirse a una persona que es consumidora en exceso de alguna droga, ya que la palabra droga definida por la OMS (1994) es toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones”. Esta definición deja una lista abierta sobre múltiples sustancias que pueden considerarse droga como: el simple hecho de comer o ingerir alguna medicina para el bienestar del organismo. Por lo consiguiente esta definición lleva a cuestionar que al ingerirse la droga al cuerpo puedes alterar una o varias funciones de manera negativa o positiva para el organismo vivo.

Por lo tanto, mientras la palabra droga y adicción no sea definida claramente, la sociedad seguirá refiriéndose de manera peyorativa “adictos” a los sujetos que consumen alguna droga, ya que sabemos que droga hace referencia a cualquier sustancia. Según la OMS, la adicción es una enfermedad que se presenta de forma física, psicológica modificando las emociones, conduciendo a crear una dependencia o necesidad a cierta sustancia, actividad o relación y se caracteriza por un conjunto de síntomas y signos. De igual manera la definición adicción hace referencia a comportamientos que de los cuales depende el sujeto y lo enferman física y psicoemocional, por lo tanto, la definición de la OMS no especifica que la adicción es concebida por una droga, describiendo al término adicción como el acto enfermizo de relacionarse hacia una sustancia o actividad.

Llegando a la conclusión de que la palabra adicción se ha sustituido de la literatura por consumo de sustancias.

Cabe mencionar que la palabra adicción dentro del DSM-5, ya no se utiliza, porque se percibe en muchos países como un término peyorativo que encasilla a las personas como una enfermedad sumamente grave y extraña. Con base al DSM-5, algunos clínicos prefieren utilizar la palabra adicción para describir las presentaciones más extremas, por lo que la palabra adicción se ha eliminado de la terminología oficial del diagnóstico de consumo de sustancias del DSM-5 a causa de su definición tan controversial y su posible connotación negativa, que llega al punto de clasificar a las personas de manera muy incierta y subjetiva. De este modo, el DSM-5 cambia la palabra adicción por trastorno por consumo de sustancias para describir el amplio abanico de un trastorno que incluye muchísimas sustancias y comportamientos compulsivos, obsesivos. Lo cual, estas modificaciones sobre la palabra adicción, lleva a la conclusión de normalizar la adicción o consumo como una enfermedad común y tratable a nivel social, así como; una gripa, presión arterial alta, problemas del corazón, cáncer, dolor de estómago etc. Para que un sujeto se considere dependiente o con trastorno por consumo de sustancia, debe presentar síntomas de tolerancia, síndrome de abstinencia y síndrome de dependencia, los cuales se definen a continuación.

Síndrome de abstinencia: Es un conjunto de síntomas con grado de intensidad variable que aparecen al suspender o reducir la ingesta de una sustancia psicoactiva que se ha consumido de forma repetida, habitualmente durante un período prolongado o/y en dosis altas. El síndrome puede acompañarse de signos de trastorno fisiológicos y psicológicos (Organización Mundial de la Salud 1994).

Tolerancia: Es la disminución de la respuesta a una dosis concreta de una droga o un medicamento que se produce con el uso continuado. Cada vez el sujeto necesita dosis más altas para conseguir los efectos que se obtenían al principio con dosis más bajas. Los factores fisiológicos y psicosociales pueden contribuir al desarrollo de tolerancia, que puede ser física, psicológica o conductual. La tolerancia funcional se

define como una disminución de la sensibilidad del sistema nervioso central a la sustancia (OMS,1994).

Síndrome de dependencia: Es el conjunto de comportamientos, cognitivos y fisiológicos que desarrolla el sujeto tras el consumo repetido de una sustancia o medicamento. El síndrome de dependencia se presenta por un poderoso deseo de tomar la droga, perdiendo el control de su consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales. El sujeto, aunque no esté bajo el efecto de la sustancia sus pensamientos y energía están depositadas en la adquisición de la sustancia, aumentando los síntomas de tolerancia y abstinencia (OMS,1994).

2.2 Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos

Con base en el DSM-5, se explica que los trastornos relacionados con sustancias abarcan diez clases de drogas distintas: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos. En el DSM-5 se dividen los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos en dos grupos: los trastornos por **consumo** de sustancias y los trastornos **inducidos** por sustancias (APA, 2014). En el mismo capítulo del DSM-5, también se incluye el juego patológico en los trastornos relacionados con sustancias, porque está comprobado que los comportamientos del juego patológico activan sistemas de recompensa similares a los activados por las drogas, provocando algunos síntomas comportamentales similares a los trastornos relacionados con el consumo de sustancias. Sin embargo, en este capítulo no se hablará sobre el juego patológico. A continuación, en los siguientes apartados explicaremos a detalle la división de los dos grupos que hace el DSM-5: los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos inducidos por sustancias.

2.2.1 Trastornos inducidos por sustancias

En el DSM-5 (APA, 2014) se menciona que los trastornos inducidos por sustancias son aquellos en donde las personas desarrollan trastornos psiquiátricos producidos por la sustancia como: depresión, trastorno bipolar, psicosis, ansiedad o trastornos neuro cognitivos. Es decir, los trastornos inducidos por consumo de sustancias son aquellos

que se generan después del consumo de alguna droga como, por ejemplo: un paciente que presenta bipolaridad después de haber consumido cocaína o un sujeto es diagnosticado con esquizofrenia por el consumo de drogas alucinógenas.

Asimismo, los trastornos inducidos por sustancias pueden ir acompañados por síntomas como intoxicación, abstinencia y otros trastornos mentales que se aparecieron a partir de una sustancia o medicamento (trastornos psicóticos, trastorno bipolar, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados, trastornos del sueño, disfunciones sexuales, síndrome confusional y trastornos neurocognitivos).

Para generar un trastorno inducido por sustancias es necesario consumir en exceso la droga, medicamento o sustancia, provocando una activación directa en el sistema de recompensa del cerebro generando un trastorno. En el libro fisiología de la conducta habla; que cualquier droga adictiva provoca una activación intensa en el sistema nervioso central alterando el sistema límbico, el núcleo accumbens y algunos neurotransmisores como la dopamina. Todas las drogas interactúan con el sistema dopaminérgico mesolímbico (Carlson 2014). Al trastornar estas áreas neuronales el sujeto modifica de manera radical su conducta y la procreación de recuerdos. Lo cual esto conlleva a una percepción anormal de sus pensamientos, emociones y comportamientos modificando la realidad objetiva de su vida, desencadenando un trastorno.

2.2.2 Trastorno por consumo de sustancias

Según el DSM-5 (APA, 2014), el trastorno por consumo de sustancias hace referencia a aquella alteración que presenta el individuo a raíz del uso excesivo de alguna sustancia o droga. Un trastorno por consumo de sustancias está caracterizado, por la activación del sistema de recompensa estimulando de manera excedente los circuitos neuronales. Al consumir o introducir al cuerpo cualquier sustancia como: medicamentos, comida, líquidos, dulces etc. provoca una activación intensa en el sistema nervioso central alterando ciertas zonas del cerebro. Esta sustancia viaja directamente al sistema neuronal de recompensa en donde se involucra el sistema límbico, el núcleo accumbens

y algunos neurotransmisores como la dopamina (Carlson, 2014) conduciendo al sujeto a un estado de alteración sobre la realidad ignorando las sensaciones normales de su vida, ya que el efecto que generan ciertas drogas modifica radicalmente las conexiones sinápticas. Por lo tanto, los trastornos por consumo de sustancias presentan síntomas como tolerancia, intoxicación y abstinencia y se clasifican en leve, moderado y grave. La clasificación de la gravedad del trastorno dependerá, con cuantos criterios de inclusión cumpla la persona en base al DSM-5 o CIE-10.

En el CIE-10 se explica que para diagnosticar un trastorno por consumo de sustancias dependerá de si existe algún trastorno concomitante inducido por una sustancia o medicamento (ya sea por intoxicación o por abstinencia) (DSM-5). Es decir, no debe presentar algún trastorno como: esquizofrenia, psicosis, depresión, ansiedad etc. al mismo tiempo que el sujeto esté consumiendo alguna droga, sustancia o medicamento.

De acuerdo con el DSM-5 (APA, 2014), los síntomas que debe presentar un sujeto para considerar que tiene un trastorno por consumo de sustancias o inducido por consumo de sustancias son: Tolerancia, intoxicación aguda, consumo perjudicial, síndrome de dependencia, síndrome de abstinencia (con y sin delirio), trastorno psicótico y síndrome amnésico. Por consiguiente, definir el trastorno por consumo de sustancias ha sido un tema complejo, ya que al nombrar sustancias es un concepto que queda abierto a cualquier clase de compuestos sintéticos o naturales con distintas propiedades que alteran el sistema nervioso central, generando daños perjudiciales para la salud. No obstante, la persona puede generar dependencia a cualquier otro producto que no se encuentra enlistados por del DSM-5. Por lo tanto, el punto no es la sustancia consumida, sino la relación que el sujeto establezca con la ingesta de cierta droga o sustancia, que comienza a perjudicar la salud mental y física, poniendo en riesgo su vida para conseguir el producto llegando al grado de afectar sus diferentes relaciones intrapersonales.

En conclusión, el problema central del trastorno por consumo de sustancias no radica en qué sustancia esté ingiriendo la persona, sino, de qué manera patológica se está relacionado con la sustancia. Sin embargo, sigue siendo complejo para los clínicos

especificar o nombrar las sustancias en el diagnóstico, ya que el concepto sustancia abarca una infinidad de materias químicas o naturales. Siendo tan abierto el abanico de sustancias, en el DSM-5 se da la opción de diagnosticar como trastorno por consumo de sustancias no especificado, en otros términos, sustancia desconocida.

2.3 Trastorno por consumo de cannabis

En este apartado se abordará qué es el trastorno por consumo de cannabis. Primeramente, se dará una breve explicación sobre lo que es el cannabis. El cannabis: es un polvo obtenido de la resina que se extrae de las plantas hembra de una variedad de cáñamo que produce efectos hipnóticos. Es conocida también como marihuana, hierba, hachís o kif. La marihuana es una sustancia preparada con las hojas y las flores del *cannabis sativa*, que se fuma o algunas veces la planta es preparada en algunos alimentos comestibles. Sin embargo, son un grupo de drogas ilegales más consumidas por la población (Molina,2008).

Se describe al trastorno por consumo de cannabis como un conjunto de alteraciones cognitivas, psicológicas y neurológicas, que la persona presenta por la ingesta intensa, prolongada y persistente de cannabis como, por ejemplo: consumo diario o casi diario, durante un periodo de varios meses. Además, presenta una serie de comportamientos y pensamientos obsesivos – compulsivos para conseguir y consumir la droga, al mismo tiempo que el sujeto presenta síntomas de tolerancia, síndrome de abstinencia y síndrome de dependencia (Barriguete et al., 2013).

El trastorno por consumo de cannabis representa grandes problemáticas para el consumidor de sustancias. Se ha estudiado que el consumo de cannabis tiene efectos negativos para la salud, por ejemplo: los efectos agudos, como la ansiedad, reacciones de pánico o síntomas psicóticos; los efectos crónicos, como la dependencia o enfermedades respiratorias y los efectos en las funciones cognitivas (Bailén y Ramón, 2012). A nivel neuronal los consumidores de cannabis muestran importantes alteraciones funcionales en diversas áreas del cerebro como; daño en la corteza prefrontal, temporal

y en el cerebelo, por lo tanto, la comunicación de neuronas y química cerebral se encuentra alterada, manifestando patrones anormales de actividad en tareas cognitivas.

Se ha demostrado que a nivel cognitivo los consumidores de cannabis desarrollan alteraciones en la memoria, atención, velocidad de procesamiento, coordinación motora, aprendizaje y control ejecutivo, lo que incide a tener problemas intrapersonales y sociales (CONADIC, 2013). Por consiguiente, estas alteraciones a nivel cognitivo y neurológico, generadas por el consumo excesivo de marihuana, es muy probable que despliegue en el sujeto un trastorno por consumo de cannabis. De acuerdo con el DSM-5, para diagnosticar un trastorno por consumo de cannabis, deben manifestar al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consume cannabis con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de cannabis.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir cannabis, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir cannabis.
5. Consumo recurrente de cannabis que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de cannabis a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos de este.
7. El consumo de cannabis provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de cannabis en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de cannabis a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el mismo.

10. Tolerancia, definida por alguno de los signos siguientes:

- a. Una necesidad de cantidades cada vez mayores de cannabis para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
- b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de cannabis.

11. Abstinencia, manifestada por alguno de los signos siguientes:

- a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del cannabis

En resumen, el trastorno por consumo de cannabis se caracteriza por presentar síndrome de abstinencia, tolerancia, síndrome amotivacional y *craving*, transformando al sujeto en un enfermo. A continuación, se dará una breve definición de los síntomas que presentan las personas con esta enfermedad que es desarrollada por una sustancia.

Según el DSM-5, se define y considera síndrome de abstinencia de cannabis en una persona que presenta la aparición de 3 (o más) de los signos y síntomas siguientes:

1. Irritabilidad, rabia o agresividad.
2. Nerviosismo o ansiedad.
3. Dificultades para dormir (es decir, insomnio, pesadillas).
4. Pérdida de apetito o de peso.
5. Intranquilidad.
6. Estado de ánimo deprimido.
7. Por lo menos uno de los síntomas físicos siguientes que provoca una incomodidad significativa: dolor abdominal, espasmos y temblores, sudoración, fiebre, escalofríos o dolor de cabeza.

La tolerancia es la disminución del efecto de la droga o un medicamento que se produce con el uso continuado. Cada vez el sujeto necesita dosis más altas de la misma droga o de otras sustancias para conseguir los efectos que se obtenían al principio con dosis más bajas (OMS, 1994). En pocas palabras la persona hace resistente a su sistema nervioso necesitando cada vez más sustancia para conseguir el efecto que al principio experimentaba, la tolerancia es uno de los criterios del síndrome de dependencia.

El síndrome amotivacional es un conjunto de características que se asocian al consumo de sustancias entre ellas, apatía, pérdida de eficiencia, disminución de la capacidad para llevar a cabo planes complejos o a largo plazo, poca tolerancia a la frustración, trastorno de la concentración y dificultad para continuar la rutina diaria. Este síndrome puede aparecer en momentos de intoxicación muy elevados que le sujeto experimente (OMS,1994).

El *craving* es la intensificación del deseo por volver a consumir alguna sustancia o medicamento, generando sensaciones que se experimentaban consumir la droga. Cuando la persona se encuentra en un periodo de abstinencia suele aparecer pensamientos de apetito irresistible por ingerir la sustancia o medicamento, cabe recalcar que los periodos de abstinencia pueden durar días, semanas, meses y años. Vela et al. (2004) afirman que el *craving* forma parte de una adicción o consumo grave de alguna sustancia, que existe una intensificación del deseo por volver a experimentar las sensaciones que se generaban en el sistema nervioso al consumir.

El periodo de abstinencia que es la resistencia, al no consumir la sustancia, varía entre cada persona dependiendo de las herramientas cognitivas y emocionales con las que cuenten para afrontar el trastorno por consumo de cannabis, por lo que el *craving* es un componente esencial en la abstinencia.

2.4 Tratamientos por consumo de cannabis

El abuso de sustancias ilegales a lo largo del tiempo se ha ido convertido en distintos países un problema social.

Desde el año 2009, se ha presentado un incremento global del uso de cannabis principalmente en los países del centro y el oeste de África con un 12.4%. En Australia y nueva Zelanda con 10%, Norte América con 10.7% y el centro y el oeste de Europa con 7.6% (CONADIC, 2011).

Por lo consiguiente, cuando un alto número de personas comenzaron a ingerir de manera excesiva sustancias, entre ellas marihuana, este consumo extrema condujo a la

población a obtener consecuencias negativas a corto y largo plazo, convirtiéndose el abuso de sustancias en foco de atención para los especialistas de la salud AUTORIA.

Por lo tanto, en los Estados Unidos aumento el cultivo de cannabis en un 46% al igual que en Europa. De igual forma, en México y los Estados Unidos se decomisaron alrededor de 3,944 toneladas de marihuana en el 2011. Así mismo la marihuana se mantiene como la sustancia ilegal de mayor consumo, lo cual esto ya se considera un problema social (Barriguete et al., 2013).

En este apartado solo se mencionarán algunos de los diferentes tipos de tratamiento que se han desarrollado y utilizado para tratar a las personas que son dependientes al cannabis. Primeramente, se explicará la palabra tratamiento:

Según la Real Academia Española (RAE) (2022) es un Conjunto de medios que se emplean para curar o aliviar una enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia al tratamiento como “la medida en que la conducta de una persona al tomar medicamentos, seguir una dieta y/o realizar cambios en su estilo de vida, corresponde con las recomendaciones acordadas por un proveedor de atención médica” (Hernández et al. 2018, p. 7). Esto programas prescritos deben cumplir ciertos lineamientos con el objetivo de mejorar la salud de la sociedad.

Por otra parte, la American Psychological Association (APA) considera que la psicoterapia es un tratamiento de colaboración basado en la relación entre una persona y el psicólogo. Como su base fundamental es el diálogo, proporciona un ambiente de apoyo que le permite hablar abiertamente con alguien objetivo, neutral e imparcial. Usted y el psicólogo trabajarán juntos para identificar y cambiar los patrones de pensamiento y comportamiento que le impiden sentirse bien (APA, 2012).

Por lo tanto, la meta del tratamiento es la rehabilitación, Ruiz (2003) define rehabilitación dentro del campo de las adicciones como un proceso, que tiene el objetivo de que una persona con un trastorno por consumo de sustancias alcance un estado funcional de salud física y psicológica acompañado de bienestar social. Por lo consiguiente, el tratamiento es una serie de pasos ejecutados por especialistas sobre el tema, con la intención de guiar a las personas hacia la cura de una alteración o padecimiento. En los casos de las personas que padecen trastornos por consumo de cannabis, se han realizado tratamientos personalizados para curar la enfermedad de consumir compulsivamente.

En otros países de Latinoamérica, como Colombia, el consumo de sustancias alucinógenas aparece a comienzos del siglo XX, pero en la década de los 50 es cuando se identifica como un problema social. En el año 1974 surge la Ley 13 en Colombia que aprueba únicamente el uso de estupefacientes y también el Decreto 1188 de 1974 (antiguo régimen antidrogas), en el cual se estableció legalmente la prohibición del uso de sustancias alucinógenas, entre ellas la marihuana. Esto incitó a que científicos iniciaran a estudiar la problemática que se estaba presentando en la sociedad, sobre los trastornos por consumo de cannabis o de otras sustancias, desarrollando distintas técnicas para su tratamiento.

A continuación, se describen de manera general los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos más eficaces que se utilizan para el trastorno por consumo de cannabis.

Los tratamientos farmacológicos consisten en la utilización de diversos medicamentos con propiedades psicoactivas como la lofexidina, buprenorfina, naltrexona, metadona, entre otros. Estos fármacos deben acompañar a las intervenciones psicológicas para tratar los trastornos por consumo de sustancias, obteniendo resultados comprometedores. Morán y Teruel (2013) en una revisión sistemática, encuentran que los tratamientos farmacológicos son un 100% efectivos. Es decir, todos los estudios revisados presentaron resultados favorecedores. El objetivo de

recurrir a tratamientos farmacológicos es inhibir la acción de las sustancias que producen efectos fisiológicos o conductuales, los cuales experimenta el consumidor cuando se encuentra en síndrome de abstinencia, ayudando a contrarrestar los efectos de la droga.

Por otra parte, los tratamientos no farmacológicos hacen referencia a intervenciones sin medicamentos es decir solo psicoterapéuticas. No incluye fármacos recetados por un psiquiatra. Por lo tanto, existen distintos modelos para atender y tratar las adicciones, enfoque multidisciplinario, en el cual hay distintos profesionales de la salud involucrados desarrollando diferentes técnicas para el tratamiento. Becoña-Iglesias y Cortés (2010) refieren que:

Existen diversas formas de psicoterapia que se basan en diferentes marcos teóricos, a los que comúnmente se les denomina enfoques o modelos. Básicamente, se han reconocido cinco grandes grupos (ver Tabla 1), clasificados en función de su aparición en la historia de la psicoterapia como modernos (psicoanálisis y sus derivaciones psicodinámicas, el conductismo y cognitivismo y el humanista) y post-modernos (modelos construccionistas y constructivistas). (p.146-147)

Tabla 1. Enfoques en psicoterapia

Modernos	Post-Modernos
Psicodinámicos	Constructivista
Psicoanálisis (Freud)	Terapia cognitivo-procesal sistémica (Guidano)
Otros enfoques del psicoanálisis (Jung, Alder, Lacan, Kemberg)	Psicología de los constructos personales (Kelly)
	Mindfulness (Linehan, Teasdale)
Cognitivo-Conductual	Construccionista
Conductismo (Watson, Skinner)	Terapia sistémica-estructural (Minucchin)
Terapia de conducta (Kazdin, Wolpe)	Terapia Estratégica (Watzlawick, Helay, Grupo de Palo Alto)
Terapia contextual (Hayes, Kohlemborg)	Terapia sistémica (Selvini, Grupo de Milán)
Terapia cognitiva (Beck)	
Terapia racional – emotiva (Ellis)	
Terapia Conductual y biorretroalimentación	

Humanista

Terapia centrada en el cliente (Rogers)

Logoterpia (Frankl)

Terapia gestáltica (Perls)

Transaccional (Berne)

Tomado de: Becoña-Iglesias et. al. (2010)

En este sentido, Becoña-Iglesias et. al. (2010) mencionan que es más recomendable utilizar las técnicas de cada tratamiento de manera conjunta porque se obtienen mejores resultados, que cuando son utilizadas de forma aislada. La terapia psicodinámica está basada en las teorías psicoanalíticas de Sigmund Freud tomando en cuenta la parte inconsciente de la mente, para posteriormente llegar a comprender cual es el verdadero motor de aquellos comportamientos. El objetivo de esta terapia es hacer consciente lo inconsciente. Gutiérrez et al. (2017) mencionan que la función del psicoanálisis es centrarse en los conflictos intrapsíquicos que perpetúan la adicción más que en la sustancia misma. Diversos estudios sostienen la idea de que este tratamiento es una herramienta útil tanto en el entendimiento de la adicción, como en la formulación de intervenciones terapéuticas destinadas a permitir cambios profundos y duraderos en la persona. La efectividad de esta terapia se centra en factores como la biografía, personalidad y la emoción asociada al primer momento del consumo, dándole un lugar importante a las emociones y al inconsciente del paciente, como factor determinante de sus conductas. Es decir, la aproximación psicodinámica permite un entendimiento global de cada paciente permitiendo tratar los trastornos por consumo de sustancias.

Por su parte, la terapia sistémica es otra alternativa para tratar el trastorno por consumo de sustancias. Este tratamiento consiste en analizar a detalle los diferentes sistemas del individuo (familia, amistades, comunidad, escuela, equipo de trabajo etc.). Por consiguiente, la terapia sistémica toma en cuenta sus creencias, comportamientos, y acciones con las intercomunica el sujeto en el mundo y en la vida propia. De esta forma se puede trabajar de manera integral con el adicto logrando mantener un prolongado tiempo de abstinencia. Ya que se ha demostrado, que cuando los sistemas están en conflicto o desorden el sujeto suele volver a consumir.

Dentro de la terapia sistémica, se incluye la terapia sistémica familiar que ayuda a la reorganización de los roles dentro de la familia resolviendo conflictos que podrían frenar la rehabilitación del adicto, consiguiendo la homeostasis dentro del sistema familiar. Los modelos sistémicos están basados en una serie de fundamentos. Los más centrales son la cibernética y las teorías de información de Shanon y Weaver, la teoría general de sistemas por Bertalanffy y de la comunicación humana de Watzlawick (Roda cristina, 2022).

En cambio, la terapia humanista se centra en la vida cotidiana actual del paciente, centrándose en el aquí y ahora. Los principales fundadores de la corriente humanista son Abraham Maslow y Carl Rogers. La finalidad de esta terapia es descubrir fortalezas que logren alcanzar la realización personal, su trabajo se centraliza en conceptos de auto aceptación, encontrando dentro si mimo la sabiduría, la curación, crecimiento para lograr llegar a la realización de ciertas conductas. Del mismo modo, este tratamiento valora sus pensamientos, emociones y comportamientos, enfatizando en el contexto vital para ofrecer soluciones y tratamientos a sus problemas. En este sentido, el terapeuta acompaña a la persona durante todo su proceso, instalando una relación igualitaria en la que proporciona una esfera de apoyo, confianza y empatía permitiendo al cliente compartir sus sentimientos sin temor a enjuiciado. Dentro de la corriente humanista el profesional evaluar o dar un diagnóstico, trabajando en la idea de que el paciente es un experto en sus dificultades.

La terapia Gestalt es otro tipo tratamiento que se encuentra dentro de la corriente humanista y que ayuda a tratar trastornos por consumo de cannabis. De este modo, ayuda a darse cuenta de lo que está ocurriendo en el presente para poder enfrentar aquello que se está constantemente evitando con la adicción, trabajando en la conexión de los sentimientos y la toma de conciencia sobre los problemas, logrando enfrentar al paciente a los conflictos de su vida con una mayor consciencia. Rómulo (1981) menciona que la corriente Gestáltica; como terapia comienza sus inicios por los años 30 y 40, fundada por Fritz Perlas basada en psicoanálisis y filosofía existencial europea. La palabra Gestalt proviene del alemán que significa totalidad o unidad compuesta por todos

los elementos unificados figura y fondo. Por lo consiguiente esta corriente menciona que el hombre no percibe a las cosas como entidades aisladas, sino que organiza las cosas en totalidades significativas.

2.5 Terapias cognitivo-conductuales

Una de las terapias más estudiadas y utilizadas en el tratamiento de los trastornos adictivos son las terapias conductuales y terapias cognitivo-conductuales (Becoña-Iglesias et. al., 2010). Se ha comprobado en la actualidad que las terapias conductuales empíricamente tienen mayores resultados en el tratamiento de los trastornos adictivos como en el estado de intoxicación, desintoxicación, deshabitación, mantenimiento y sobre todo en el manejo del craving. La CBT se basa en la teoría del condicionamiento clásico creada por Iván Pávlov y en el condicionamiento operante una corriente fundada por Skinner y Watson.

La CBT se basa en comprender la relación entre pensamientos, emociones, sensaciones físicas y comportamientos, ayudando al consumidor a tomar conciencia de sus comportamientos. Al clarificar sus pensamientos y emociones, el paciente podrá identificar y modificar la conducta de fumar cannabis o consumir alguna sustancia. González y López (2017) exponen que la CBT se centra en el aprendizaje de habilidades relevantes para la suspensión del hábito por fumar cannabis, enseñándole al sujeto nuevas habilidades para la evitación del consumo, manejo de dificultades y situaciones de riesgo. La duración de la CBT consiste entre 6 y 14 sesiones semanales individuales o grupales, con una duración de 45 o 60 minutos. Existe evidencia de que este tipo de terapia tiene resultados duraderos en mantener al sujeto en abstinencia.

La CBT es muy utilizada en la actualidad para tratar diferentes problemas o trastornos, es famosa por su corto tratamiento y eficaces resultados en poco tiempo. Trabaja en relación con el pensamiento, conducta y emoción para la modificación de comportamientos, utiliza reforzadores conductuales como positivos y/o negativos y castigos. La CBT brinda estrategias a los consumidores, para poder identificar y corregir algún problema que se les presente a lo largo de la vida, con el fin de enfrentar alguna

situación difícil, sin la necesidad de consumir para poder aumentar su autocontrol de consumir la droga. Por lo tanto, el objetivo de esta psicoterapia es ir erradicando poco a poco el consumo de la sustancia, desarrollando en el sujeto habilidades cognitivas para tolerar la frustración a desafíos emocionales y manejar conflictos de su vida en un estado de sobriedad y así prevenir recaídas.

Por otra parte, la CBT y sus variantes en la actualidad son pioneros dentro del campo de las adicciones, obteniendo resultados eficientes para abordar los trastornos por consumo de sustancias. Se han realizado diversas investigaciones sobre la CBT, la cual hoy en día es utilizada por muchos especialistas por sus efectivos resultados. Las investigaciones hechas en este tipo de terapia dejan en desventaja a las demás terapias, por su poca investigación sobre ellas. De esta forma, encontramos que hay muy pocas investigaciones sobre las demás corrientes terapéuticas.

En algunos casos, la CBT es más efectiva cuando se combina con algunos otros tratamientos, reforzando el objetivo de la terapia, que es la cura de dicho padecimiento. El número de sesiones puede variar según el padecimiento que se esté tratando y los modelos psicoterapéuticos utilizados, la duración de tiempo en cada sesión es alrededor de 30 a 45 minutos. En el caso de sesiones familiares puede llegar a durar 1:30 hrs. Las terapias cognitivo conductual grupales tienen una duración de 90 minutos por sesión. El periodo, número de sesiones y tiempo dedicado en cada consulta dependerá del diagnóstico psicológico obtenido.

Dentro de las terapias de corte cognitivo-conductual existen distintos modelos diseñados con técnicas para el consumo de cannabis logrando pausar o abandonar la ingesta de marihuana. Uno de ellos es el entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento que consiste en desarrollar habilidades de afrontamiento que le ayude al sujeto a rechazar la sustancia cuando se encuentra vulnerable ante una situación estresante, enseñando al sujeto a enfrentar problemas que lo encaminan al consumo a partir de la comunicación asertiva y expresión de sentimientos (Becoña y Cortés, 2010). Estas técnicas conductuales, si se aplican en conjunto con otras se nota una mayor

mejoría en el tratamiento, reforzando el objetivo de la terapia o tratamiento que es llegar a la rehabilitación del consumidor.

Otro tratamiento que se suele utilizar para el consumo de cannabis y otras sustancias es la intervención o terapia breves. Son una serie de técnicas terapéuticas que ofrecen un tratamiento estructurado de corta duración, buscando el objetivo de suspender o reducir el consumo de una droga. Esta intervención breve se ha aplicado fundamentalmente para dejar de consumir alguna sustancia. Este tratamiento es utilizado en un gran número de personas que modifican y reducen su consumo de sustancias tras una eficaz intervención (OMS,1994). La terapia psicológica breve consiste en una sola sesión y dura entre 30 a 45 minutos, orientada a incrementar su capacidad y motivación para comenzar a hacer algo, logrando poco a poco disponibilidad hacia el cambio comportamental. El consumidor debe ser encaminado y motivado a diferentes cambios comportamentales conduciéndolo a diferentes metas, incrementando su sentido de autoeficacia personal (Ramírez et al., 2009). La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2018) describe que este tratamiento tiene una alta probabilidad de incitar al sujeto a abandonar el consumo de cannabis, siempre y cuando la persona no sea dependiente del cannabis.

Por su parte, la entrevista motivacional (MI) es otro tipo de tratamiento para el consumo de cannabis o sustancias. González y López (2017) aluden que el objetivo de la entrevista motivacional es poner énfasis en los pensamientos ambivalentes, que suelen ser opuestos y generan confusión respecto al abandono de la sustancia, tratando de reforzar la motivación hacia el cambio. Este tipo de intervención se realiza entre una y cuatro sesiones individuales de 45 a 90 minutos de duración. Por consiguiente, la MI está centrada en el paciente que combina un estilo terapéutico y de apoyo. Este tipo de terapia también utiliza la teoría de autopercepción en donde se le permite al cliente auto comprometerse, encontrando sus propios motivos que le permitan explorar las razones para cambiar. De esta manera se enfatiza en su autonomía en cómo y cuándo es adecuado dejar de consumir. De este modo el terapeuta no asume el rol autoritario, guía

de manera consciente al sujeto con técnicas persuasivas hacia determinados objetivos, favoreciendo la autonomía del cliente (Becoña-Iglesias et al., 2010).

El modelo de prevención de recaídas (RPSG) son técnicas que hacen referencia a evitar que el sujeto vuelva a consumir ante una situación de riesgo. Ruiz (2003) define recaída como: la acción de volver a beber o a consumir la droga tras un período de abstinencia. Calmando los síntomas de abstinencia. Las recaídas dentro de los tratamientos para adictos ha sido todo un reto para los especialistas, ya que todavía no han logrado encontrar exactamente el ¿Por qué? de dichas recaídas. La RPSG se encarga de enseñarle al consumidor a identificar las situaciones, emociones y/o pensamientos que lo llevan al acto de drogarse. Al conseguir entender la relación entre el pensamiento y la emoción que produce el consumo, puede lograr el adicto darles otro significado a las emociones. Por lo tanto, al conocer los pensamientos intrusivos le permitirá desarrollar habilidades de afrontamiento que le servirán cuando se encuentre en situaciones estresantes (Becoña y Cortés, 2010).

Por otro lado, el manejo de contingencias (ContM), suele ser un tratamiento muy eficiente dentro del campo de las adicciones. Se basa en conductas operantes, es decir aplica reforzadores y castigos ante la presencia de la conducta. Por ejemplo; se le da vales y/o incentivos al adicto, por lograr el periodo de abstinencia o por asistir a las sesiones terapéuticas, alcanzando la modificación de conducta y entrenamiento en el rechazo de consumir, sin embargo, este modelo maneja asesoramiento en actividades de ocio, orientación personal y adiestramiento de relajación (Becoña y Cortés, 2010).

De este mismo modo existen los programas de refuerzo comunitario, donde se encarga de proporcionar al sujeto opciones en su entorno social para incrementar la abstinencia, dicho de otro modo, es hacerle ver las diferentes opciones de crecimiento personal que pueden lograr tener en su contexto, poniendo consciencia y atención en ellas. Por ejemplo, ayudarles a las personas que no tienen trabajo a poder ver las diferentes opciones laborales que podrían tener en su entorno, o a los sujetos que no asisten a la universidad brindarles asesoramiento vocacional, o individuos que no tengan

un lugar donde dormir guiarlos a conseguir un espacio seguro, identificando los factores que incrementan el riesgo de consumo. Así pues, este programa ofrece alternativas saludables que permitan entrenar habilidades para trabajar los déficits que dificultan alcanzar la abstinencia (Becoña y Cortés, 2010).

Las terapias familiares han sido empleadas en el campo de las adicciones. Se centra en analizar el malestar familiar como parte de la solución de problemas, ya que muchas veces la desorganización de roles y responsabilidades familiares suelen estar muy confusos. Lo cual, esto suele ser una señal del malestar del mal funcionamiento familiar, convirtiéndose el adicto como el síntoma del sistema familiar. Se ha encontrado que las intervenciones familiares resultan ser muy eficaces para tratar el consumo de cannabis en adolescentes al igual que los tratamientos cognitivo-conductual, terapia motivacional y la terapia de resolución de problemas psicosociales (OPS, 2018). Becoña y Cortes (2010) afirman que “las que se han investigado más en el campo de las conductas adictivas son la Terapia Familiar Breve Estratégica, la Terapia Familiar Multidimensional (MDFT) y la Terapia Familiar Multisistémica” (p.162). Dentro del campo de las terapias familiares se encuentra la terapia conductual familiar y de pareja.

La terapia conductual de familiares suele obtener resultados favorables en adictos a cannabis y más si se utilizan en conjunto con algún otro tratamiento. Estos tratamientos conductuales familiares suelen llevarse a cabo en varias sesiones con una duración de 45 a 50 minutos. El objetivo de esta terapia es trabajar en conjunto con la familia con la que convive el consumidor (enfermo), para así poder resolver conflictos familiares, mejorar la comunicación, establecer acuerdos, reorganizar roles familiares asumiendo cada uno su responsabilidad, hablar sobre posibles secretos existentes que afecten la dinámica familiar, con el objetivo de ayudar a la familia a enfrentar el conflicto que sea generado en el consumidor en conjunto con la familia. La OPS (2018) explica que los programas de prevención en familias son eficaces para tratar el consumo de sustancias, teniendo efectos positivos durante un periodo de al menos dos años. Esto quiere decir que la terapia familiar da soporte y ayudan a que el sujeto se mantenga en abstinencia por un tiempo prolongado.

Aun cuando existen en la actualidad una diversidad de terapias para reducir el consumo de cannabis, lo complicado de poner en marcha un tipo de terapia es encontrar las técnicas específicas para tratar las recaídas que se presentan después y durante el proceso de curación. Otro factor que complica el proceso terapéutico es lograr controlar el *craving* en los pacientes. El *craving* es el deseo irresistible por querer volver a consumir la sustancia, por lo que lo complicado del tratamiento con personas adictas es saber cómo controlar el *craving* evitando recaídas para llegar a la rehabilitación total. Estas variables complican el tratamiento para llegar al objetivo que es la rehabilitación del paciente.

La duración de los tratamientos va a depender del tiempo que el sujeto lleva consumiendo, con qué frecuencia consume cannabis durante el día, la edad en la que empezó a consumir y también se tendrá que tomar en cuenta otra variable importante, si la persona es policonsumidora; es decir que consume más sustancias a parte de la marihuana. Estos factores influirán mucho sobre la duración del tratamiento. Así que no es posible determinar con precisión cuánto durará un tratamiento porque dependerá de cada caso, de este modo, los especialistas tienen que reunir diferentes técnicas de los distintos tratamientos para realizar una intervención específica para el enfermo, teniendo en cuenta la personalidad para poder prevenir recaídas durante y posterior al tratamiento.

Así pues, estas diversas técnicas ayudan a lidiar con situaciones estresantes de la vida como; afrontar alguna enfermedad médica, trabajar sobre duelos y prevenir recaídas. Suele ser un tratamiento competente para tratar trastornos de estrés posttraumático, depresiones, trastorno del sueño, trastornos bipolares, trastorno de la alimentación, trastorno obsesivo compulsivo, esquizofrenia, trastornos sexuales, trastornos de ansiedad, trastornos por consumo de sustancias entre otros. Aplicada en el campo de las drogodependencias se basa en detectar las cogniciones de su sistema de creencias, que ayuden a modificar el pensamiento, para después poder utilizar estos componentes que orienten a la cura del individuo (Becoña y Cortes, 2010).

Cabe mencionar que en este apartado solo se mencionan algunas terapias y tratamientos que se utilizan dentro del campo de las adicciones. Hoy en día existe una diversidad inmensa de terapias aplicadas en trastornos por consumo de cannabis, de esta forma muchos especialistas emplean diferentes técnicas aplicadas para cada tratamiento individualizado teniendo en cuenta varios factores como: entorno familiar, genética, personalidad, estatus social etc. En resumen, aún no existe un recetario para saber en qué orden aplicar las diferentes técnicas o terapias.

CAPÍTULO III. MÉTODO

En el presente capítulo se muestra el método utilizado para esta investigación, mostrando como se recolectaron los datos que ayudó a realizar la RS. La revisión se llevó a cabo siguiendo las recomendaciones propuestas por las directrices del método PRISMA (2020). Los estudios que se buscaron, para realizar la revisión sistemática fueron con relación al tema de estudios utilizaran la CBT y sus variantes para tratar el CUD.

3.1 Diseño de la investigación

La presente investigación es una revisión sistemática en el cual se incluyeron diversos artículos encontrados mediante dos motores de búsqueda (Redalyc y Pubmed).

Una revisión sistemática es un método científico que, a partir de la pregunta de investigación planteada, se seleccionan artículos de los motores de búsqueda con el objetivo de proporcionar una síntesis completa de varios estudios relevantes en un solo documento, con el fin de visualizar errores y poder así aportar resultados más concretos, para extraer conclusiones y tomar nuevas decisiones sobre el método de los estudios.

3.2 Muestra

En la elaboración de este trabajo se realizó una búsqueda de los artículos con base en los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

3.2.1 Criterios de inclusión:

- Ensayos clínicos aleatorizados
- Que incluyeran sujetos con trastorno por consumo de cannabis
- Que utilizaran la CBT y sus variantes como método de intervención

3.2.2 Criterios de exclusión:

- Estudios de caso, revisión sistemática o metaanálisis
- Que incluyeran sujetos con trastornos comórbidos y/o consumo de otras sustancias distintas al cannabis

- Que emplearan otros tratamientos (farmacológicos y no farmacológicos) o métodos de intervención distintos a la CBT

3.3 Técnicas e instrumentos

Para la recolección los artículos científicos se utilizaron dos motores de búsqueda que cuentan con las características de fácil acceso a los textos, actualización inmediata, aplicación de filtros, diversidad de estudios y formatos. La búsqueda de los artículos científicos se realizó de:

- a) Redalyc: Es una red de revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, fue creada en el 2003 como proyecto de la Universidad del Estado de México, en el año 2006 se abrió a todas las áreas del conocimiento.
- b) Pubmed: Es un motor de búsqueda científico en inglés de acceso libre, que permite consultar los contenidos de la base de datos MEDLINE. Se fundó en 1996, creada y mantenida por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, esta base de datos incluye citas en las áreas de la salud, medicina, enfermería, odontología y las ciencias preclínicas.

3.4 Procedimiento

La recopilación de datos se realizó en un periodo del 1 de enero al 14 de abril del 2022, bajo una búsqueda combinada de 3 palabras claves por cada elemento PICO. Las combinaciones de palabras utilizadas para realizar la búsqueda de los artículos en el motor de búsqueda Pubmed fueron:

((Cognitive behavioral therapy) AND (addiction)) AND (marijuana)
((cognitive behavioral therapy) AND (addiction)) AND (cannabis)
((Cognitive behavioral therapy) AND (dependence)) AND (marijuana)
((Cognitive behavioral therapy) AND (dependence)) AND (cannabis)
((cognitive behavioral therapy) AND (abuse)) AND (marijuana)
((cognitive behavioral therapy) AND (abuse)) AND (cannabis)

Las combinaciones de palabras utilizada para realizar la búsqueda de los artículos en los motores de búsqueda Redalyc fueron:

Terapia cognitivo conductual + Adicción + Marihuana

Terapia cognitivo conductual + Adicción + Cannabis

Terapia cognitivo conductual + Dependencia + Marihuana

Terapia cognitivo conductual + Dependencia + Cannabis

Terapia cognitivo conductual + Abuso + Marihuana

Terapia cognitivo conductual + Abuso + Cannabis

Se seleccionaron los artículos publicados en inglés y español durante el periodo de 2001-2021, cuyos participantes fueran adolescentes y adultos jóvenes. Posteriormente en la figura 1 se detalla el proceso descrito de la selección de artículos:

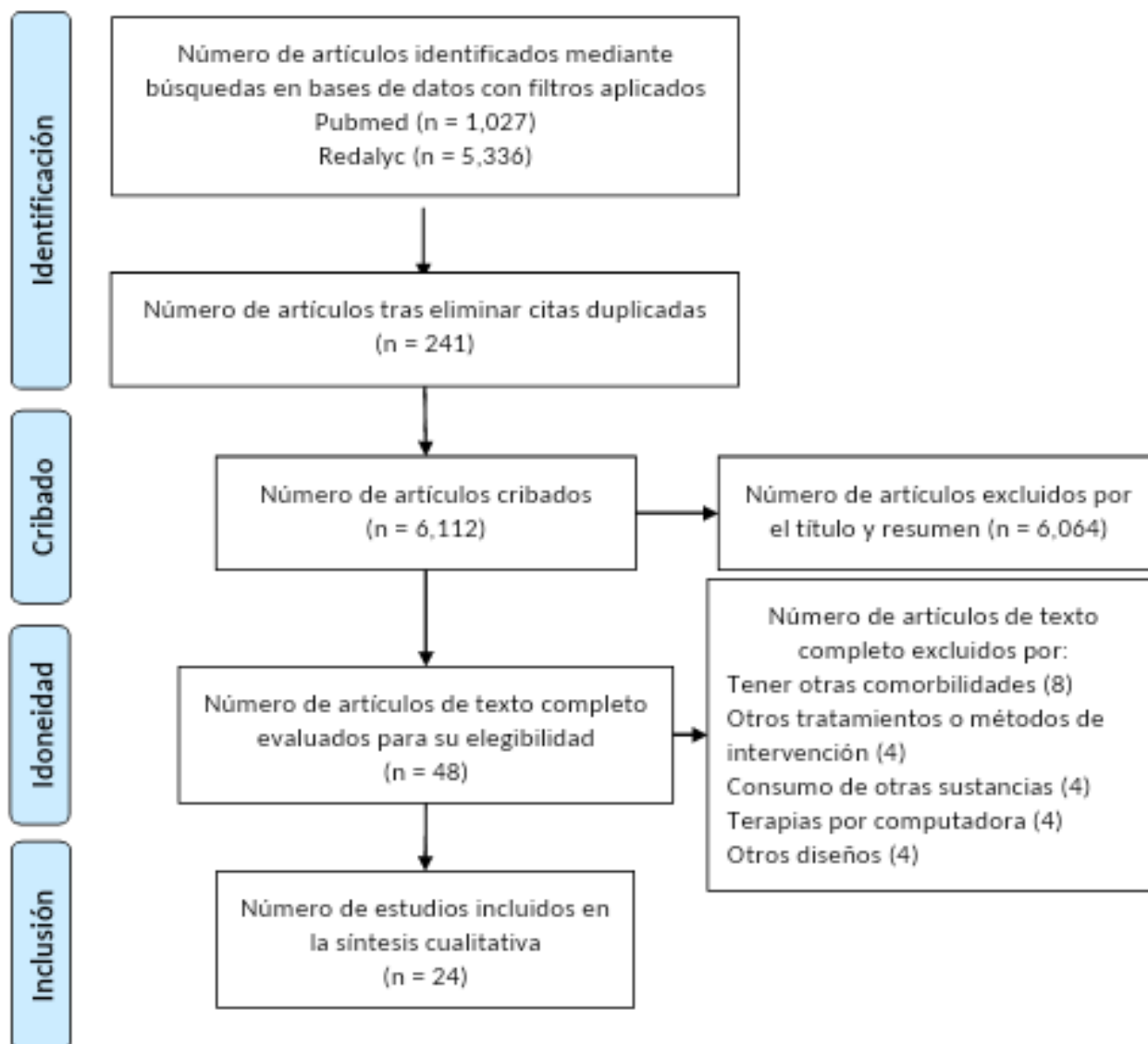


Figura 1. Diagrama PRISMA

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

En este capítulo se presenta una tabla donde se reporta de manera específica los resultados de los 24 artículos incluidos en esta revisión sistemática. En ella se presenta el número, género y edad de los participantes en cada estudio, así como el tipo de tratamiento o intervención que se llevó a cabo, dando a conocer el número de sesiones y periodo de seguimiento, y los resultados a los que llegó. Lo anterior permitirá analizar con profundidad qué variables influyen en los resultados de cada tratamiento para poder comprobar la hipótesis si la CBT tiene el mismo efecto sola o combinada con alguna otra de sus sub-terapias o con otros tipos de tratamientos.

Tabla 2. Revisión de los artículos sobre la CBT en personas con abuso de cannabis

Referencia	Participantes	Intervención o tratamiento	Resultado
Litt et al., 2005	450 adultos (68% hombres) mayores de 18 años	Ensayo clínico aleatorizado con 3 grupos y evaluación postratamiento a los 4, 9 y 15 meses: 1. MET* (2 sesiones) 2. MET/CBT (9-12 sesiones) 3. DTC* (4 meses)	La condición MET/CBT produjo mejores resultados que la condición MET de dos sesiones y mucho mejores resultados que DTC
Mark et al., 2008	240 adultos (71% hombres) mayores de 18 años	Ensayo clínico aleatorizado con 3 grupos de 9 sesiones semanales y evaluación postratamiento a los 8 y 14 meses: 1. ContM* (9 sesiones) 2. MET/CBT (9 sesiones) 3. MET/CBT + ContM (9 sesiones)	La abstinencia fue mayor para aquellos en la condición ContM, pero con el tiempo las condiciones MET/CBT (especialmente MET/CBT + ContM) produjeron una mayor abstinencia. La abstinencia a largo plazo (14 meses) se explicó por los cambios en el afrontamiento y la autoeficacia
Kathleen et al., 2012	127 adultos (84.3% hombres), mayores de 18 años	Ensayo clínico aleatorizado con 4 grupos de 12 sesiones semanales y evaluación postratamiento durante 1 año: 1. CBT 2. CBT + ContM (para adherencia) 3. ContM (abstinencia) 4. CBT+ ContM (para abstinencia)	La combinación de ContM y la CBT no parece mejorar las tasas de éxito en el tratamiento para dependencia de cannabis. CBT+ ContM (abstinencia) se asoció con peores resultados de cannabis en comparación con ContM (abstinencia). CBT y ContM (abstinencia) se asociaron con rebotes más pequeños y un uso menos frecuente de cannabis
Stephens et al., 2000	291 adultos (77% hombres) mayores de 34 años	Ensayo clínico aleatorizado con 3 grupos y evaluación postratamiento a los 1, 4, 7, 13 y 16 meses: 1. RPSG* (14 sesiones) 2. IAI* (2 sesiones) 3. DTC (2 sesiones)	Los participantes de los tratamientos RPSG e IAI mostraron una mejora significativa en comparación al grupo con DTC en el seguimiento de 4 meses. No hubo diferencias significativas entre los resultados de RPSG e IAI en ningún seguimiento.
Rooke et al., 2013	225 adultos (138 hombres y 87 mujeres) mayores de 18 años	Ensayo clínico aleatorizado con 2 grupos y evaluación postratamiento a los 3 meses: 1. RYU* (6 módulos) 2. MET/CBT (6 módulos)	Los participantes en ambos grupos mostraron un cambio significativo. La intervención en la Web RYU, basada en la CBT, reduce el consumo de cannabis.

Montgomery et al., 2012	112 adultos (90% hombres) jóvenes de 18 a 25 años	Ensayo clínico aleatorizado con 4 grupos, 8 sesiones semanales y evaluación postratamiento a los 3 y 6 meses: 1. MET/CBT 2. MET/CBT + ContM 3. DC* + ContM 4. DC	La contM fue más eficaz para reducir el consumo de marihuana en hombres blancos, pero no hubo ningún efecto en las personas afroamericanas.
Stephens et al., 2002	450 adultos (68% hombres) mayores de 18 años	Ensayo clínico aleatorizado con 3 grupos y evaluación postratamiento a los 4, 9 y 15 meses: 1. MET/CBT + ContM (9 sesiones, periodo de 12 semanas) 2. MET (2 sesiones, periodo 5 semanas) 3. DTC (2 sesiones, periodo 5 semanas)	Se encontró que cuando se combina la MET con la CBT se obtienen mejores resultados para abordar problemas tanto motivacionales como de habilidades.
Carroll et al., 2006	136 adultos (90% hombres) de 18 a 25 años	Ensayo clínico aleatorizado con 4 condiciones de tratamiento, 8 sesiones semanales y evaluación postratamiento a los 3 y 6 meses: 1. MET/CBT+ContM 2. MET/CBT sin ContM 3. DC+ContM 4. DC sin ContM	Combinación de MET/CBT + ContM fue la más eficaz. Los participantes a esta condición de tratamiento continuaron reduciendo la frecuencia de su consumo durante un seguimiento de 6 meses.
Budney et al., 2006	90 adultos (69 hombres y 21 mujeres) mayores de 18 años	Ensayo clínico aleatorizado con 2 grupos de 8 sesiones semanales y evaluación postratamiento a los 12 meses: 1. CBT 2. V* 3. CBT+V	El grupo con V mostro mayores tasas de abstinencia que la CBT y que la CBT+V.
Blevins et al., 2016	74 adultos (49 hombres y 25 mujeres) mayores de 18 años	Ensayo clínico aleatorizado con 2 grupos y evaluación postratamiento a los 9 meses: 1. MET/CBT (9 sesiones) + orientaciones de autonomía y control (2 sesiones) 2. MET/CBT (9 sesiones)	Las orientaciones de autonomía y control se asociaron con una reducción en el uso, los problemas y los síntomas del trastorno por uso de marihuana.

Olmstead et al., 2007	136 adultos de 18 a 25 años	Ensayo clínico aleatorizado con 4 grupos y 8 sesiones semanales: 1. MET/CBT + ContM 2. MET/CBT sin ContM 3. DC + ContM 4. DC sin ContM	El tratamiento más efectivo fue MET/CBT + ContM, mientras que el tratamiento menos eficaz fue el de DC.
Litt et al., 2020	198 adultos (42% mujeres) mayores de 18 años	Ensayo clínico aleatorizado con 3 grupos, 9 sesiones y evaluación de seguimiento a los 14 meses: 1. MET/CBT 2. MET/CBT+ ContM 3. IATP* 4. IATP + ContM	IATP condujo a un mayor uso de las habilidades de afrontamiento y en la promoción de la abstinencia que las condiciones MET/CBT. El tratamiento más exitoso fue IATP solo, en lugar de IATP+ContM.
Peters et al., 2013	93 adultos (14% mujeres) mayores de 18 años	Ensayo controlado aleatorizado con 4 grupos, 12 sesiones semanales y evaluación postratamiento cada 3 meses: 1. CBT 2. CBT + ContM (para adherencia) 3. ContM (para abstinencia) 4. CBT + ContM (para abstinencia)	ContM no se asoció con una mejora en la toma de decisiones, sino que se relacionó con el mantenimiento de una toma de decisiones más impulsiva. Los pacientes que no recibieron ContM demostraron aumentos en la toma de decisiones más impulsiva.
Stephersa et al., 2008	87 adultos (75% hombres) mayores de 18 años	Ensayo controlado aleatorizado con 2 grupo, 9 sesiones semanales y evaluación postratamiento a los 6 y 12 meses: 1. MET/CBT 2. PRN: MET/CBT	Ambos tratamientos produjeron reducciones significativas en el consumo de cannabis y los problemas asociados en cada seguimiento. La condición PRN no produjo mejores resultados en los seguimientos a largo plazo. La condición MET/CBT produjo mayores tasas de abstinencia en el primer seguimiento.
Marijuana Treatment Project Research Group, 2004	450 adultos (308 hombres, 141 mujeres) mayores de 18 años	Ensayo controlado aleatorizado con 3 grupos y evaluación postratamiento a los 4, 9 y 15 meses: 1. MET (2 sesiones) 2. MET/CBT + ContM (9 sesiones) 3. DTC (4 meses)	La terapia MET/CBT de 9 sesiones redujo significativamente más el consumo de marihuana y las consecuencias asociadas que el tratamiento MET de 2 sesiones, que también redujo el consumo de marihuana en relación con la condición de DTC.

Copeland et al., 2001	229 adultos (159 hombres) de 18 a 59 años	Ensayo controlado aleatorizado con 3 grupos y evaluación postratamiento a los 237 días: 1. CBT6 (6 sesiones) 2. CBT1 (1 sesión) 3. DTC (1 sesión)	Los grupos con CBT6 y CBT1 informaron mejores resultados que el grupo DTC en abstinencia y menos problemas relacionados con el cannabis.
Hoch et al., 2011	122 sujetos (96 hombres y 26 mujeres) de 16 a 44 años	Ensayo clínico aleatorizado con 3 grupos y evaluación postratamiento a los 3 y 6 meses: 1. Programa CANDIS: MET (3 sesiones) + CBT (7 sesiones) + PPS* (2 sesiones) 2. TST* (10 sesiones) 3. DTC	El programa CANDIS para lograr la abstinencia fue más efectivo en un 88% respecto al 49% de abstinencia en los pacientes con TST y 13% aquellos con DTC.
Hocha et al., 2014	279 sujetos (86.7% hombres) de 16 a 63 años	Ensayo controlado aleatorizado con 2 grupos, 10 sesiones y evaluación postratamiento a los 3 y 6 meses: 1. MET/CBT + TPS* 2. DTC	Los pacientes con MET/CBT + TPS mejoraron en la abstinencia, frecuencia de consumo de cannabis, la gravedad y el número de criterios de dependencia del cannabis en comparación con los pacientes con DTC.
Kaminer et al., 2017	161 adolescentes (28 hombres y 133 mujeres) de 13 a 18 años	Ensayo clínico aleatorizado con 2 grupos, 7 sesiones semanales y evaluación postratamiento a las 17 semanas: 1. CBT 2. A-CRA*	No hubo diferencia significativa en las tasas de retención y abstinencia entre las condiciones de A-CRA y CBT.
Hendriks et al., 2011	109 adolescentes (80% hombres) de 13 a 18 años	Ensayo controlado aleatorizado con 2 grupos, 5-6 meses de tratamiento y evaluación postratamiento a los 3, 6 y 9 meses: 1. CBT 2. MDFT*	Los adolescentes mostraron reducciones significativas en el consumo de cannabis en ambos tratamientos (MDFT y CBT). La intensidad del tratamiento y la retención en la abstinencia fueron mayores en MDFT que en CBT.
Stnger et al., 2015	153 adolescentes (136 hombres y 17 mujeres) de 12 a 18 años	Ensayo clínico aleatorizado con 3 grupos, 14 sesiones semanales y evaluación postratamiento a los 12 meses: 1. MET/CBT+ ContM 2. MET/ CBT 3. DC + ContM 4. DC	La abstinencia fue mayor para los adolescentes que recibieron MET/CBT+ ContM

Liddle et al., 2008	224 adolescentes (182 hombres y 42 mujeres) 12 a 18 años	Ensayo controlado aleatorizado con 2 grupo, 56 sesiones semanales y evaluación postratamiento a los 6 y 12 meses: 1. CBT 2. MDFT	Ambos tratamientos (CBT y MDFT) producen disminuciones significativas en el consumo de cannabis. Se encontraron efectos significativos del tratamiento a favor de MDFT en la gravedad y en el uso mínimo de otras sustancias hasta 12 meses después de la terminación del tratamiento.
Stangera et al., 2009	69 adolescentes (57 hombres y 12 mujeres) de 14 a 18 años	Ensayo controlado aleatorizado con 2 grupos, 14 sesiones semanales y evaluación postratamiento a los 3, 6 y 9 meses: 1. MET/CBT + ContM (para abstinencia) + FAM* 2. MET/CBT + ContM (para asistencia) + PPE*	El grupo con MET/CBT + ContM (para abstinencia) + FAM mostró una mayor abstinencia de marihuana durante el tratamiento
Ramchand et al., 2011	174 adolescentes de 12 a 18 años	Ensayo controlado aleatorizado con 2 grupos y evaluación postratamiento a los 12 meses: 1. MET/CBT5 (5 sesiones) 2. Tratamiento ambulatorio comunitario	Los participantes que recibieron MET/CBT5 mostraron mejores resultados en la frecuencia y problemas de uso de sustancias 12 meses después del inicio del tratamiento que los que recibieron tratamiento ambulatorio comunitario

Nota: *MET=Terapia de mejora motivacional; DTC= Grupo de control de tratamiento retardado; ContM= Manejo de contingencias; RPSG=Prevención de recaídas; IA= Evaluación e intervenciones individualizadas; RYU=Reduce Your Use (Intervención en la web); DC=consejería de drogas; V= Vales basados en abstinencia; IATP= Programa de evaluación y tratamiento individualizado; PRN= Tratamiento según las necesidades; PPS= Capacitación en resolución de problemas sociales; TST=Tratamiento estandarizado dirigido; TPS=Entrenamiento para Resolución de Problemas; A-CRA= Aproximación de reforzamiento comunitario para adolescentes; MDFT= Terapia familiar multidimensional; PPE= Psicoeducación para padres; FAM= Manejo familiar.

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo de esta revisión sistemática fue investigar si la CBT funciona para adictos a cannabis he interpretado también si el tratamiento de la CBT es más eficaz sola o combinada con alguna otra de sus sub-terapias o con otros tipos de tratamientos.

Las sub-terapias aplicadas junto con CBT que tuvieron resultados más favorables fueron las CM, ContM y la MET. Se observó que la combinación de estas 3 sub-terapias más la CBT logran obtener resultados más rápidos para disminuir el consumo, ya que también se demuestra que continúan reduciendo el consumo durante un seguimiento de 6 seis meses. Esto coincide con los resultados de Stephenes et al. (2002) en donde realizaron un ensayo clínico aleatorizado con 3 grupos y aplicaron evaluaciones postratamiento a los 4, 9 y 15 meses. En dicho estudio aplicaron la MET/CBT + ContM la combinación de estas sub-terapias logran mantener la absninecia por un tiempo más prolongado. Así mismo se encontró que la MDFT y CBT obtuvieron resultados favorables para la reducción del consumo, sin embargo, la MDFT obtuvo efectos significativos en el uso mínimo de otras sustancias hasta 12 meses después de la terminación del tratamiento y continuaron reduciendo su consumo, es decir la retención de abstinencia fueron mayores con la terapia MDFT. Por lo tanto, estos resultados coinciden con los autores Hendriks et al., 2011 y Liddle et al., 2008.

Sin embargo, de los 24 estudios revisados, solo 6 investigaciones arrojaron resultados desfavorables en la combinación de la CBT y sus sub-terapias como la CM, ContM. Estos autores concluyen, que no se presentan resultados favorables en el tratamiento y abstinencia para adictos a cannabis. En el estudio de Kathleen et al. (2012), la combinación de ContM y CBT no parece mejorar las tasas de éxito en el tratamiento para dependencia de cannabis. Asimismo, la CBT+ContM se asoció con peores resultados, ya que presentan a largo plazo rebotes en el consumo. En comparación con Stephens et al. (2000), los participantes que recibieron el tratamiento RPSG no mostraron diferencias significativas en el tratamiento, ni en el seguimiento de 4 meses para la abstinencia. De igual manera, en otro estudio realizado por Kaminer et al. (2017) no hubo

diferencia significativa en las tasas de retención y abstinencia entre las condiciones de A-CRA y CBT.

Para explicar esta discrepancia de resultados, es importante tomar en cuenta el número de sesiones y el periodo en que se llevó a cabo el tratamiento, ya que en algunos estudios se aplicaron un mínimo de 3 sesiones semanales en un periodo de 3 meses y otros llegan a dar hasta 14 sesiones semanales en un periodo de hasta 12 meses. Por lo consiguiente, parece que el número de sesiones y el periodo de aplicación del mismo tratamiento no influyó directamente en los resultados finales, ya que fue muy cambiante el número de sesiones aplicadas en cada grupo al igual que la duración de cada estudio.

Respecto a la edad, en esta investigación se tomó en cuenta el rango de años de adolescentes, adultos jóvenes y adultos. Sin embargo, no se encontraron diferencias en los resultados respecto a la efectividad del tratamiento entre ambos grupos etarios. De la misma manera, es posible que el género de los participantes influya en los resultados, ya que en la mayoría de las investigaciones más del 50% y hasta un 90% los participantes fueron hombres. En este sentido, Emilio García (2003) menciona que hay diferencias entre ambos sexos en diversas regiones del cerebro, la mayoría de ellas en el sistema límbico. Los hombres muestran mayor actividad en las regiones basales, temporales, del sistema límbico, mientras que en mujeres la activación es mayor en el área tálamo-cingular. Esto quiere decir que el comportamiento emocional de los hombres tiene mayor tendencia a expresar su estado emocional mediante conductas agresivas e impulsivas mientras que las mujeres prefieren la mediación simbólica, la verbalización y la expresión oral.

Otra variable a tomar en cuenta es si el seguimiento de abstinencia durante y posterior al tratamiento influía en los resultados. En algunos estudios, los investigadores dieron seguimiento al periodo de abstinencia después del tratamiento y lo reportaron, por lo consiguiente esta variable tomada en cuenta en algunos artículos no fue una ventaja ante otros estudios que no tomaron en cuenta la abstinencia, porque todas las investigaciones que reportaron esta variable sus resultados fueron favorables. El periodo de seguimiento en algunas investigaciones fue de 3, 4, 6 y hasta 12 meses posteriores al tratamiento. Mas del 95% de los artículos analizados los autores dieron seguimiento

durante y después del término del tratamiento, aunque esto no alteró los resultados. Sin embargo, tan poco influyó la variable de edad (adolescentes, adultos, jóvenes, adultos) ya que no se encontraron diferencias en los resultados

En los resultados del trabajo se puede apreciar que la CBT más la combinación de otras de sus variantes o con otras terapias, son factores que contribuyen a mejorar el tratamiento en consumidores de cannabis, los resultados del estudio coinciden con las investigaciones de Ramchand et al. (2011). Por su parte las técnicas conductuales que utilizan la MET y ContM en los tratamientos son muy eficientes en su implementación para el cambio de conducta de una manera más rápida, lo cual estos resultados coinciden con Stangera et al. (2009).

Por otra parte, se encontró que la utilización de reforzadores como: recompensas monetarias, vales de despensa, recibir dólares etc. fue sumamente funcional para lograr mantener la abstinencia por un tiempo más prolongado en los participantes. De forma similar este hallazgo coincide con Blevins et al., 2016 que expresa en su investigación que, al orientar al sujeto a desarrollar autonomía y control, sus resultados se asociaron con una reducción en el uso, los problemas y los síntomas del trastorno por uso de marihuana. En el estudio realizado por Budney et al. (2006), el grupo que se les otorgó vales de despensa mostró mayores tasas de abstinencia que al grupo que se le aplicó la CBT y que la CBT+V. Estos reforzadores probablemente tienen efectos favorables para el cambio de conducta en los participantes que recibieron premios, por colaborar en el experimento, al igual que obtienen bonificaciones por asistir a las terapias y traer las tareas completas o dar muestras de orina negativas. Pueden ser de mucha ayuda para tratar a pacientes de manera rápida y urgentes que están poniendo en riesgo su salud mental y la sociedad o que están a punto de tener alguna especie de brote psicótico.

Como lo menciona Medina-Mora (2013) hay una manifestación visible en diferentes formas de violencia que puede estar asociada con la adquisición de drogas en el mercado ilegal o inducidas por la intoxicación con sustancias psicoactivas. De acuerdo con Babor, existen tipologías de problemas que definen la situación de los diferentes países en cuanto al consumo interno y las políticas públicas. Así, por ejemplo, Estados Unidos define su problema como un asunto de justicia criminal, tiene muy altos niveles

de consumo tanto ocasional como problemático, bajo nivel de tráfico, altos niveles de violencia y muy altos niveles de crimen atribuido a los usuarios de drogas. México, que lo define como un problema de seguridad nacional, tiene tasas más bajas de consumo ocasional y problemático, muy altos niveles de tráfico y violencia, pero el crimen que puede atribuirse a los usuarios es aún bajo (p.68).

5.1 Conclusiones

En los resultados de esta investigación se pudo apreciar que la CBT si es eficaz para el tratamiento de adictos a cannabis. Específicamente, la mayoría de los artículos demostraron en sus resultados que la CBT cuando se combina con la MET tiene mayores efectos sobre la abstinencia. Sin embargo, se llega a la conclusión que al aplicar tratamientos combinados con alguna otra sub-terapia derivada de la CBT o con alguna otra terapia, se logra mantener la abstinencia por más tiempo en los consumidores.

Es recomendable realizar otras investigaciones otorgando el mismo número de sesiones aplicadas en cada uno de los grupos comparativos de los ensayos clínicos, ya que eso podría llevar desventajas en los resultados de los tratamientos, de igual forma intentar comparar en futuras RS estudios con un rango de número sobre la muestra.

Es posible también tomar en cuenta la formación y capacitación que tengan los profesionales a la hora de aplicar las técnicas en los participantes de los ensayos, ya que puede ser un factor que influya en los resultados. Así como investigar si los participantes ya han estado participando anteriormente en otros tratamientos para el consumo de cannabis, ya que esto puede contaminar los resultados objetivos en la investigación. Otro factor viable para analizar sería buscar estudios que obtengan resultados desfavorables respecto a la aplicación de la CBT, y tratar de encontrar las variables que puedan estar influyendo en los resultados.

La investigación recomienda que se debiera tomar en cuenta los diferentes antecedentes educativos con los que cuentan los terapeutas para implementar las terapias y diversas técnicas. Por otra parte, sería viable capacitar al personal por lo menos 4 sesiones antes de comenzar las intervenciones en los diferentes grupos para recordarles o conocer más sobre las nuevas investigaciones o técnicas aplicadas

relacionado a la CBT. Es decir, leer las diversas investigaciones que ya hay sobre el tema y analizar los posibles puntos ciegos que pudo haber tenido esa investigación o las nuevas líneas de investigación que recomiendan los investigadores.

De igual forma es importante tomar la cuenta el contexto en el que se desenvuelve el consumidor, es decir investigar su grado máximo de estudios, si tiene familia o cuenta con algún trabajo. Así mismo considerar la variable de los años y la frecuencia del consumo, que ha tenido a lo largo del tiempo, ya que a nivel neuronal los participantes que llevan los años consumiendo diario como un hábito, sus circuitos neuronales funcionan de una forma muy distinta a los que llevan meses en el consumo. Es decir, en el caso de estos sujetos cambiar sus pensamientos y comportamiento es más probable que pueda tener recaídas.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.
- American Psychological Association (2012). *Entendiendo la psicoterapia*. <http://www.apa.org/centrodeapoyo/entendiendo-la-psicoterapia>
- Bailén, J. R. A., Quesada, S. P., & Valladares, A. I. M. (2012). *Toma de decisiones en consumidores de cannabis*. *Adicciones*, 24(2), 161-172.
- Barriguete Mázmela, B., Nanni Alvarado, R., Santamaría González, B., Tenorio Bello, A., Lara Sáenz, L., & Cano Valle, F. (2013). *Tópicos sobre marihuana*. CONADIC
- Becoña Iglesias, E., & Cortés Tomás, M. (2016). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Socidrogalcohol.
- Becoña, E. (2016). La adicción “no” es una enfermedad cerebral. *Papeles del psicólogo*, 37(2), 118-125.
- Blevins, C. E., Banes, K. E., Walker, D. D., Stephens, R. S., & Roffman, R. A. (2016). The relationship between general causality orientation and treatment outcome among marijuana-dependent adults. *Addictive behaviors*, 53, 196–200. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.10.021>
- Budney, A. J., Moore, B. A., Rocha, H. L., & Higgins, S. T. (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>
- Carlson, N. (2014). *Fisiología de la conducta*. Pearson Educación
- Carroll, K. M., Easton, C. J., Nich, C., Hunkele, K. A., Neavins, T. M., Sinha, R., Ford, H. L., Vitolo, S. A., Doebrick, C. A., & Rounsaville, B. J. (2006). The use of contingency management and motivational/skills-building therapy to treat young adults with marijuana dependence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(5), 955–966. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.5.955>
- Carroll, K. M., Nich, C., Lapaglia, D. M., Peters, E. N., Easton, C. J., & Petry, N. M. (2012). Combining cognitive behavioral therapy and contingency management to enhance their effects in treating cannabis dependence: less can be more, more or less.

Addiction (Abingdon, England), 107(9), 1650–1659. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.03877.x>

Chesa Vela, D., Elías Abadías, M., Fernández Vidal, E., Izquierdo Munuera, E., & Sitjas Carvacho, M. (2004). El craving, un componente esencial en la abstinencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 89, 93-112.

Copeland, J., Swift, W., Roffman, R., & Stephens, R. (2001). A randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder. *Journal of substance abuse treatment*, 21(2), 55–66. [https://doi.org/10.1016/s0740-5472\(01\)00179-9](https://doi.org/10.1016/s0740-5472(01)00179-9)

Dalton, K., Bishop, L., & Darcy, S. (2021). Investigating interventions that lead to the highest treatment retention for emerging adults with substance use disorder: A systematic review. *Addictive behaviors*, 122, 107005. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.107005>

Davis, M. L., Powers, M. B., Handelsman, P., Medina, J. L., Zvolensky, M., & Smits, J. A. (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>

Díaz-Morán, S., & Fernández-Teruel, A. (2013). Integración e interacciones entre los tratamientos farmacológicos y psicológicos de las adicciones: una revisión. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 29(1), 54-65. Formato Documento Electrónico(APA)

García García, Emilio. (2003). Neuropsicología y género. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (86), 7-18. Recuperado en 05 de junio de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352003000200002&lng=es&tlng=es

González Lomba, C., y López Durán, A. (2017). Revisión del tratamiento psicológico de la adicción al cannabis. *Health and Addictions*, 17 (1), 15-26

Gutiérrez-Peláez, M., Blanco-González, L. A., & Márquez, C. (2018). Aportes de la teoría psicoanalítica para la comprensión de las adicciones. *Civilizar Ciencias Sociales y Humanas*, 18(34), 201-222.

- Hendriks, V., van der Schee, E., & Blanken, P. (2011). Treatment of adolescents with a cannabis use disorder: main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in The Netherlands. *Drug and alcohol dependence, 119*(1-2), 64–71. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.05.021>
- Hewitt Ramírez, N., & Gantiva Díaz, C. A. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances en psicología Latinoamericana, 27*(1), 165-176.
- Hidalgo Díaz. (21 de enero del 2023). Las adicciones suelen ser difíciles de superar y pueden requerir tratamiento médico y psicológico. TopDoctors España de <https://www.topdoctors.es/articulos-medicos/las-adicciones-suelen-ser-dificiles-de-superar-y-pueden-requerir-tratamiento-medico-y-psicologico>
- Hoch, E., Bühringer, G., Pixa, A., Dittmer, K., Henker, J., Seifert, A., & Wittchen, H. U. (2014). CANDIS treatment program for cannabis use disorders: findings from a randomized multi-site translational trial. *Drug and alcohol dependence, 134*, 185–193. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.09.028>
- Hoch, E., Noack, R., Henker, J., Pixa, A., Höfler, M., Behrendt, S., Bühringer, G., & Wittchen, H. U. (2012). Efficacy of a targeted cognitive-behavioral treatment program for cannabis use disorders (CANDIS). *European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology, 22*(4), 267–280
- Kaminer, Y., Ohannessian, C. M., & Burke, R. H. (2017). Adolescents with cannabis use disorders: Adaptive treatment for poor responders. *Addictive Behaviors, 70*, 102-106.
- Liddle, H. A., Dakof, G. A., Turner, R. M., Henderson, C. E., & Greenbaum, P. E. (2008). Treating adolescent drug abuse: a randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy. *Addiction (Abingdon, England), 103*(10), 1660–1670. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02274.x>
- Litt, M. D., Kadden, R. M., & Stephens, R. S. (2005). Coping and self-efficacy in marijuana treatment: results from the marijuana treatment project. *Journal of consulting and clinical psychology, 73*(6), 1015.

- Litt, M. D., Kadden, R. M., Kabela-Cormier, E., & Petry, N. M. (2008). Coping skills training and contingency management treatments for marijuana dependence: exploring mechanisms of behavior change. *Addiction (Abingdon, England)*, *103*(4), 638–648. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02137.x>
- Litt, M. D., Kadden, R. M., Kabela-Cormier, E., & Petry, N. M. (2008). Coping skills training and contingency management treatments for marijuana dependence: Exploring mechanisms of behavior change. *Addiction*, *103*(4), 638-648.
- Litt, M. D., Kadden, R. M., Tennen, H., & Petry, N. M. (2020). Individualized assessment and treatment program (IATP) for cannabis use disorder: Randomized controlled trial with and without contingency management. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, *34*(1), 40–51. <https://doi.org/10.1037/adb0000491>
- Marijuana Treatment Project Research Group (2004). Brief treatments for cannabis dependence: findings from a randomized multisite trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, *72*(3), 455–466. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.3.455>
- Medina-Mora, María Elena, Real, Tania, Villatoro, Jorge, & Natera, Guillermina. (2013). Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos?. *Salud Pública de México*, *55*(1), 67-73. Recuperado en 05 de junio de 2023, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100010&lng=es&tlng=es.
- Molina, M. M. (2008). El cannabis en la historia: pasado y presente. *Cultura y droga*, *13*(15), 95-110.
- Montgomery, L., Petry, N. M., & Carroll, K. M. (2012). Moderating effects of race in clinical trial participation and outcomes among marijuana-dependent young adults. *Drug and alcohol dependence*, *126*(3), 333–339.
- Olmstead, T. A., Sindelar, J. L., Easton, C. J., & Carroll, K. M. (2007). The cost-effectiveness of four treatments for marijuana dependence. *Addiction (Abingdon, England)*, *102*(9), 1443–1453. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.01909.x>
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Ministerio de sanidad y consumo.

- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Efectos sociales y para la salud del consumo de cannabis sin fines médicos*.
- Ovares Fallas, V. (2018). *Tratamientos psicológicos efectivos para reducir el consumo de drogas en adolescentes infractores de la ley: una revisión sistemática* [Tesis de especialidad no publicada]. Universidad de Costa Rica.
- Peters, E. N., Petry, N. M., Lapaglia, D. M., Reynolds, B., & Carroll, K. M. (2013). Delay discounting in adults receiving treatment for marijuana dependence. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 21(1), 46–54. <https://doi.org/10.1037/a0030943>
- Ramchand, R., Griffin, B. A., Suttorp, M., Harris, K. M., & Morral, A. (2011). Using a cross-study design to assess the efficacy of motivational enhancement therapy-cognitive behavioral therapy 5 (MET/CBT5) in treating adolescents with cannabis-related disorders. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 72(3), 380–389. <https://doi.org/10.15288/jsad.2011.72.380>
- Real academia española. (2021). Dependencia. En diccionario de la lengua española. Recuperado el 20 agosto, 2022 de <https://dle.rae.es/dependencia>
- Real academia española. (2022). Tratamiento. En diccionario de lengua española. Recuperado el 13 de enero del 2023 de <https://dle.rae.es/tratamiento>
- Rivera Roda. (21 de mayo del 2022). 9 técnicas de la terapia sistémica familiar. La mente es maravillosa. Recuperado el día 18 de diciembre del 2022 de <https://lamenteesmaravillosa.com/9-tecnicas-de-la-terapia-sistemica-familiar/>
- Rómulo, B. (1981). Terapia gestáltica. *Revista Latinoamericana de psicología*, 13, 85-96.
- Ruíz, J. (2003). *Manual básico de adicciones*. La comuna ediciones.
- Stanger, C., Budney, A. J., Kamon, J. L., & Thostensen, J. (2009). A randomized trial of contingency management for adolescent marijuana abuse and dependence. *Drug and alcohol dependence*, 105(3), 240–247. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.07.009>
- Stanger, C., Ryan, S. R., Scherer, E. A., Norton, G. E., & Budney, A. J. (2015). Clinic- and home-based contingency management plus parent training for adolescent cannabis use disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(6), 445–53.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.02.009>

- Steele, D. W., Becker, S. J., Danko, K. J., Balk, E. M., Saldanha, I. J., Adam, G. P., Bagley, S. M., Friedman, C., Spirito, A., Scott, K., Ntzani, E. E., Saeed, I., Smith, B., Popp, J., & Trikalinos, T. A. (2020). Interventions for Substance Use Disorders in Adolescents: A Systematic Review. *Agency for Healthcare Research and Quality* (US).
- Stephens, R. S., Babor, T. F., Kadden, R., Miller, M., & Marijuana Treatment Project Research Group (2002). The Marijuana Treatment Project: rationale, design and participant characteristics. *Addiction (Abingdon, England)*, 97 Suppl 1, 109–124. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.97.s01.6.x>
- Stephens, R. S., Walker, R., DeMarce, J., Lozano, B. E., Rowland, J., Walker, D., & Roffman, R. A. (2020). Treating cannabis use disorder: Exploring a treatment as needed model with 34-month follow-up. *Journal of substance abuse treatment*, 117, 108088. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108088>
- Stephens, RS, Roffman, RA y Curtin, L. (2000). Comparación de tratamientos prolongados versus breves para el consumo de marihuana. *Revista de consultoría y psicología clínica*, 68 (5), 898.