



Facultad de Humanidades
Escuela de Ciencias Psicológicas
Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos

**Terapia psicodinámica como recurso para el tratamiento de adicción
a la marihuana en adolescentes**

(Artículo Científico)

María Teresa Tercero Castillo

Guatemala, junio 2020

**Terapia psicodinámica como recurso para el tratamiento de adicción
a la marihuana en adolescentes**
(Artículo Científico)

María Teresa Tercero Castillo

Licda. Leticia Padilla (Asesora)

M.A. Yael Pinto (Revisora)

Guatemala, junio 2020

Autoridades Universidad Panamericana


Rector	M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Vicerrectora Académica	Dra. Alba Aracely Rodríguez de González
Vicerrector Administrativo	M.A. César Augusto Custodio Cobar
Secretaria General	EMBA Adolfo Noguera

Autoridades Facultad Humanidades

Decano	M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Vice Decano	M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS. Guatemala septiembre de 2019.

En virtud de que el Artículo Científico con el tema: "Terapia psicodinámica como recurso para el tratamiento de adicción a la marihuana en adolescentes". Presentado por el (la) estudiante: *María Teresa Tercero Castillo*, previo a optar al grado Académico de Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.



Leticia Eugenia Padilla Zuleta
Asesor



UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mayo año 2020.

En virtud de que el presente Artículo Científico con el tema: “Terapia psicodinámica como recurso para el tratamiento de adicción a la marihuana en adolescentes”. Presentada por la estudiante: María Teresa Tercero Castillo previo a optar al grado Académico de Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.

Licda. Yael Lucía Pinto Chacón
Revisor

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, mayo 2020. —————

En virtud que el presente Artículo Científico con el tema **“Terapia psicodinámica como recurso para el tratamiento de adicción a la marihuana en adolescentes”** presentado por el (la) estudiante **María Teresa Tercero Castillo**, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar grado académico de Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos para que el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad.



M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decano
Facultad de Humanidades



Nota: *Para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.*

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Desarrollo	1
1.1 Desarrollo del niño y el adolescente	2
1.2 Teoría del desarrollo según Piaget	3
1.3 Familia	5
1.4 Tipos de familia	6
1.5 Roles	8
1.6 Tipos de roles	9
1.7 Apego	11
1.8 Tipos de apego	12
Diagnóstico según DSM-5	
2.1 Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos	15
2.2 Trastorno por consumo de sustancias	15
2.3 Trastornos inducidos por sustancias	16
2.4 Trastorno por consumo de cannabis	17
2.5 Características	20
2.6 Comorbilidad	23
2.7 Diagnóstico diferencial	25
2.8 Estadísticas	26
Drogas	
3.1 Tipos de droga	29
3.2 Marihuana	30
3.3 Definición y origen	32

3.4 Epidemiología	33
3.5 Personalidad del consumidor	34
3.6 Hábitos y factores de riesgo	36
3.7 Consecuencias a corto, mediano y largo plazo	37

Psicoanálisis

4.1 Antecedentes	41
4.2 Terapia psicodinámica	42
4.3 Fundamentos	43
4.4 Evaluación y diagnóstico	44
4.5 Terapia y farmacología	49
4.6 Eficacia de la terapia psicodinámica en el abuso de cannabis	52
4.7 Terapia individual, familiar y grupal	53
4.8 Tratamiento y técnicas terapéuticas	55
4.9 Esquema plan de tratamiento	57
4.10 Terapia psicodinámica en la actualidad	59
Conclusiones	60
Referencias	61

Lista de cuadros

Cuadro No. 1 Etapas o estadios según Piaget	4
Cuadro No. 2 Tipos de familia	6
Cuadro No. 3 Tipos de roles	10
Cuadro No. 4 Tipos de apego	13
Cuadro No. 5 Clasificación de las drogas	30
Cuadro No. 6 Grupos de cannabis	31
Cuadro No. 7 Factores de riesgo	36
Cuadro No. 8 Consecuencias del consumidor de cannabis	37
Cuadro No. 9 Aspectos generales de la teoría psicoanalítica	40
Cuadro No. 10 Plan de tratamiento	57

Resumen

Este artículo está enfocado en explorar y comprender las causas y factores que llevan a los adolescentes a introducirse en el consumo de marihuana y a la vez ser parte de un andamiaje para dar apoyo a través de la psicoterapia psicodinámica. Como parte de la adolescencia, se atraviesa por muchas etapas que se dan durante el desarrollo, ya esto, representa para el mundo de ellos una fase compleja, que da inicio con una múltiple diversidad de cambios, tanto físicos como emocionales y mentales. El curso de esta etapa es distinto en cada uno y a la vez obedece a factores como cultura, tiempo, contexto.

Por lo cual este artículo científico se estructura en cuatro temas de importancia, para el sustento de esta investigación, dentro de ellos el desarrollo, en el cual se explica desde la niñez las distintas etapas de la misma, el contexto del individuo dentro de la familia y los distintos tipos de roles que hay en cada una, el apego y tipos de apego que son tan importantes de mencionar para poder llegar a comprender las distintas clases de dinámicas que se dan en las familias. El diagnóstico según el DSM-5, características diagnósticas, comorbilidad, prevalencia del consumo de marihuana, los distintos tipos de drogas y como se clasifican, en cuál de esta clasificación se encuentra la marihuana.

Dentro del mismo artículo y como último tema está el psicoanálisis y de la cual deriva la terapia psicodinámica, la eficacia de ésta, para poder abordar y brindar apoyo al adolescente y a su grupo primario de apoyo, valiéndose de técnicas terapéuticas adaptadas a permitir ir conociendo el significado simbólico del conflicto y trabajar en la raíz de mismo y no solo dar un alivio sintomático al problema que atraviesa.

La finalidad de este estudio e investigación es apoyar a adolescentes a detectar, prevenir y combatir factores de riesgo y al mismo tiempo poder dar guía a la familia a través de la terapia psicodinámica utilizándola tanto individual como también grupal.

Introducción

Para muchos jóvenes en la sociedad, el consumo de marihuana inicia a temprana edad y las razones de este fenómeno en la actualidad pueden ser varios factores; curiosidad, pertenencia a un determinado grupo, escape para poder hacer frente a problemas familiares y dificultades en el lugar de estudio, que algún miembro de la propia familia consume, lo cual implica que muchos aspectos del medio ambiente del adolescente pueden influir en esta situación.

Existe una barrera muy delgada a caer en esta circunstancia y tomar un camino a consumir dicha droga, la cual es considerada la puerta para poder ingresar a otras múltiples drogas, alcohol y tabaco entre otros pero también, hay una diversidad de opiniones y justificaciones que venden la idea de que ésta no es dañina a la salud, ni causa ningún tipo de adicción, por ser una planta natural, lo cual ha sido uno de los principales motivos de esta investigación y a la vez colaborar en los métodos para poder brindar apoyo a aquellos jóvenes adolescentes y sus familias que ya están atravesando estas circunstancias.

No solo se busca, además de poder comprender qué es lo que motiva al adolescente a abastirse en este fenómeno que se está dando en la actualidad, desde su causa o conflicto, si no que a la vez también, identificar un enfoque en el ámbito psicológico que encuentre resultados permanentes y no únicamente un alivio sintomático y poder servir de apoyo a su entorno familiar.

La terapia psicodinámica brinda tratamientos, de corto a mediano plazo, pero con eficacia a largo plazo, ya que trata de buscar las causas desde la psicología profunda y de los procesos inconscientes hacia la superficie, con el propósito de llegar a la causa real del conflicto que se pueda estar atravesando, ya que los procesos que determinan el mundo interno de la persona en la experiencia subjetiva son de mayor interés. El enfoque de esta terapia se basa en la significación que la persona concede a sus conductas, experiencias e interacciones, ya que se origina de la estructura intrapsíquica de la infancia.

1. Desarrollo

De acuerdo con Wicks-Nelson e Israel (1997), se puede definir como desarrollo al proceso por el cual cada ser humano tiene que ir atravesando para alcanzar cierta madurez en cada etapa del ciclo vital y en la cual se somete a un proceso de cambios de diversos aspectos, como físicos, intelectuales y emocionales.

Wicks-Nelson e Israel (1997) afirman:

El desarrollo se refiere a cambio que se produce a lo largo del ciclo vital. Dicho cambio puede ser cuantitativo, es decir, un cambio en el tamaño y en el número de elementos. El desarrollo también implica cambio en la cualidad o en las características. De este modo, si bien el número de formas en las que un niño interactúa con los demás puede acrecentarse, también pueden hacerlo las características de su conducta. (p.18)

No existe un acuerdo en cuanto a los estadios de desarrollo a lo largo de la vida. Algunos teóricos consideran que el desarrollo se produce en estadios o fases cualitativas bien definidas que aparecen en el mismo orden en todos los individuos. Otros teóricos describen el desarrollo como un cambio gradual que puede tener o no un orden fijo; no creen que pueda identificarse ningún estadio definido.

Papalia, Wendkos y Duskin (2010) aseveran:

A lo largo del desarrollo del ciclo vital los cambios producidos por el desarrollo pueden adoptar formas diversas. Aunque se logren nuevos modos de funcionamiento y objetivos más avanzados, el cambio puede que no sea siempre positivo. Aunque los seres humanos son maleables, existen limitaciones al cambio. El desarrollo es el resultado de interacciones o transacciones entre variables biológicas, psicológicas y socioculturales. (p. 4)

Se observa dentro de todo este concepto de desarrollo varios cambios en el transcurso de un proceso, pero el más notorio siempre es el físico, sin embargo no se puede dejar de lado el intelectual y el emocional que van dando las pautas de la distinta evolución en cada ser humano en el que por supuesto influye siempre el contexto que cada individuo posee.

1.1 Desarrollo del niño y el adolescente

“Los niños tienen su propia lógica y formas de conocer el mundo, las cuales siguen patrones predecibles del desarrollo conforme van alcanzando la madurez e interactúan con el entorno, la interacción es recíproca (Piaget Suiza 1,896)” (Meece, 2001 p.101)

Papalia, Wendkos, y Duskin (2010) exponen:

Los niños utilizan lo que ya saben de lo que han aprendido y hacen una interpretación de nuevos hechos y objetos, pasan por cuatro etapas en un mismo orden y una vez que entran a una etapa, no retrocede a una forma anterior de razonamiento y por otro lado, no es posible omitir ninguna de las etapas.

También organizan el conocimiento en esquemas, lo cual quiere decir que es en conjunto de acciones físicas, operaciones mentales y conceptos en donde adquieren información sobre el mundo y conforme van pasando las etapas van al mismo tiempo mejorando la capacidad de emplear esquemas complejos y abstractos que les permiten organizar, reorganizar y diferenciar su conocimiento. (p. 4)

El desarrollo en la adolescencia de igual forma conlleva cambios y es una etapa en la que llega luego de las distintas etapas de la niñez y abarca desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo.

Según la Organización Mundial de la Salud (2010) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.

1.2 Teoría del desarrollo según Piaget

Meece, 2001 expresa:

Jean Piaget sentó las bases de lo que hoy se conoce como teoría del desarrollo, hizo varios estudios de la infancia con niños dividiéndola en etapas, las cuales él llamó estadios, estas se dividen en diferentes edades. Mostró en su teoría que el niño busca activamente el conocimiento a través de sus intercambios con el ambiente, con esto van adquiriendo distintas formas de conocer y es por esto que es necesario operar sobre la información, transformándola para que adquiriera significado para los infantes. (p.103)

Papalia, Wendkos, y Duskin, 2010 explica:

El método clínico de Piaget combinaba la observación con preguntas flexibles para averiguar cómo piensan los niños y a partir de observar a sus hijos y otros niños creó una teoría general del desarrollo cognoscitivo, propuso que el desarrollo cognoscitivo comienza con una capacidad innata de adaptarse al ambiente. (p.31)

Etapas o estadios según Piaget por las cuales atraviesa el niño de acuerdo con su edad, Meece, (2001) describe, acorde a la edad.

Cuadro No. 1
Etapas o estadios según Piaget

<p>Etapa sensoriomotora (nacimiento a 2 años) el niño aprende los esquemas de dos competencias básicas: 1) la conducta orientada a metas y 2) la permanencia de los objetos. Piaget los consideraba las estructuras básicas del pensamiento simbólico y de la inteligencia humana. Adquisición de la conducta de acuerdo a metas, una característica distintiva del período sensoriomotor es la evidente transición del lactante de la conducta refleja a las acciones orientadas a una meta. Otro logro que ocurre en este período es la permanencia de los objetos. Es el conocimiento de que las cosas siguen existiendo aun cuando ya no las veamos ni se manipulen.</p>
<p>Etapa preoperacional (2 a 7 años) capacidad de pensar en objetos, hechos o personas ausentes marca el comienzo de la etapa preoperacional. Entre los 2 y los 7 años, el niño demuestra una mayor habilidad para emplear símbolos, gestos, palabras, números e imágenes con los cuales representar las cosas reales del entorno. En esta etapa puede pensar y comportarse en formas que antes no eran posibles, servirse de las palabras para comunicarse, utilizar números para contar objetos, participar en juegos de fingimiento y expresar sus propias ideas sobre el mundo a través de dibujos.</p>
<p>Etapa de operaciones completas (7 a 11 años) Durante los años de primaria, el niño empieza a utilizar las operaciones mentales y la lógica para reflexionar sobre los hechos y los objetos de su ambiente, su pensamiento muestra menor rigidez y mayor flexibilidad. El niño entiende que las operaciones pueden invertirse o negarse mentalmente, es decir, puede devolver a su estado original un estímulo con sólo invertir la acción. Sus esquemas cognoscitivos, su pensamiento lógico y sus habilidades de solución de problemas, se organizan en operaciones concretas y representaciones mentales, implica habilidades de clasificación para agrupar y reagrupar series de objetos.</p>
<p>Etapa de las operaciones formales (11 a 12 años en adelante) Una vez lograda la capacidad de resolver problemas como los de seriación, clasificación y conservación, el niño de 11 a 12 años comienza a formarse un sistema coherente de lógica formal. Cuando finaliza el periodo de las operaciones concretas, cuenta con las herramientas cognoscitivas que le permiten solucionar</p>

muchos tipos de problemas de lógica, comprender las relaciones conceptuales entre operaciones matemáticas ordenar y clasificar los conjuntos de conocimientos. Mientras dura la adolescencia las operaciones mentales que surgieron en las etapas previas se organizan en un sistema más complejo de lógica y de ideas abstractas.

Fuente: elaboración propia con base en el libro Desarrollo del niño y del adolescente (2010)

1.3 Familia

Como se ha aprendido desde los estudios de primaria, de acuerdo con Satir (1998), la familia es considerada la base de la sociedad, la más antigua de las instituciones sociales humanas, este grupo social primario es el medio de intermediación entre el individuo y la sociedad.

Sánchez (1984) y González (2000) afirman:

Un grupo primario natural; se le considera fundamental para proveer la gratificación de las necesidades básicas del hombre y sobre todo de los hijos, quienes por su dependencia deben encontrar plena satisfacción a sus carencias, como requisito para lograr un óptimo resultado en su proceso de crecimiento y desarrollo.

Es de suma importancia mencionar que de la vida en familia, Satir (1998) indica: “es una fuente de firmeza en la cual se establecen mutuas dependencias y vínculos afectivos entre los miembros de esta. Además, es también el primer aprendizaje emocional del individuo. (p.16)

Goleman, (1995) manifiesta:

Este aprendizaje emocional no sólo opera a través de lo que los padres dicen y hacen directamente a sus hijos, sino que también se manifiesta en los modelos que les ofrecen para manejar sus propios sentimientos y en todo lo que ocurre entre marido y mujer. En este

sentido, hay padres que son auténticos maestros mientras que otros, por el contrario, son verdaderos desastres. (p.121)

Por esta razón, es que lleva un peso de gran importancia el papel que juega la familia y los progenitores en el trayecto del ciclo vital del individuo y marca muchos de los factores que luego influyen en él y su comportamiento en una sociedad.

1.4 Tipos de familia

El concepto de familia varía según la sociedad y las culturas, sus formas varían de acuerdo a una región a otra y se manifiestan en diversas maneras.

Es por esta razón, que las Naciones Unidas (1994) definen los siguientes tipos de familia:

Cuadro No.2
Tipos de familia

Familia nuclear integrada por padres e hijos, sean biológicos o adoptados. La familia nuclear ha sido tradicionalmente la unidad básica de la estructura de la familia más grande.
Familia uniparental o monoparental se forman tras el fallecimiento de uno de los cónyuges, divorcio, separación, abandono o de la decisión de no vivir juntos, es una variación de la familia nuclear de un sólo adulto, compuesta por una madre o un padre y uno o varios hijos.
Familias polígamas en las que un hombre vive con varias mujeres o con menos frecuencia, una mujer se casa con varios hombres, es un tipo de matrimonio en que se le permite a un individuo estar casada con varias personas a la vez.
Familia compuestas que habitualmente incluye tres generaciones; abuelos, padres e hijos que viven juntos, se caracteriza por estar compuesta de varias familias nucleares, es mayormente común en entornos rurales que urbanos.
Familias extensas que además de tres generaciones, otros parientes tales como, tíos, tías,

<p>primos o sobrinos viven en el mismo hogar y la crianza de los hijos está a cargo de cualquiera de los distintos familiares que viven en la misma.</p>
<p>Familia reorganizada que vienen de otros matrimonios o cohabitación de personas que tuvieron hijos con otras parejas, por lo menos alguno de ambos como pareja aporta hijos de la unión anterior o podrían ser los dos que aporten hijos del matrimonio anterior.</p>
<p>Familias migrantes compuestas por miembros que proceden de otros contextos sociales, generalmente, del campo hacia la ciudad, se considera una reagrupación familiar.</p>
<p>Familias apartadas aquellas en las que existe aislamiento y distancia emocional entre sus miembros.</p>
<p>Familias enredadas son familias de padres predominantemente autoritarios.</p>

Fuente: elaboración propia con base en datos Naciones Unidas (1994)

La vida en familia en la sociedad generalmente se torna compleja y con diversidad de situaciones críticas.

Satir, (1998) describe:

La familia como un microcosmo que se puede estudiar en situaciones críticas como: el poder, la intimidad, la autonomía, la confianza y la habilidad para comunicación que son partes vitales en las cuales se fundamentan formas de vivir en el mundo. La vida de la familia depende de la comprensión de los sentimientos y necesidades subyacentes a los acontecimientos familiares que se dan en el diario vivir". (p. 16)

Por lo cual, observó cuatro aspectos en la vida familiar con significativa notoriedad los cuales describe así

Satir (1998) expone:

Los sentimientos e ideas que el individuo tiene de sí mismo, a los que llamó autoestima.

Los métodos que utilizan las personas como ideas a los demás, a esto lo llamo comunicación. Las reglas que usan los individuos para normar cómo debe sentirse y actuar; y que después se convierten en lo que denomino reglas que rigen en la vida familiar. Por último, la manera de cómo la gente se relaciona con otros individuos e instituciones ajenas a la familia denominado enlace con la sociedad. (p.17)

1.5 Roles

En la familia de acuerdo con Cuevas y Salcido (2010), hay tendencia a que se den funciones dentro del núcleo familiar, y cada miembro recibe y asume según las cualidades, relaciones y situación socio económica que se dan dentro de cada familia, los roles familiares son una construcción social y muy particulares de cada familia.

En cuanto a lo que es un rol familiar, esto se refiere a las expectativas y normas que el grupo familiar tiene con respecto a la posición y conducta que cada uno de sus miembros ocupe dentro del grupo, con una situación o contexto dados, es la función que tiene una persona en un lugar o situación dentro de la familia. (Cuevas y Salcido 2010)

Cuevas y Salcido (2010) relatan:

En relación con la distribución de recursos y obligaciones al interior de la casa, el espacio que les corresponde, las posibilidades económicas, trabajo doméstico, trabajo remunerado, cuidado de la familia, maternidad y paternidad; en función de tres ejes: la perspectiva de lo natural como respuesta al ordenamiento de la organización doméstica y social resulta irracional, el contexto social como factor significativo en los roles sociales atribuidos a hombres y mujeres y las formas de socialidad de ambos como determinados por los significados reconocidos socialmente en los roles. (p.109)

Las cuestiones abordadas, desde la perspectiva de los roles, los mismos autores aseguran, son en particular la distribución de tareas y actividades entre hombres y mujeres en la familia; reparto que se hace en función del significado otorgado a dichos roles, cuyo sentido surge muchas veces, de una supuesta distinción biológica, sin que haya una negociación, aspecto que imprimiría cierta tendencia de cambio en el ritmo y la dinámica familiar de acuerdo a cada cultura y sociedad.

Hay diversas formas de vivir en cada familia de nuestra sociedad y en la actualidad ha ido modificándose con un giro de noventa grados en muchos aspectos y todo esto ha dado como resultado, distintos tipos de roles en las familias.

1.6 Tipos de roles

De acuerdo con Minuchin (2004), sin dejar de mencionar que cada familia se maneja de diversas formas, dentro de los tipos de roles que se dan tradicional y jerárquicamente se puede mencionar a una familia común compuesta por padre, madre e hijos.

Aunque hoy en día las familias funcionales son lo suficientemente flexibles para permitir que los roles se intercambien de acuerdo con las necesidades familiares y de cada uno de sus miembros, también en función de las situaciones, se permite a un mismo miembro, jugar un rol distinto.

Minuchin (2003) expresa:

Para desenvolverse en forma saludable, la familia debe proteger la integridad del sistema total y la autonomía funcional, cada miembro de la familia y cada subsistema familiar debe negociar la autonomía e interdependencia de su circuito psicodinámico, lo cierto es que el rol o la función que se cumpla en la familia es lo que va a dar soporte a la estructura familiar.

(p.79)

Cuadro No. 3

Tipos de roles

<p>Rol conyugal: en donde dos miembros de una pareja cumplen funciones conyugales, mantener su espacio como pareja, compartir momentos en que los hijos no intervengan, tratar temas en que los hijos no se vean involucrados.</p>
<p>Rol parental: también asignado a la pareja, que incluye funciones tales como dar cuidado, alimentación, protección, sustento, respeto, este es un rol parental en general y está ligado a otros dos que son el paternal y el maternal.</p>
<p>El rol maternal: que tiene una función más emocional, en el que se propicia espacio para las expresiones de una forma normalizada y canalizada, alimentación, vestido, higiene y un contenido afectivo seguro que es de importancia fundamental ya que las relaciones que se establecen desde los primeros momentos de la vida, designan el desarrollo e intercambio afectivo, cuidado y educación con el que los hijos crecen y se desarrollan dentro del seno de la estructura familiar.</p>
<p>El rol paternal: con una función más racional, con espacio para tomar decisiones, de suma importancia también, ya que el modo en que esta figura cumpla su función, afectará en gran manera el desarrollo psicológico y físico de los hijos, implica una enseñanza activa en relación con la autoridad y las prohibiciones, la exploración de lugares, el modelo de comparación del cual los hijos parten e imitan y a la vez incentivan el crecimiento psicosocial.</p>
<p>El rol filial: corresponde al vínculo que cumplen los hijos hacia los padres, la cual es aprender, crecer, evolucionar, dar respeto y obediencia a la jerarquía familiar; y apoyar dentro de la estructura familiar.</p>
<p>El rol fraternal: que de igual forma lo cumplen los hijos, pero entre ellos, como hermanos se proporcionan apoyo y una relación cooperativa como pares, complicidad, ayuda mutua, discusiones, también necesitan su propio espacio para poder tratar temas entre ellos.</p>

Fuente: elaboración propia con base en datos de Healthy Children.org

1.7 Apego

Bowlby (2014), definió:

Cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido. En tanto que la figura de apego permanezca accesible y responda, la conducta puede consistir en una mera verificación visual o auditiva del lugar en que se halla y en el intercambio ocasional de miradas y saludos. Empero, en ciertas circunstancias se observan también seguimiento o aferramiento a la figura de apego, así como tendencia a llamarla o a llorar, conductas que en general mueven a esa figura a brindar sus cuidados. (p.157)

Papalia, Wendkos, y Duskin, 2010 afirma:

Luego de estas definiciones se logra comprender con claridad a que se refiere el apego en un individuo, un vínculo emocional y afectivo del cual surge la necesidad de permanecer en contacto y cerca de la otra persona. Este apego puede ser hacia una persona determinada, una mascota, un objeto, pero todo esto es concretamente del ser humano. En este caso, está dirigido específicamente al niño, del cual parte desde su nacimiento, que es desde este momento que surge la necesidad innata y busca seguridad por supervivencia, se encuentra con el primer contacto que es con la madre o con el cuidador primario, esto es esencial para su desarrollo.

“El lazo emocional positivo que se desarrolla entre un niño y un determinado individuo, es la forma más importante de desarrollo social durante la infancia”. (Feldman, 2005 p.353)

Un lazo afectivo que se va formando y que lo impulsa a buscar el contacto y la cercanía con el paso del tiempo, se hacen más notables durante momentos en los cuales se ve amenazado, como, por ejemplo, una enfermedad, una caída, separación o ausencia de la madre y se hace presente uno de los primordiales mecanismos de defensa en un niño, como lo es el llorar. (Feldman, 2005).

Una debida relación con sus figuras de apego comporta en él sentimientos de seguridad; este vínculo de apego con el correr del tiempo, no solo se da con los cuidadores primarios, si no que suele irse dando durante su evolución y desarrollo con algún otro familiar, cuidador, maestro, etc., pero su principal figura de apego siempre será su madre.

Feldman, (2005) describe:

La situación extraña de Ainsworth consiste en una secuencia de sucesos en los que participan un niño y (por lo general) su madre. Al principio, madre y bebé entran en una habitación poco familiar, y la madre deja que el bebé la explore al sentarse. Luego entra un adulto extraño a la habitación, después de lo cual la madre se va. La madre regresa y el extraño se marcha. La madre una vez más deja solo al bebé y el extraño regresa. Por último, el extraño se marcha y la madre regresa. (p.355)

1.8 Tipos de apego

Ainsworth realizó estudios acerca de las diferencias individuales en el apego en base a observaciones y estudios, como resultado dio distintas categorías de patrones de apego ya que los estilos de apego serían un reflejo de los mecanismos de ordenamiento e intercambio de los comportamientos y respuestas ante situaciones que provoquen ansiedad. De acuerdo con Bowlby (1986) encontró tres patrones del comportamiento infantil en función de las respuestas de estrés que los niños presentaban al encontrarse solos en una situación extraña.

Cuadro No. 4

Tipos de apego

Apego seguro: los infantes exhibían una respuesta de estrés ante la ausencia materna, aunque se mostraban calmos y les aliviaba el regreso de la madre. En estas observaciones se advirtió la utilización de comportamientos exploratorios. Este estilo es favorecedor del reconocimiento de la angustia y, por lo tanto, de la búsqueda de apoyo.

Apego inseguro resistente o ansioso ambivalente: los niños que respondían a esta descripción aparecían ansiosos y ambivalentes, llorando y gritando ante la vuelta de la madre; cuando ellas intentaban calmarlos, continuaban enfadados. Este estilo involucra la aparición de cierta hipersensibilidad hacia las emociones negativas.

Apego inseguro evitativo: los infantes pertenecientes a este patrón parecían no molestarse ante la ausencia de la madre, comportándose fríamente en ocasión de su regreso; estos individuos no buscaban el abrazo ni el confort materno, evidenciando prematura auto confianza, así como también respuestas defensivas. Este estilo de apego no favorece el reconocimiento del malestar.

Fuente: elaboración propia con base en el libro Psicología con aplicación en países de habla hispana (2005)

De acuerdo con Feldman (2005), en el llamado apego seguro, se puede decir que es el tipo de apego más usual durante la infancia, hace referencia a un tipo de vinculación en el cual la representación de la figura principal permite una búsqueda y descubrimiento del entorno con mayor tranquilidad. La ausencia de la figura de apego crea molestia y ansiedad, reduciendo su actividad y mostrando inquietud, y el retorno de dicha figura es generalmente bien recibida.

El mismo autor describe, el apego inseguro o ambivalente, es parte de la presencia de dudas con respecto a si la figura de apego va a manifestarse realmente a sus necesidades, no estando seguros de cuentan con su presencia, es un apego casi contrario al anterior. Esto puede deberse a un contacto débil en que las necesidades del niño en ocasiones son atendidas adecuadamente y en otras ocasiones no lo son, no sabiendo el niño qué puede esperar. Con este tipo de apego suelen mantenerse cerca de la figura de apego en todo momento, debido a la inseguridad y su marcha crea un sufrimiento exagerado. A pesar de esto, el regreso de esta figura no implica un contacto

rápido y oportuno sino cierto rechazo y apatía ante lo que él considera un abandono, aunque tiendan a acercarse y buscar el contacto.

El denominado apego evitativo, el niño tiende a no buscar seguridad y resguardo en la figura de apego, cuando la figura se va no suelen manifestar mayores niveles de angustia o turbación y al regreso de la misma, no hay manifestación de alegría o de celebración, sino que, por el contrario, existe cierto grado de indiferencia del contacto con la figura de apego. Esto puede deberse a que la figura de apego puede haberse manifestado poco sensible a las necesidades del niño, en especial si se refiere a cariño y resguardo, lo que ocasiona la evitación como consecuencia y resalta un mecanismo de defensa por el malestar y la sensación de abandono. (Feldman, 2005)

2. Diagnóstico según DSM 5

2.1 Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), “engloban diez clases diferentes de drogas: el alcohol, la cafeína, el cannabis, los alucinógenos, (con categorías independientes para la fenciclidina), los inhalantes, los opiáceos, los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, los estimulantes, el tabaco y otras sustancias (o sustancias desconocidas).” (p.481)

Asociación Americana de Psiquiatría (2014) explica:

Toda droga que se consume en exceso provoca una activación directa del sistema de recompensa cerebral, el cual está relacionado en el aspecto comportamental del individuo, cuando esto es agudo se pueden llegar a descuidar las actividades normales. De igual forma un individuo con menores niveles de control que manifiesta disfunciones en los componentes de abstinencia cerebral está mayormente predispuesto a desarrollar un trastorno por consumo de sustancias. (p.481)

2.2 Trastornos por consumo de sustancias

En el DSM 5 (2014) se manifiesta:

La característica esencial del trastorno por consumo de sustancias es la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados con dicha sustancia. En algunas sustancias estos síntomas son menos llamativos e incluso no se producen todos los síntomas. (p.483)

Dentro de los factores de mayor importancia en el consumo de sustancias es de que a pesar de que el individuo esta desintoxicado, hay un cambio profundo que se da en los circuitos cerebrales, ya que esto es persistente, todo esto se da mayormente en individuos con trastornos graves.

2.3 Trastornos inducidos por sustancias

Para la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), “La categoría general de trastornos inducidos por sustancias incluye la intoxicación, la abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos (p. ej., el trastorno psicótico inducido por sustancias, el trastorno depresivo inducido por sustancias).”

De acuerdo con la asociación, en lo que se refiere a intoxicación, la característica esencial hace referencia al desarrollo de un síndrome específico por la ingesta de una determinada sustancia, esto es usual en las personas con trastornos por consumo de sustancias, pero también podría presentarse en personas sin determinados trastornos. Dichas características provocan variaciones de la percepción, vigilia, atención, pensamiento, razonamiento, conducta psicomotora y comportamental. A un corto plazo pueden mostrarse con distintos signos muy diferentes a aquellas que se presentan prolongadas.

La asociación también asegura, que dentro de la abstinencia la característica esencial es el progreso de cambios significativos y problemáticos en lo que se refiere al comportamiento del individuo, lo cual es ocasionado por la interrupción o baja del consumo de determinada sustancia. La característica más acentuada en las personas con abstinencia es la necesidad urgente de volver a consumir la sustancia para así poder reducir los síntomas provocados por la abstinencia.

2.4 Trastorno por consumo de cannabis

Dentro de los criterios diagnósticos más relevantes de acuerdo con este tema, en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM 5 (2014) para especificar un nivel de gravedad leve se encuentran los siguientes:

“A. Patrón problemático de consumo de cannabis que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los siguientes hechos en un plazo de 12 meses:

1. Consumo recurrente de cannabis que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
2. El consumo de cannabis provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.” 305.20 (F12.10) Leve: presencia de dos a tres síntomas.

Para un criterio moderado se requiere la presencia de cuatro a cinco síntomas de los cuales en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), se pueden encontrar:

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.” 304.30 (F12.20) Moderado: Presencia de 4-5 síntomas. (p.509)

Luego, para criterio grave se requiere la presencia de seis o más síntomas, en los cuales se clasifican en el DSM 5 (2014) de la siguiente manera:

1. “Consumo recurrente de cannabis en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
2. 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.
3. 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.
4. Abstinencia, manifestada por alguno de los signos siguientes:
 - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del cannabis (Criterios A y B del conjunto de criterios de abstinencia de cannabis.
 - b. Se consume cannabis (o alguna sustancia similar) para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.” 304.30 (F12.20) Grave: Presencia de 6 o más síntomas. (p.510)

Se considera uno de los mayores y potenciales problemas dentro de estos criterios diagnósticos es el abandono o cese de actividades que impiden la funcionalidad del individuo, ya que esto en un individuo llega a afectar considerablemente, puesto que enmarca un gran esfuerzo en que él como consumidor, vuelva a integrarse a la sociedad y asuma adecuadamente sus roles; muchas áreas como la psicosocial, cognitiva y la propia salud se ven afectadas debido al consumo.

Asociación Americana de Psiquiatría (2014) expresa:

El uso continuo contribuye también al aumento de la gravedad de los síntomas y a la aparición de muchos otros trastornos, como la esquizofrenia por ejemplo y algún otro trastorno psicótico y todo esto como consecuencia puede afectar en forma negativa al tratamiento en sí en alguna afección psicótico. Entonces como puede observarse, todas las consecuencias suelen ser impedimentos en el individuo para que logre ser funcional y muy por el contrario, va agravando la situación si esto se vuelve crónico. (p.509)

De acuerdo con la asociación, también se corre el riesgo a desarrollar una depresión y luego caer en tendencias suicidas a una edad temprana adulta, por lo tanto, esto, es una complicación que debe ser abordada con una destacada profesionalidad y con un enfoque adecuado al caso que presente cada individuo. Se considera de relevancia que un consumidor conozca y se psicoeduce en cuanto a dar a conocer las evidencias científicas de los riesgos de consumir cannabis y sobre todo cannabis de una alta potencia, ya que esto incrementa el riesgo de un episodio psicótico.

Budney & Stanger (2017) aseguran, que muchos de los consumidores de cannabis tienen el concepto erróneo de que por ser una planta “natural,” no hay riesgo de ninguna índole para ellos, por lo tanto, tienden a auto justificar, para seguir con el consumo de dicha droga, sin que para ellos represente un motivo de preocupación para su salud en general y no obstante también para el desarrollo en la sociedad.

2.5 Características

Dentro de las características de este trastorno por consumo de cannabis y otros trastornos relacionados, es que están ligados con las sustancias derivadas de dicha planta.

DSM 5 (2014) expresa:

Con el tiempo, esta materia vegetal ha acumulado muchos nombres (p. ej., maruja, hierba, maría, mandanga, marihuana, cáñamo, mota y ganja, costo, hachís, chocolate, grifa). Una extracción del concentrado de la planta de cannabis que también se utiliza comúnmente es el hachís. Cannabis es el nombre genérico y quizás el término científico más apropiado para las sustancias psico-activas derivadas de la planta. (p.512)

Por lo cual, se utiliza este nombre para hacer referencia a todas las sustancias del cannabis, el cual produce una diversidad de efectos a nivel cerebral. Éste se fuma con más frecuencia y a través de una variedad de métodos como: pipas, cigarrillos, o en papel como un puro (porro). Se da también el consumo en forma oral que por lo general está mezclado con algún tipo de alimento.

De acuerdo con el manual, todo individuo que consuma con frecuencia marihuana tiene mayor tendencia a desarrollar todas las características diagnósticas de un trastorno por consumo de sustancias. Ya que algunos individuos que consumen cannabis tienen el deseo de disminuir la cantidad y continuidad del consumo, es importante reflexionar en los signos y síntomas comunes que acompañan el consumo y a la intoxicación con la meta de evaluar mejor la dimensión del consumo.

Muchas personas con el trastorno por consumo de cannabis realizan esta actividad todo el día y por períodos prolongados de meses o años, por lo tanto, pasan muchas horas del día bajo el efecto de dicha sustancia. Otras que consumen con menor frecuencia, tienen problemas recurrentes

relacionados con esto por ejemplo con la familia, la escuela, el trabajo y otras áreas importantes en su vida psicosocial. El consumo y la intoxicación de esta planta con frecuencia, puede llegar a afectar en forma negativa el funcionamiento conductual y cognitivo, y por lo cual, interferir con el rendimiento adecuado en las áreas como trabajo o la escuela. (DSM 5 2014)

Ahora con respecto al uso médico, el manual sostiene que, ya es del conocimiento de muchos, que debido a que la planta de marihuana contiene sustancias químicas que son útiles para tratar una gama variada de enfermedades y síntomas, ha sido polémico el hecho de legalizar el uso con fines medicinales. Por lo cual cada vez son más los estados en Estados Unidos por ejemplo, que han legalizado la marihuana para el mencionado uso, sin embargo la aceptación reciente de algunos de sus usos y la disponibilidad de dicha planta medicinal, puede aumentar la aparición del trastorno en los adultos mayores.

Dentro de las características asociadas que apoyan el diagnóstico, están las alteraciones del estado de ánimo, del sueño, del dolor y otros problemas similares, que muchos individuos hacen referencia de que por esas determinadas razones consumen el cannabis, esto contribuye a hacer más fuerte el uso de este. La Asociación, también describe que otro indicador importante en el diagnóstico, más que nada en casos leves, es el uso continuo de la misma, a pesar de que hay un claro riesgo de secuelas negativas ya sea en actividades que los individuos tengan a diario como también en sus relaciones.

Asociación Americana de Psiquiatría (2014), describe:

La prevalencia a los doce meses del trastorno por consumo de cannabis es de aproximadamente el 3,4 % entre los 12 y los 17 años, y del 1,5 % entre los adultos mayores de 18 años. Las tasas de este trastorno son mayores entre los varones adultos (el 2,2 %) que entre las mujeres (el 0,8 %) y entre los hombres de entre 12 y 17 años (el 3,8 %) y las mujeres de este mismo rango de edad (el 3,0 %). En las diferencias raciales y étnicas en la prevalencia son

moderadas. La prevalencia a los doce meses del trastorno varía notablemente entre los distintos subgrupos étnico-raciales en Estados Unidos. (p.512)

Aunque las estadísticas sean para Estados Unidos, no existe mucha diferencia entre los rangos de edades y géneros en cuanto a este país, puesto que el trastorno por consumo de cannabis se observa con más frecuencia en los hombres, pero la magnitud de esta diferencia es menor entre los adolescentes en general.

DSM 5 (2014) indica:

El inicio del trastorno puede aparecer en cualquier momento durante o después de la adolescencia, pero el inicio es más común durante la adolescencia o en los adultos jóvenes. Puede desarrollarse durante la pre-adolescencia, aunque suele ser infrecuente. Generalmente, el trastorno se desarrolla durante un período prolongado de tiempo, aunque la progresión parece ser más rápida en los adolescentes, particularmente en aquellos con problemas de conducta graves. (p.518)

El uso y abuso de ciertas sustancias tales como el alcohol, el tabaco o el cannabis, está considerado como una de las conductas de riesgo más usuales durante la adolescencia, por otra parte, de acuerdo con la asociación, el consumo de algunas drogas durante la adolescencia puede alterar el desarrollo neurológico normal del cerebro, lo que tendría un importante impacto a nivel psicológico y comportamental, tales efectos pueden llegar a generar desequilibrio en el control conductual, haciendo más vulnerable en adicciones a los adolescentes.

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014) describe:

El inicio temprano del consumo de cannabis (p. ej., antes de los 15 años) es un predictor robusto para el desarrollo de este trastorno y de otros tipos de trastornos por uso de sustancias y de trastornos mentales durante la edad adulta. El inicio temprano está relacionado con la

existencia de otros problemas externalizantes, sobre todo con el trastorno de conducta.”

(p.513)

Resulta de suma importancia atender a todas estas factoras ya que los adolescentes constantemente se encuentran en un hilo de riesgo muy delgado de caer en todos estos problemas de adicciones y que luego resulta tan complejo de conducir, tanto para ellos, como para las familias. Por esta razón, uno de los principales motivos de realizar trabajos de investigación de este tipo, es la necesidad de adoptar un enfoque adecuado a todos estos factores y riegos a los que ciertos adolescentes están vulnerables en la sociedad actual.

2.6 Comorbilidad

Como primer punto es de suma importancia aclarar a que se refiere este término, la Asociación describe, como la presencia en un mismo sujeto al nivel de clínica psiquiátrica y de una dependencia de una o más drogas. Esto refiriéndose específicamente al uso y abuso de cualquier tipo de drogas.

Término médico, acuñado por Fenstein (1970) el cual se refiere a: “dos conceptos: La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario. El efecto de estos trastornos o enfermedades adicionales.” (p.112)

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014) explica:

Se considera que el cannabis es una droga "puerta de entrada" porque los individuos que consumen frecuentemente cannabis tienen una probabilidad mucho mayor, a lo largo de la vida, de consumir sustancias peligrosas, como los opioides o la cocaína, que los no consumidores. (p.515)

Es difícil identificar psicosis ocasionadas por cannabis, sin embargo, el consumo de cannabis sí tiene una clara influencia sobre el inicio y curso de la esquizofrenia. La Asociación explica que, el cannabis, parece ser una droga frecuentemente utilizada por la población joven a pesar de ser una droga ilegal y al mismo tiempo una de las que más precozmente se empieza a consumir, por lo cual también es frecuentemente encontrada como psicopatología comórbida.

El uso repetido de cannabis a edades tempranas en personas genéticamente vulnerables, sobre todo, si coincide con una predisposición para depender de la droga y para la esquizofrenia, lleva a psicosis esquizofrénicas cuyo primer episodio suele presentarse antes de la mayoría de edad seguido de por lo menos un año de consumo. DSM 5 (2014) describe que, esta particular influencia del cannabis en la esquizofrenia podría ser causada porque en los individuos esquizofrénicos se da una alteración del sistema cannabinoide endógeno similar a la intoxicación por cannabis en personas sanas.

DSM 5 (2014) refiere:

El consumo de cannabis puede afectar a múltiples aspectos del funcionamiento humano normal, entre otros los sistemas cardiovascular, inmunológico, neuromuscular, ocular, reproductivo, respiratorio, así como al apetito, la cognición y la percepción, existen pocas afecciones médicas claras que concurren frecuentemente con el trastorno. (p.516)

Sin embargo, los efectos sobre la salud que con mayor frecuencia son visibles en los individuos que consumen drogas como cannabis y tabaco que afectan al sistema respiratorio, y se pueden notar síntomas respiratorios tales como bronquitis, expectoración, disnea (ahogo y dificultad al respirar) y sibilancias (sonidos en la respiración), en los fumadores crónicos. (DSM 5 2014)

En cuanto a otras alteraciones la Asociación expone que, se pueden encontrar también, depresión, ansiedad y son frecuentes al mismo tiempo, en trastornos por consumo de sustancias como heroína u otros opiáceos que buscan tratamiento por un trastorno por consumo de cannabis también.

2.7 Diagnóstico diferencial

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014) describe:

La distinción entre un consumo de cannabis no problemático y el trastorno por consumo de cannabis puede ser difícil de hacer debido a los problemas sociales, de comportamiento o psicológicos que pueden atribuirse a la sustancia, sobre todo en el contexto de un consumo de otras sustancias. (p.517)

Por lo tanto, es de suma importancia a la hora de dar un diagnóstico determinado, el cuidado en la observación e investigación de muchos de los síntomas y criterios a utilizarse es bastante complejo determinar a la primera un diagnóstico definido, máxime en individuos que son remitidos por terceras personas, ya se mezclan muchos aspectos comportamentales que usualmente suelen confundirse.

Ahora en el aspecto de otros trastornos mentales, también es de importante evaluar ciertos aspectos como los siguientes:

DSM 5 (2014) expone:

El trastorno inducido por cannabis puede estar caracterizado por síntomas (p. ej., ansiedad) que se asemejan a los trastornos mentales primarios (p. ej., trastorno de ansiedad generalizada frente al trastorno de ansiedad inducido por el consumo de cannabis, con ansiedad generalizada e inicio durante la intoxicación). El consumo crónico de cannabis puede producir una falta de motivación que se asemeja a un trastorno depresivo persistente (distimia). (p.519)

Debido a esto y aunque no están suficientemente dilucidadas las alteraciones psicopatológicas inducidas por el consumo de cannabis, es factor importante a tomar en cuenta tanto el ambiente del consumo como la experiencia previa del consumidor, los trastornos descritos relacionados

con el consumo de cannabis varían en función de las clasificaciones diagnósticas del manual; por lo tanto, cuando se da un determinado diagnóstico hay infinidad de variables a tomar en cuenta.

2.8 Estadísticas

Vásquez (2007) describe:

La marihuana es la droga de uso más utilizada después del alcohol, tabaco y cafeína. Según datos recientes de investigación el 4% de los estudiantes latinoamericanos de entre 12 y 20 años han experimentado con esta droga.

En Guatemala, 9.4% de los varones y 2.9 % de mujeres en edad escolar muestran consumo de marihuana. En establecimientos públicos 5.1% de los estudiantes han consumido marihuana por lo menos una vez en su vida; 5.8% de los estudiantes de establecimientos privados también ha consumido marihuana por lo menos una vez. El uso de marihuana en escuelas públicas ha aumentado en un 120% de 1998 a 2002. (p.44)

De acuerdo con Vásquez (2007), estas estadísticas tomadas del año 2007 en el departamento de Cobán, Alta Verapaz, Guatemala, la marihuana es la droga más utilizada, después del alcohol y el tabaco, como base se utilizó muestra de estudiantes en rango de edades de 15 a 24 años, 95 estudiantes de establecimientos públicos y 23 de establecimientos privados, de los cuales 13 eran mujeres y 105 hombres.

Todo esto muestra que el riesgo está al alcance de los jóvenes en este país y que el consumo de marihuana puede llegar a tener efectos nocivos en la salud del adolescente, ya que a diferencia de un adulto que consume, el cerebro del adolescente se está desarrollando rápidamente y muchas veces no se termina de desarrollar totalmente, hasta cerca de los 25 años de edad. También el consumo de la misma a esta temprana edad puede tener repercusiones tales como, deterioro en el

desempeño escolar, aumento en el riesgo de problemas de salud mental y riesgo de adicción a otro tipo de drogas.

3. Drogas

El concepto de droga según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (1997) define:

Droga es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.”

De acuerdo con Becoña (2010), al incorporarse en el tema de drogas se encuentra una variedad de definiciones y al mismo tiempo abarca fármacos de prescripción, sustancia psicoactiva, variedad de plantas, sustancias químicas o tóxicas para el organismo.

Este capítulo estará enfocado en las drogas de abuso, las cuales según Becoña (2010), se entienden como sustancias psicoactivas capaces de producir cambios en la percepción, estado de ánimo, conciencia y comportamiento. También muy importante tomar en cuenta que algunas sustancias pueden ser consideradas drogas o fármacos de prescripción médica pero también algunos fármacos de prescripción si son utilizados en gimnasios, por ejemplo, con la finalidad de mejorar el rendimiento físico, se considerarían drogas. Entonces algo muy importante a tomar en cuenta es que, la definición droga de abuso hace referencia a sustancias.

De acuerdo con este mismo autor, se debe tomar en consideración también que patologías como la adicción al móvil, internet, sexo, videojuegos, compras, etc., las cuales son adicciones sin sustancias, deben considerarse como problemas comportamentales y no como drogodependencias, dicho abordaje es distinto al del consumo de sustancias.

Por lo tanto, aspectos importantes a considerar tales como que, no especifica la vía de administración ya que pueden ingerirse, como el alcohol y los medicamentos, o también se fuman

como el tabaco y la marihuana y otras pueden administrarse por vía intravenosa y algunas otras también pueden ser aspiradas por la nariz, como la cocaína.

Las alteraciones que pueden llegar a causar son muy variadas, excitar, tranquilizar, desorden perceptivo, calmar dolor y todo esto susceptible a crear dependencia tanto física como psicológica, de acuerdo con la clase de sustancia, la frecuencia del consumo y la duración en el tiempo. (Becoña 2010)

3.1 Tipos de drogas

Como una primera clasificación según Geymonat (2016), se podría hacer referencia a si son legales e ilegales, el alcohol, el tabaco y el café, por ejemplo, son drogas permitidas por muchos países, y otras drogas que se encuentran bajo los regímenes y regulaciones según cada país.

De acuerdo con la OMS (2018), se han clasificado las drogas agrupándolas según sus efectos, es decir, según induzcan pautas de comportamiento similares en los consumidores. De acuerdo con este criterio las drogas pueden ser: depresoras, estimulantes o alucinógenas.

Se puede mostrar que hay varias formas de estructurar las sustancias, también se pueden determinar según su origen, según asegura este mismo autor, están las drogas naturales o sintéticas; las naturales que son aquellas que se pueden obtener de la naturaleza y las sintéticas que requieren de procesos físicos o químicos para su elaboración.

Si fuera en base a efectos, las drogas inducen a tres tipos diferentes en el sistema nervioso, de acuerdo con esta misma organización, los estimulantes que aceleran el organismo, los depresores hacen que funcione más lentamente y estimulan a una sensación de pasividad.

Según la OMS (2010), se describirán y clasificarán en depresoras y estimulantes o alucinógenas.

Cuadro No.5
Clasificación de las drogas

Depresoras: son aquellas que disminuyen el grado de actividad del sistema nervioso central y que también son fármacos, estos incluyen sedantes, tranquilizantes y medicamentos hipnóticos, tales como, alcohol, barbitúricos, benzodiacepinas. Los barbitúricos se utilizan especialmente como anestésicos por su corta duración en su acción, aunque su uso se ha extendido para ser utilizados como hipnóticos.

Estimulantes o alucinógenas: aquellas que aceleran el funcionamiento habitual del cerebro, ocasionando dificultad para conciliar el sueño, hasta un estado de larga duración de hiperactividad, en estos se incluyen anfetaminas, cocaína, cafeína.

Fuente: elaboración propia con base en el libro Manual de adicciones para Psicólogos, (2010)

3.2 Marihuana

Budney & Stanger (2017) afirman:

Cannabis es el término genérico para la sustancia psicoactiva derivada de la Cannabis sativa, una planta que crece en muchas zonas del mundo y que tiene un uso muy extendido para alterar la conciencia. El cannabis se conoce por muchos otros nombres: marihuana, hachís, dagga, bhang, ganja, dagga, maría, hierba o porro. (p.1)

Se ha cuestionado y ha sido controversial el potencial adictivo del cannabis, es decir, hay bastante escepticismo acerca de si alguien puede convertirse o no en dependiente o adicto a éste. También según Becoña (2010), las consecuencias médicas y psicosociales del cannabis han sido cuestionadas. Se le considera como una sustancia de entrada, que lleva al consumo de otras drogas más dañinas. Genera también cuestionamientos a que si se necesitan o no métodos más fuertes para ayudar a dejar de consumirlo.

Lo cierto es que el cannabis está compuesto de muchas sustancias químicas, el tetrahidrocannabinol (THC), por ejemplo, el cual ha sido descrito como el compuesto primordial que produce el llamado subidón, el cual se da cuando se fuma o se ingiere la planta. (Budney & Stanger 2017)

Budney & Stanger (2017) refieren, los tres grupos que se pueden mencionar de cannabis son: cannabis sativa, cannabis índica y cannabis rudelaris.

Cuadro No. 6
Grupos de Cannabis

Cannabis sativa	Planta con un mayor período de crecimiento, hojas con folíolos más angostos y con un color verde menos intenso, son naturalmente más aptas para el cultivo en exterior y climas cálidos, sin embargo, se puede tener provechosos resultados en interior si se le da atención adecuada.
Cannabis índica	Con una gran cantidad de ramas, su estructura es sólida y compacta, con un metro y medio de altura máximo, tienen hojas de folíolos anchos, con un color verde intenso, período de floración corto, el crecimiento y floración es más previsible, lo cual ayuda a planificar mejor su cosecha.
Cannabis rudelaris	Llamada auto floreciente, no depende de una gran cantidad de horas de luz, posee bajas concentraciones de THC y CBD, y comienza su floración apenas alcanza la madurez necesaria.

Fuente: elaboración propia con base en el libro Consumo y abuso de sustancias, (2017)

Vásquez (2007) refiere:

La marihuana contiene 421 químicos, el principal cannabinoide es el Δ -9 THC, que posee propiedades psicomiméticas. Contiene 50 tipos distintos de hidrocarburos cerosos que ayudan a crear el alquitrán cuando se fuma; 103 terpenos, la mayoría de los cuales irritan las membranas pulmonares; también contiene 12 ácidos grasos, 11 esteroides, 20 componentes

nitrogenados, así como agentes tóxicos, incluyendo el monóxido de carbono, amoniaco, acetona y benceno; además benzatraceno y benzopirina, que son inductores del cáncer y que están presentes en cantidades de 50 a 100% más altas que en el tabaco. (p.45)

De acuerdo con Becoña (2010), estos son compuestos químicos que pertenecen a varios grupos que contiene la planta, poseen alcaloides de naturaleza simple como la nicotina, su absorción es más rápida si se inhala, en cambio por vía oral es más tardada e incompleta, debido a lo cual es cuatro veces más activo inhalado que ingerido.

3.3 Definición y origen

La planta del cannabis puede llegar a medir unos seis metros de altura en las mejores condiciones; es un vegetal dioico o sea unisexual, es decir, tiene plantas macho y hembra que crecen por separado, de acuerdo con Budney & Stanger (2017), se ha utilizado durante miles de años, en distintas culturas alrededor del mundo para diferentes finalidades, algunos de los cuales son la medicina y también para la elaboración de ropa y otros fines.

Budney & Stanger (2017) afirman:

El cannabis apareció por primera vez en China hace aproximadamente cuatro mil años como una planta cultivada; se utilizaba su fibra para hacer ropa, papel, y cuerda (Abel, 1980). Con el tiempo, muchas culturas han utilizado el cannabis como medicina para varias enfermedades y en ceremonias espirituales por las alteraciones mentales que produce. (p.3)

Aseguran que, de la planta cannabis se cultiva y luego se mercantiliza en distintas formas, regularmente, se seca y se divide en mezclas que contienen toda la planta o sólo las flores no fertilizadas de la planta hembra.

Procedente del sur y centro asiático de donde tienen pruebas de su uso desde la edad antigua para ser manejada con fines religiosos; fue implantada en México con la conquista española para uso en la industria textil y con fines medicinales. En la actualidad se considera, de las drogas ilegales, la más utilizada en el mundo. (Budney & Stanger 2017)

Además, expresan que generalmente se fuma con una pipa o en cigarrillo, con menor escala se incorpora en preparados alimenticios, o como té, ya que así es de mayor potencia y a la vez nociva, su efecto es estimulante y relajante, pero en ocasiones con algún estímulo negativo, pueda ser que el consumidor de marihuana se muestre con agresividad.

Budney & Stanger (2017) afirman:

En 1941, Gran Bretaña declaró ilegal el cannabis, y Estados Unidos legisló un impuesto de transferencia de la marihuana y retiró el cannabis de la Farmacopea. En 1944, la Academia de Ciencias de Nueva York indicó que la preocupación social acerca de cannabis era exagerada y que el cannabis no conducía a la adicción, a pesar de los aspectos negativos descritos en su informe. (p. 3)

3.4 Epidemiología

Según la OMS (2015), cuando se habla de epidemiología se refiere a la ciencia que estudia la periodicidad de aparición de la enfermedad y sus determinantes en la población, dentro de las cuales se pueden incluir características demográficas, biológicas, sociales, económicas, hábitos personales y características genéticas. Básicamente el interés está centrado en la población, para saber cuándo, cómo y donde existe determinada enfermedad.

En este caso nos centraremos en el consumo de cannabis, que es considerada la droga ilegal más utilizada por los jóvenes y de la cual se empieza a consumir a más temprana edad.

Vásquez (2007) afirma:

El consumo de drogas representa uno de los mayores problemas dentro de nuestra sociedad y de muchos otros países del mundo. Ahora si nos referimos al consumo de drogas en general, la población adolescente tiene mayor incidencia, según un estudio transversal sobre el consumo de marihuana que se realizó de los estudiantes de establecimientos públicos y privados del área urbana de Cobán Alta Verapaz, que consumen esta droga se obtuvieron resultados que se analizaron en función de edad, género, categoría de establecimiento y otros parámetros que ayudaron a determinar a los grupos de mayor riesgo.

Se observa que se encontraron 4 casos positivos en el grupo de hombres y ninguno en el grupo de mujeres. La prevalencia del consumo de marihuana es de 4.21% (IC95%= 1.33 a 11.88%), los valores obtenidos no muestran relación entre el género y el consumo de marihuana ($p=0.4372$). En Resultados de establecimientos privados, se muestra 1 caso positivo en el grupo de hombres y ninguno en el de mujeres. La prevalencia del consumo de marihuana en este grupo es de 4.34% (IC95%= 0.11 a 22.84%). (p. 31)

3.5 Personalidad del consumidor

Se puede decir con respecto a la personalidad según Becoña (2010), que es aquello que es único y singular de un individuo, sus características, pensamientos, sentimientos y conductas son lo que distingue a un ser de otro.

Becoña (2010) indica:

Una característica de personalidad clásicamente asociada a las investigaciones en adicciones es la impulsividad, dentro de la cual podemos distinguir dos dimensiones. La primera de ellas estaría más relacionada con las dificultades para demorar la recompensa y con la necesidad de reforzamiento inmediato. (p. 58)

González (2008) afirma:

Que Freud encontró similitud entre la intoxicación alcohólica y los “estados maníacos”; la intoxicación no solo produce en la mayoría de los casos una sensación de bienestar transitorio, ya que una vez pasado este episodio el sujeto toxicómano experimenta un sentimiento de hundimiento, de pérdida de voluntad y de tristeza que provoca la compulsión a la repetición. (p. 7)

En definitiva, según este mismo autor, no existe una personalidad prototípica del consumidor de sustancias, hay un superior interés por conocer el papel que juega la personalidad en el curso del desarrollo de la adicción, especialmente de cara a la intervención pero lo cierto es que no se puede definir un patrón similar, simplemente rasgos de una personalidad con otra.

“...Define la búsqueda de sensaciones como la necesidad que tiene el individuo de tener experiencias y sensaciones nuevas, complejas y variadas, junto al deseo de asumir riesgos físicos y sociales para satisfacerlas (Zuckerman, 1979)” (Becoña 2010, p. 59)

3.6 Hábitos y factores de riesgo

Becoña (2010) afirma:

Entre los factores más importantes que desencadenan y provocan dependencias de distintas drogas se pueden mencionar: la disponibilidad de la droga, aceptación social de su uso, influencia del grupo de iguales, medios culturales marginales, empeño o afán de pertenencia a un grupo. (p.55)

En 2010, Becoña sostiene "... que dentro de los factores de riesgo a los que se puede enfrentar un individuo se podrían estructurar de la siguiente manera" (P. 54):

Cuadro No. 7
Factores de riesgo

Familiares	Consumo de alcohol y drogas por parte de los padres, baja supervisión familiar, baja disciplina familiar, conflictos familiares, historia familiar de conducta antisocial, actitudes parentales favorables hacia el consumo de sustancias, abuso físico.
Comunitarios	Carencia económica y social, desorganización comunitaria, cambios y movilidad de lugar, creencias normas y leyes de la comunidad que favorecen el consumo, disponibilidad y accesibilidad de las drogas.
De compañeros o iguales	Actitudes favorables de los compañeros hacia el consumo de drogas, compañeros consumidores, conducta antisocial o delincuencia a edad temprana, rechazo por parte de los iguales.
Escolares	Bajo rendimiento académico, poco apego a la escuela, tipo de escuela, conducta antisocial en la escuela.
Individuales	Biológicos, psicológicos, rasgos de personalidad.

Fuente: elaboración propia con base en el libro Manual de adicciones para Psicólogos, (2010)

3.7 Consecuencias a corto, mediano y largo plazo

En el ámbito de las drogas este mismo autor asegura, que se pueden producir diferentes tipos de efectos y a la vez las consecuencias también son diversas, dependiendo el tipo de droga, en este caso las consecuencias del consumidor de cannabis pueden producir consecuencias negativas tanto para la salud física como psíquica.

Dentro de las consecuencias que se dan en la persona que consume cannabis se pueden estructurar las siguientes tal y como lo afirma Becoña, (2010):

Cuadro No. 8
Consecuencias del consumidor de cannabis

Consecuencias a corto plazo	Vulnerabilidad personal hacia la adicción Alteración del humor Apatía
Consecuencias a mediano plazo	Disminución en la agilidad mental Disminución del deseo sexual
Consecuencias a largo plazo	Problemas severos del aparato respiratorio Problemas del corazón Problemas de memoria Brotos de problemas mayores psíquicos

Fuente: elaboración propia con base en el libro Manual de adicciones para Psicólogos, (2010)

Dentro de otras consecuencias que se pueden describir de la persona que consume en general cualquier tipo de droga, de acuerdo a este mismo autor, están los trastornos fisiológicos que van ocurriendo conforme el paso del tiempo como el síndrome de abstinencia, el deterioro del sistema nervioso central o los psicológicos como la depresión, neurosis, tendencias paranoicas, entre otras. El deterioro personal que va ocasionando fractura en las relaciones personales, el bajo

rendimiento en el área laboral o en los estudios, el área social, el debilitamiento de la voluntad cuando se vuelve esclavo de las drogas.

Becoña (2010) afirma:

Un aspecto esencial es que existe una vulnerabilidad personal hacia la adicción. Este dato parece hoy día poco cuestionable; el problema estriba en que de momento no se puede predecir qué persona concreta tiene ese mayor riesgo de desarrollo de la enfermedad adictiva.

Se puede afirmar, por tanto, que la dependencia a una sustancia es fruto de la interacción de factores biológicos (la vulnerabilidad personal y susceptibilidad del sistema nervioso) y ambientales. (p. 41)

Todo lo antes mencionado no solo afecta negativamente al individuo que consume, también se ven afectadas las personas que le rodean, especialmente las de su entorno más cercano, como es la familia o amigos cercanos.

4. Psicoanálisis

Bernstein y Nietzel (1982) afirman:

Método de terapia creado por el médico y neurólogo Sigmund Freud, de nacionalidad austriaca, el cual se basa en el análisis de los conflictos sexuales inconscientes que se originan de la niñez, sostiene que los impulsos instintivos que son reprimidos por la conciencia permanecen en el inconsciente y por lo cual afectan al sujeto. (p.351)

La *International Psychoanalytical Association* (2018), refiere que el psicoanálisis es una teoría sobre el funcionamiento de la mente humana y una práctica terapéutica.

De acuerdo con Castanedo (2008), fue fundado por Sigmund Freud entre 1885 y 1939 y continúa siendo desarrollado por psicoanalistas por todo el mundo.

Ávila, Roji & Gutiérrez (2014), sostienen que el psicoanálisis tiene cuatro áreas principales de aplicación:

1. Como una teoría del funcionamiento de la mente humana.
2. Como un método de tratamiento para los problemas psíquicos.
3. Como un método de investigación y,
4. Como una forma de ver y analizar los fenómenos culturales y sociales como la literatura, el arte, las películas, movimientos políticos y grupales.

Dentro de los aspectos generales de la teoría, Ávila, Roji & Gutiérrez (2014), aseguran que se pueden mencionar:

Cuadro No. 9

Aspectos generales de la teoría psicoanalítica

Los principales determinantes de la conducta humana, de su desarrollo, son elementos intrapsíquicos (impulsos, deseos, conflictos). Los determinantes intrapsíquicos son priorizados sobre los determinantes externos.
Los factores intrapsíquicos proporcionan las causas ocultas de las conductas o comportamientos de los individuos que se manifiestan abiertamente.
En la infancia se establecen los orígenes de los comportamientos, problemas, y conflictos de los sujetos, a partir de la satisfacción o frustración de sus necesidades básicas.
En todo esto se brinda un papel esencial a las relaciones con personas significativas (padres, hermanos, etc.) y a los hechos del pasado sobre el presente.
Para comprender, aliviar o eliminar los problemas de los sujetos, resulta necesario la investigación de los procesos intrapsíquicos de los mismos.

Fuente: elaboración propia con base en el libro Introducción a los tratamientos psicodinámicos, (2014)

Esta teoría se apoya en los principios del determinismo psíquico y la creencia de la fuerza motivacional. Bleichmar y Lieberman (2011) aseguran, que el determinismo psíquico de acuerdo al cual la conducta, los comportamientos no se deben al azar, si no que están estrictamente asociados en su mayoría por elementos inconscientes y la creencia de la fuerza motivacional de la conducta humana se deriva de la lucha entre las tendencias inconscientes, vinculadas con la satisfacción de los deseos eróticos y agresivos, por una parte, y de la otra, la necesidad de considerarlas exigencias, las normas e imposiciones de mundo externo.

De acuerdo con Bernstein y Nietzel (1982), la estructura la personalidad en el ego o el yo, súper ego y el ello; el ego se desarrolla como respuesta a los requerimientos de la realidad externa y funciona como un mediador entre esta y los instintos. El súper ego que es el resultado de la influencia del mundo externo, de la socialización del individuo, se convierte en la conciencia moral del sujeto. Por último, el ello que es conocido como “el almacén del inconsciente, donde se encuentra lo reprimido y lo simbólico.

Se encuentra también la concepción del inconsciente que para Freud consciente e inconsciente constituían dos sistemas autónomos, opuestos el uno al otro. Castanedo (2008) asegura, que el inconsciente se somete de manera pasiva al principio del placer, son intemporales, es decir, no están ordenados en el tiempo, su desarrollo es independiente al tiempo, sus contenidos son la representación de la pasión.

Los mecanismos de defensa señalados por Freud describen (Gabbard, 2002), son; represión, formación reactiva, proyección, desplazamiento, racionalización aislamiento, anulación, somatización y conversión.

4.1 Antecedentes

Se remonta a los tiempos de Charcot en Francia a finales del siglo XVIII, ya que se considera a la hipnosis como necesaria para su nacimiento. De acuerdo con Ávila, Roji y Guierrez (2014), inició con las pacientes llamadas histéricas, que presentaban varios síntomas como cegueras o parálisis sin tener alguna explicación de tipo biológica. Por lo cual Freud se fue familiarizando con investigaciones sobre la histeria en las que revelaban que mediante la hipnosis se podían inducir, eliminar y tratar toda clase de síntomas que se podían dar en los síntomas histéricos, debido a esto se sugirió una etiología psicológica y no orgánica.

Estos mismos autores aseguran, que luego Freud decide abandonar la hipnosis, explicando simplemente que para él no era una técnica con la que estuviera totalmente satisfecho, y por otra parte que no era apta a ser aplicada en todos los casos.

En el período entre 1895 y 1905 Freud, pasó por un fuerte retraimiento profesional y personal estimulado por la oposición e indignación que sus teorías provocaban. De acuerdo con este mismo autor, de la misma manera, se mostró particularmente productivo en estas situaciones adversas publicando dos obras que se consideran esenciales del psicoanálisis, La interpretación de los sueños y Tres ensayos sobre teoría sexual.

De acuerdo con Ávila, Roji y Gutiérrez (2014), en el año 1,910 se fundó la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA), pero hasta en 1,919 al finalizar la Gran Guerra entre los años 1,914 a 1,918, fue cuando el movimiento psicoanalítico internacional emprendió, geográfica y científicamente, convirtiéndose en un referente de la psiquiatría y también de la clínica.

4.2 Terapia psicodinámica

El enfoque terapéutico que se basa en las aportaciones teóricas del psicoanálisis clásico ortodoxo, que ha sido representado por Sigmund Freud, las dos corrientes tienen conceptos cercanos, pero con diferencias que han hecho de la terapia psicodinámica una terapia con mayor eficacia, por ejemplo, que utiliza menor cantidad de intervenciones, la variedad de enfoques terapéuticos y la importancia de validación científica. (Castanedo, 2008)

Este mismo autor asegura, que básicamente se nutre de los aportes del psicoanálisis, trata la comprensión de los conflictos inconscientes, la defensa psíquica y la motivación afectiva de la conducta normal y patológica. El centro de interés de este enfoque se basa en el pasado y en encontrar las relaciones existentes de los comportamientos disfuncionales actuales, las fantasías, recuerdos y vivencias del pasado.

Berstein y Nietzel (1982) afirman:

Sigmund Freud atrajo muchos seguidores, tanto durante su vida como después de su muerte. Algunos de ellos quisieron conservar sus ideas y técnicas en su forma original, mientras que otros postulaban desde pequeños cambios hasta el rechazo total de algunos de sus preceptos fundamentales. Estos cambios no sólo ofrecían alternativas a la teoría analítica, sino que sugerían un panorama más amplio de técnicas que los aceptados por la escuela ortodoxa freudiana. (p.378)

Este enfoque relativamente abarca el trabajo de todas las terapias analíticas. Bernstein y Nitzel (1982) aseguran, que la procedencia se encuentra con mayor predominio en el enfoque del psicoanálisis de Freud, pero al mismo tiempo también está la influencia de Carl Jung, Alfred Adler, Otto Rank y Melanie Klein que están considerablemente reconocidos porque desarrollaron aún más el concepto y la aplicación de la psicodinámica.

Estos mismos autores explican, igual que en el psicoanálisis y en la terapia psicoanalítica, la finalidad es llevar la mente inconsciente a la conciencia, ayudar a las personas a comprender sus verdaderos sentimientos que están profundamente arraigados, con el fin de poder resolverlos.

4.3 Fundamentos

Barber y Solomon (2016) afirman:

Sigmund Freud (1856-1939) y sus discípulos fundaron el psicoanálisis y contribuyeron enormemente al desarrollo de la psicoterapia como es conocida hoy. El abordaje de Freud fue inicialmente entendido como un método para investigar el funcionamiento mental, más que un método de tratamiento. Freud utilizaba las asociaciones libres para entender a las personas que sufrían de neurosis. En este intento de entender a aquellos individuos, trabajó para descubrir los conflictos psíquicos inconscientes de los pacientes. (p.348)

De acuerdo con los autores, los fundamentos de esta terapia nacen desde tiempos del psicoanálisis y tiene su evolución histórica con cinco temas del pensamiento psicodinámico contemporáneo.

Primero, un concepto central de la teoría psicodinámica es la existencia de contenidos, por ejemplo, creencias y procesos inconscientes, incluyendo mecanismos de defensa. Segundo, los teóricos psicodinámicos resaltan el núcleo en los conflictos de la vida humana. Los cuales surgen de deseos, miedos, fantasías y pensamientos.

Tercero, los teóricos psicodinámicos, dan énfasis en el rol de las experiencias en la infancia, básicamente la relación con los cuidadores primarios y en el desarrollo de la estructura de personalidad de un individuo desde la infancia.

Cuarto, en la actualidad la teoría psicodinámica da énfasis a la importancia de las relaciones del self, de los otros, y de las relaciones interpersonales, a diferencia del deseo de satisfacer pulsiones sexuales y agresivas descritas por Freud.

Quinto, la importancia psicoanalítica originaba en el desarrollo de la personalidad como determinada por la capacidad de regular pulsiones sexuales y agresivos, pero en la actualidad, se da también énfasis en balancear las necesidades y los deseos de dependencia e intimidad versus los de independencia y autonomía.

Por lo tanto, esta teoría que apoya la terapia psicodinámica nace y se basa en la teoría psicoanalítica, de esta hay cuatro principales escuelas que han mediado en la terapia psicodinámica. Estas son: psicología freudiana, psicología del ego, psicología de las relaciones de objeto y la psicología del sí mismo o el self. (Barber y Solomon, 2016)

4.4 Evaluación y diagnóstico

Según Becoña (2010), el diagnóstico busca la descripción, clasificación e interpretación, para identificar fenómenos y buscar las conexiones entre ellos de acuerdo con la personalidad de quien los experimenta. Es un campo bastante grande que incluye condiciones diversas tales como: signos, síntomas, síndromes, enfermedades, trastornos de personalidad, desviaciones de la conducta y situaciones de la vida cotidiana. Los mismos fenómenos no se repiten de la misma manera en una persona ni en otra, aunque sí existe cierta uniformidad que permite poder establecer psicopatología.

Becoña (2010), expresa:

La evaluación tiene como objetivo fundamental describir el problema por el que acude una persona a tratamiento de forma que pueda llegarse no sólo a diagnosticar su trastorno o trastornos y la gravedad de los mismos, sino también a planificar el tratamiento más ajustado a las necesidades detectadas y poder valorar los resultados que se van obteniendo con el tratamiento. (p.113)

Además, el mismo autor describe:

La serie de pasos para una evaluación y diagnóstico lleva una secuencia de por lo menos 5 fases que se estructuran de la siguiente manera:

1. Descripción de las conductas que constituyen el problema y de las variables que lo mantienen.
2. Formulación de hipótesis explicativas del problema.
3. Establecimiento de objetivos terapéuticos.
4. Selección de las técnicas de tratamiento.
5. Valoración de los resultados de la aplicación del tratamiento. (p.113)

Becoña (2010) expone:

En líneas generales, en cualquier tipo de evaluación psicológica en el campo de las adicciones es imprescindible obtener información sobre aspectos relacionados con:

1. Nivel de gravedad de la conducta adictiva. Se refiere a problemas que se han desarrollado en un período de tiempo más o menos grande y que se clasifican en el DSM-IV-TR (APA, 2000) dentro de la categoría de trastornos por consumo de sustancias (ver capítulo 1 y 6).

2. Problemas agudos que se presentan durante la intoxicación o la abstinencia y que aparecen detallados en la sección de trastornos inducidos por sustancias en el DSM-IVTR (APA, 2000) (ver capítulo 1 y 6).
3. Trastornos psicopatológicos. Trastornos mentales de los ejes I y II distintos al trastorno de abuso o dependencia de sustancias.
4. Estado psicológico del individuo.
5. Evaluación neuropsicológica.
6. Evaluación de los estadios de cambio. (p.114)

Los criterios diagnósticos para el trastorno por consumo de cannabis según el manual diagnóstico y estadístico DSM 5 se describen de la siguiente manera:

Asociación Americana de Psiquiatría (2014):

- A. Patrón problemático de consumo de cannabis que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los siguientes hechos 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 del mismo.
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 (véanse los Criterios A y B del conjunto de criterios de abstinencia de cannabis, págs. 517-518).
 - b. Se consume cannabis (o alguna sustancia similar) para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia. (pp. 509-510).

“La evaluación psicológica es una disciplina de la psicología que se centra en el estudio científico del comportamiento (a los niveles de complejidad necesarios) de un sujeto con el objetivo de describir, clasificar, predecir y, en su caso, explicar y controlar tal conducta (Fernández-Ballesteros, 1999)” (Becoña, 2010, p.113)

Para finalizar, con la evaluación y diagnóstico, este mismo autor asegura, que se puede decir también que las pruebas psicodiagnósticas aportan objetividad y valor a la reflexión clínica. Estas pruebas ayudan a la realización de un análisis descriptivo y explicativo de las personas y se puede confirmar que es un proceso que se lleva con un método científico en cuanto al diseño y su posterior validación.

Dentro de las evaluaciones que pueden ser utilizadas dentro de este contexto de drogodependencia en adolescentes está el MMPI (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota, para adolescentes) (2009) uso especializado en la evaluación psicológica.

Incluye las 10 conocidas escalas clínicas, 31 subescalas, 21 escalas de contenido y 6 escalas suplementarias. Contiene nuevos ítems acordes con el desarrollo y la psicopatología de las adolescentes y nuevas escalas de contenido, para problemas escolares, bajas aspiraciones y alienación, problemas de alcohol y drogas y una para evaluar inmadurez. (Butcher, Williams, Graham, Archer, Tellegen, Ben-Porath y Kaemmer, 2009).

También está la prueba Q-PAD (2018), es una prueba rápida y sencilla de aplicar y corregir para la detección y evaluación de problemas en adolescentes que incluye las variables más relevantes: ansiedad, depresión, insatisfacción corporal, problemas en las relaciones con los demás, problemas familiares, incertidumbre sobre su futuro, riesgo psicosocial, abuso de sustancias, autoestima y bienestar, Los ítems contenidos en el cuestionario, el lenguaje usado y las opciones de respuesta disponibles, han sido debidamente diseñados y validados para adaptarse a los adolescentes. Además, la relativa brevedad del cuestionario (81 ítems, entre 15 y 20 minutos de aplicación), constituye un punto fuerte de la prueba que no debe pasarse por alto debido a la escasa motivación y preocupación con la que la población adolescente realiza este tipo de pruebas, a las que suelen ser evasivos.

Se encuentra también la prueba FRIDA (2005), es un cuestionario de gran utilidad para la prevención de este tipo de conductas porque permite analizar las circunstancias personales y ambientales que suelen predisponer o facilitar el consumo de drogas de diferentes tipos. A partir

de un cuestionario de 90 ítems se analizan 7 factores que se agrupan en una puntuación global, índice de Vulnerabilidad Global, que nos informa sobre el grado de vulnerabilidad o riesgo del sujeto hacia el consumo de drogas. Los 7 factores evaluados son: reacción de la familia ante el consumo, grupo de amigos o iguales, acceso a las drogas, riesgo familiar, educación familiar en drogas, actividades protectoras, estilo educativo. Este instrumento es de gran utilidad para planificar, aplicar y evaluar programas de prevención del uso de drogas.

4.5 Terapia y farmacología

De acuerdo con Becoña 2010), dentro de la terapia que pueda tratar estos conflictos adictivos, está la psicoterapia y para ello la tarea del clínico es relacionar las conductas des adaptativas o patológicas que se expresan como síntomas, (ansiedad, depresión, estrés, fobias, trastornos de personalidad, etc.), para encontrar una posible causa del conflicto y poder realizar un tratamiento apropiado que permita al paciente desarrollar las estrategias o recursos para afrontar el mismo.

La Psicoterapia se basa en la relación entre terapeuta y paciente. De acuerdo con Bernstein y Nitzel (1982), en la utilización de procedimientos y técnicas específicas, busca generar cambios en la adaptación al medio ambiente, mejorar la salud, el incremento y desarrollo de la propia de la persona.

Becoña (2010) afirma lo siguiente:

Un psicoterapeuta es un guía entrenado, conocedor y facilitador de medios y técnicas, que pone su conocimiento a disposición de otro para que éste vea favorecido su esfuerzo de encontrar soluciones a su problema. Dicho esto, ahí va la primera deliberación: “no creemos en el papel del psicólogo clínico como salvador o curador”. Más bien hemos de considerar que nuestro papel es el de un técnico sanitario en tanto que tratamos trastornos psicológicos y

comportamentales de cuya preparación y cualificación dependerá nuestra mayor tasa de éxitos terapéuticos, que no de “curaciones”. (p.143)

El énfasis de recalcar esto, es para que se comprenda que el terapeuta posee límites de índole psicológico, físico, espiritual, espacial y temporal pero también, debe hacer que el individuo trascienda con la finalidad de que descubra su misión personal, es decir no todo es tarea del terapeuta, aunque se trate de problemas de adicciones.

De acuerdo con Castanedo (2008), dentro de los componentes importantes que debe tener la psicoterapia como parte del tratamiento están:

- Constancia en las citas ya que el seguimiento del proceso es necesario para llegar a profundizar en el conflicto.
- El espacio: Debe de ser neutral, debe brindar calidez y confidencialidad.
- El tiempo: No es posible determinar un tiempo estimado del proceso terapéutico ya que este dependerá del tipo de conflicto o trastorno, así como de su compromiso al tratamiento.
- El encuadre: Elemento fundamental en la psicoterapia, se puede definir como la suma de todos los detalles de la técnica.

Por lo tanto, la relación entre paciente y terapeuta se convierte en el principal agente para el cambio, es una tarea dual.

Como parte del tratamiento en la psicoterapia asegura Castanedo (2008), que se incluye también, luego de una evaluación y diagnóstico, la selección de técnicas adecuadas al tratamiento y seguimiento del mismo, junto con la observación, que puede ser subjetiva y susceptible a sesgos; sin embargo es útil en la investigación clínica debido a que muchos de los indicadores que podrían sugerir un trastorno son observables, por esto, es importante prestar atención de forma objetiva y no dejar de lado esta importante técnica durante todo el proceso de la terapia.

Según este mismo autor, cuando se refiere a farmacología para el abuso de sustancias que causen drogodependencia, el tratamiento farmacológico en muchos de los casos, da énfasis al síndrome de abstinencia y de mantenimiento, por ejemplo, en el de alcohol, pero cuando nos referimos al consumo de cannabis existen muchas controversias con respecto al síndrome de abstinencia.

Téllez (2013) indica:

La sintomatología del síndrome de abstinencia no se ha establecido claramente; en estudios se ha establecido como los síntomas más prevalentes el deseo de consumo, insomnio o alteraciones del sueño, ansiedad, irritabilidad, síntomas depresivos, cambios en el apetito, entre otros. La intensidad de los síntomas es variable y puede llevar a la recaída del consumo o a la búsqueda de otras drogas, como alcohol o tabaco, para el alivio de los síntomas. (p.242)

Este mismo autor asegura que la molesta sintomatología de la abstinencia puede llevar al paciente a una recaída en el consumo, el tratamiento debe estar dirigido a aliviar los síntomas con la finalidad de reducir el riesgo de recaídas y disminuir la dependencia.

Téllez (2013) describe:

Se han propuestos muchos esquemas, que van desde el uso de antidepresivos, agonistas cannabinoides, antagonistas cannabinoides, antagonistas opiáceos, agentes dopaminérgicos, suministro de glutamato a través de la N acetil cisteína, inhibidores de la recaptación de norepinefrina, ansiolíticos y estabilizadores del estado anímico; pero ninguno ha sido completamente protocolizado. Estos esquemas se hallan en fase de propuesta en el tratamiento del síndrome de abstinencia y, a su vez, en el manejo de la dependencia a marihuana. (p.242)

4.6 Eficacia de la terapia psicodinámica en el abuso de cannabis

Barber y Solomonov (2016) aseguran, la terapia psicoanalítica permite profundizar en el conflicto inconsciente que genera el síntoma. El instrumento básico del psicoanálisis es el uso del lenguaje, el elemento terapéutico que tiene el habla, permite un medio para poder hacer consciente lo inconsciente, el lenguaje permite ir conociendo el significado simbólico del conflicto debido a que el inconsciente está formado por símbolos.

De acuerdo con este autor, otro factor de apoyo en este enfoque es el identificar las funciones del yo en el aparato psíquico, ya que esto proporciona el equilibrar las fortalezas psicológicas. El tratamiento psicoanalítico facilita un instrumento de crecimiento del yo al ser menos directivo que otras corrientes, busca la causa del trastorno, el trabajo del abordaje es más profundo, ya que requiere un tiempo de tratamiento un poco más prolongado, para lograr resultados duraderos y no solamente un alivio temporal del síntoma.

De acuerdo con Olivera, et al (2011), se apoya en el modelo estructural y la psicología del yo, el cual era parte del aparato psíquico que para Freud se refiere a la estructura de la personalidad, que se divide en ello, yo y superyó. De acuerdo con este autor, se apoya al igual en cómo definió Freud la ansiedad; como una respuesta al peligro percibido que es causada por una estimulación que excede la capacidad del organismo para manejarla, por lo que supuso que la energía psíquica (libido) se acumula si las inhibiciones y tabúes no son expresados, esta energía acumulada puede aumentar a tal grado que pueda derrumbar el control del yo; cuando esto sucede se produce un estado traumático o de pánico.

Estos mismos autores aseguran, para el psicoanálisis es posible que estos estados traumáticos ocurran desde la niñez, ya que los niños no saben cómo manejar gran parte de su ambiente.

De acuerdo con Olivera, et al (2011), de todo esto surge la represión, que es la que reduce la ansiedad, pues mantiene los pensamientos e impulsos que provocan conflicto fuera del consciente del individuo; la represión no es lo mismo que el olvido, ya que el contenido

reprimido permanece en el inconsciente y es almacenado de forma simbólica, este contenido reprimido tiende a reaparecer de manera distorsionada en forma de síntomas, sueños, actos fallidos, lapsus o fantasías oníricas diurnas; estas son formaciones del inconsciente, a través de las cuales retorna lo reprimido (síntoma).

El síntoma según expresan estos mismos autores, no es más que una satisfacción sustitutiva del deseo reprimido distorsionado. El síntoma es formado por las defensas del yo, como un sustituto de una satisfacción pulsional resultado de un proceso represivo, esto podría convertirse en una adicción, por ejemplo, por lo cual el apoyo en este enfoque resulta eficaz para lograr resultados permanentes y no solamente un alivio sintomático.

4.7 Terapia individual, familiar y grupal

De acuerdo con González (1999), la terapia es el encuentro entre psicólogo y paciente en un ambiente de aceptación, confiabilidad y empatía que facilita la capacidad de expresión verbal, esta suele ser para niños, jóvenes, adultos, familias y grupos.

Cuando se habla en sí de terapia directamente para la drogodependencia, esta busca generar cambios en la adaptación al medio ambiente, mejorar la salud, el incremento y desarrollo de la persona.

Este autor asegura, en la psicoterapia familiar y grupal se busca llegar a tener en la familia o en grupo, la capacidad de expresión verbal, conflictos con un denominador común, se requiere de una adecuada capacidad de *Insight*.

...” La psicoterapia de apoyo surgió como una necesidad de brindar apoyo rápido y concreto a aquellos pacientes que por el contexto en que se encontraban, era difícil proporcionarles un tratamiento más prolongado y profundo para sus problemas (González, 1999)” (Bellak, 1993, p.21)

De acuerdo con este mismo autor, cómo se puede observar en las anteriores descripciones, existen varios tipos y modelos de apoyo para problemas de los drogodependientes, ya que todo esto supera al propio individuo y afectan a la familia. Esto lleva a plantear la necesidad de examinar todos aquellos factores familiares que influyen en los procesos de rehabilitación y de recaída, ya sea como apoyo o bien obstaculizando más el proceso.

“La concepción psicológica de los trastornos de abuso de drogas es también la que subyace en el modelo bio-psico-social o bio-conductual de Pomerleau y Pomerleau (1987)” (Becoña & Cortés, 2009, p.14).

“De acuerdo con este modelo, los componentes esenciales para explicar la iniciación, mantenimiento o abandono de la conducta adictiva son la vulnerabilidad individual, el contexto y las consecuencias (Secades, García, Fernández y Carballo, 2007)” (Becoña & Cortés, 2009, p.14).

Por lo tanto, tratándose de que el problema de las adicciones proviene mayormente de factores biopsicosociales, es de considerar que la persona con estas circunstancias deben de llevar como parte de su proceso terapia individual, familiar y a la vez tener un grupo de apoyo, es diferente para cada individuo los resultados de cada una de ellas, es decir, para algunos puede ser de mayor soporte la terapia individual, para otros la familiar y para otros el grupo de apoyo o bien todas en conjunto.

Por ejemplo, estos autores aseguran, que la intervención con adolescentes en problemas de consumo de drogas, la terapia centrada en la familia ha mostrado mejores resultados.

“En ellas se da un peso importante o central a la familia como parte de la solución del problema del consumo por la interrelación que existe entre sus miembros, por ser a veces el consumo una señal del malestar del funcionamiento familiar, por vivir muchos adictos en el seno de una familia, etc.” (Becoña & Cortés, 2010, p.162).

González (1999) asegura, que muchas variables influyen en la adaptación a cualquier tipo de tratamiento, individual, familiar o grupal, tales como: los recursos psicológicos, las características de estructura de personalidad, trastornos psicopatológicos asociados, motivación al tratamiento, tipo de redes de apoyo, y problemas médicos que puedan estar afectando.

4.8 Tratamiento y técnicas terapéuticas

Para hablar de adicciones desde un modelo de tratamiento psicológico, se requiere comprender los procesos y determinantes de la conducta adictiva, desde su causa o conflicto debido a que en este hay implícitos muchos factores que pueden ocasionar la manifestación de dicha conducta.

Este tratamiento psicológico se apoya en un modelo cuya naturaleza consiste en comprender la conducta por su relación con el contexto en el cual se manifiesta, o sea es un modelo biopsico-social.

Becoña (2010) explica:

Desde la perspectiva psicológica, es más correcta la denominación de tratamiento psicológico, que podemos definir como “una intervención profesional, basada en técnicas psicológicas, en un contexto clínico” (...) En ella un especialista, habitualmente un psicólogo clínico, busca eliminar el sufrimiento de otra persona o enseñarle las habilidades adecuadas para hacer frente a los diversos problemas de la vida cotidiana. (P.144)

En un tratamiento es de importancia tomar en cuenta lo siguiente:

Becoña y Cortés (2010) explican:

1. No hay un tratamiento único que sea apropiado para todos los individuos.
2. El tratamiento efectivo atiende a múltiples necesidades del individuo.

3. Un plan de tratamiento debe ser continuamente evaluado y modificado cuando se considere necesario para asegurarse que este atiende las necesidades del paciente.
4. El tiempo de duración del tratamiento será proporcional a los logros alcanzados.
5. En el caso de las adicciones, identificar si los individuos con algún tipo de adicción, que presentan algún tipo de trastorno mental, requieren tratamiento para ambos trastornos de forma integral.
6. En caso de las adicciones el tratamiento no necesita ser voluntario para ser efectivo. (p.15)

Estos mismos autores aseguran, que el éxito de un tratamiento psicológico efectivo de las drogodependencias, como en cualquier otro trastorno, está ligado a una evaluación adecuada para establecer un diagnóstico preciso y también a las características o variables psicológicas individuales que pueden influir en el resultado terapéutico.

“La desintoxicación médica es sólo el primer estadio del tratamiento de la adicción y, por sí misma, significa poco en lo que se refiere al uso de drogas a largo plazo” (Becoña & Cortés, 2010, p.14)

De acuerdo con estos mismos autores, como en cualquier tratamiento psicológico se puede dar inicio con la entrevista inicial, luego de esto integrar los datos en un marco unitario (diagnóstico), el esclarecimiento de signos y síntomas, comparar hallazgos con normas establecidas la utilización de sistemas de clasificación son útiles para poder predecir el curso de manifestación de los síntomas (leve, moderado y severo) y para poder ajustar el tratamiento según las necesidades del paciente, permitiendo predecir un panorama a corto y/o largo plazo de forma más precisa.

Estos mismos autores aseguran, que dentro de las metas de la terapia psicodinámica se pueden encontrar, la captación del *insight* intelectual y emocional de las causas fundamentales de la conducta del paciente y sus problemas, el poder trabajar a fondo las implicaciones de estos

insights para lo cual se vale de: la abreacción que es el recuerdo de la emoción, de la catarsis que es la liberación emocional y verbal y por último la reelaboración, que es cuando el paciente responde de una nueva manera a un conflicto antiguo. Para esto el terapeuta se vale de las siguientes técnicas: asociación libre, análisis o atención a los actos fallidos, análisis de las resistencias al tratamiento, análisis de transferencia y contratransferencia y las interpretaciones.

4.9 Esquema plan de tratamiento

Desde cualquier modelo de tratamiento psicológico que se pueda seleccionar, se requiere de la comprensión de los procesos y determinantes que llevan al paciente a la conducta adictiva. Es de vital importancia, llegar a la causa o conflicto, ya que en este hay manifiestos muchos factores que pueden ocasionar un trastorno como tal. Por lo tanto a la hora de elaborar un plan de tratamiento es relevante apoyarse en un modelo terapéutico bio-psico-social para poder comprender la conducta con su relación con el contexto.

Cuadro No. 10
Plan de tratamiento

Objetivos	Técnicas	Recursos
Conocer determinantes y causas del conflicto que ocasionan la conducta adictiva.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista psicodinámica. • Establecimiento de <i>rapport</i>. • Análisis de resistencias, transferencias y/o contratransferencias (Captación de <i>insight</i> intelectuales y 	<p>-Se desarrolla una comunicación para alcanzar la adaptación y comprensión del paciente a través de exposiciones verbales.</p> <p>-Lograr empatía y confianza brindando en el proceso un ambiente de confidencialidad para establecer vínculo terapeuta-paciente.</p>

	emocionales).	-Buscar y esclarecer conflictos psíquicos presentes y pasados que le perturban.
Trabajar a fondo causas fundamentales de su conducta adictiva y sus problemas.	<ul style="list-style-type: none"> • Asociación libre • Interpretaciones • Mecanismos de defensa. 	<p>-Expresión de todos los pensamientos, sentimientos y producciones mentales para fomentar <i>insight</i>.</p> <p>-Extraer material y distintas manifestaciones del inconsciente que puedan contener sentido oculto.</p> <p>-Identificar resistencia para lograr abrir contenido oculto para avanzar en la terapia y apoyar en una mejor medida.</p>
Lograr liberación emocional y verbal para luego establecer una transformación en donde el paciente responde a un conflicto del pasado de nueva manera y con esto conseguir apartar la conducta adictiva.	<ul style="list-style-type: none"> • Catarsis • Reelaboración 	<p>-Crear un proceso de liberación emocional y ventilar frustraciones y conflictos que lo impiden avanzar.</p> <p>-Adoptar puntos de vista más adaptativos en relación a su pasado y a la conducta adictiva que causa desadaptación a su contexto biopsicosocial.</p>

Fuente: elaboración propia (2019).

4.10 Terapia psicodinámica en la actualidad

De acuerdo con González (1999), la terapia psicodinámica es un enfoque que se ha utilizado en psicoterapia individual, de grupo y terapia familiar, el cual ha sido de utilidad para comprender y trabajar en contextos institucionales y organizacionales. En este enfoque los terapeutas apoyan a los individuos a analizar las emociones, los pensamientos, las experiencias tempranas de la vida y las creencias, para poder comprender mejor sus vidas y sus problemas actuales y para evaluar los esquemas que han desarrollado a lo largo del tiempo; es similar al psicoanálisis de Freud pero ha atravesado cambios teóricos significativos en sus más de 100 años de existencia, en términos de enfoque, esta forma de terapia usa el psicoanálisis adaptado a un estilo de trabajo menos intensivo y de resultados más inmediatos.

Ávila, Rojí y Gutiérrez (2014) afirman:

Este psicoanálisis contemporáneo toma principalmente tres direcciones: a) Quienes sin cuestionar directamente a Freud, van más allá de sus propuestas; entre ellos están quienes le dan al lenguaje o al ambiente relacional un papel determinante en la estructuración de la subjetividad, en el origen de la patología, o en la explicación del cambio; b) Quienes proponen dejar de lado la metapsicología freudiana y, en consecuencia por innecesaria la teoría pulsional, desarrollando un psicoanálisis de la matriz relacional de la que deriva la subjetividad, conocidos como perspectiva relacional y teoría intersubjetiva; y c) Quienes establecen un diálogo entre el psicoanálisis, la psicología cognitiva, y los planteamientos integradores de ésta y de la perspectiva interpersonal. (Pp.277-278)

Como se puede examinar, estas ideas a la vez muy diferentes, pero al mismo tiempo relacionadas con las propuestas psicoanalíticas. Muchos innovadores del psicoanálisis moderno han tomado esta labor de ir más allá de las teorías de Freud, aprovechando las aportaciones del psicoanálisis en un siglo de historia, a la vez dando un enfoque mucho más versátil, moderno y dinámico.

Conclusiones

Es importante que los adolescentes y jóvenes se informen respecto al consumo y uso del cannabis, ya que sus argumentos en relación a que el uso no es nocivo, son múltiples, esta visto como que es menos dañino que el tabaco, y los daños al organismo son similares, ya que el THC va de los pulmones al torrente sanguíneo y luego acaba llegando al cerebro y otros órganos; también las consecuencias a nivel personal y escolar, cuando hay un consumo habitual en un adolescente, son claras y los factores de riesgos generalmente suelen ser una frágil barrera de atravesar.

El llevar un proceso de terapia como parte del tratamiento para poder abandonar el consumo es esencial, la combinación de sesiones de terapia individual con sesiones de terapia de grupo es el mejor enfoque por seguir, y la terapia psicodinámica ofrece ambas alternativas.

La terapia psicodinámica concede gran importancia a tratar y modificar las pautas que llevan a un joven a consumir, en este enfoque, los comportamientos y los acontecimientos previos que hacen que los adolescentes lleguen al consumo de sustancias, tienen mayor relevancia a tratar, puesto que se profundiza en el conflicto inconsciente que genera el síntoma y no solo a tratar la sintomatología.

En este abordaje el trabajo es más profundo, por lo que requiere un tiempo de tratamiento un poco más prolongado, si se compara con otros enfoques, pero es para lograr resultados permanentes y no un alivio temporal, esto no significa que tenga que ser como el psicoanálisis ortodoxo en el que el tratamiento era más prolongado y más costoso. Por el contrario, esta terapia suele ser mucho más breve y con una duración normal. Este proceso apoya a que el adolescente, descubra a la larga las crisis ocultas, los traumas y los conflictos que producen la ansiedad, para luego entender y rectificar las propias dificultades.

Referencias

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (DSM-5). (5ª, Ed.). Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.

A la vanguardia de la evaluación psicológica, evaluación e intervención en adicciones. (2016, 1 de diciembre). Publicación mensual TEA ediciones. Recuperado de http://web.teaediciones.com/TemasDelMes/2016_Adicciones.pdf

Ávila, A., Roji, B. & Gutiérrez, L. (2014). *Introducción a los tratamientos psicodinámicos*. (Ed. Dig.). Madrid: Universidad Nacional de Educación a distancia.

Becoña, E. & Cortés, (2009). *Manual de adicciones para psicólogo especialistas en psicología clínica en formación*. (Ed. Socidrogalcohol). Madrid, España.

Becoña, E. (2007). *Guía Clínica de Intervención Psicológica en adicciones*. (Ed. Socidrogalcohol). Madrid, España.

Bernstein, D. & Nietzel, M. (1982). *Introducción a la psicología clínica*. (1ª. Ed.). México: McGraw-Hill.

Bleichmar, N. & Leiberman, C. (2011). *El psicoanálisis después de Freud*. México: Editorial Paidós Mexicana, S.A.

Bowlby, J. (2014). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. (5ª. Ed.). España: Morata.

Bowlby, J. (1983). *El apego*. (5ª. Ed.). Barcelona: Paidós.

- Budney AJ, Stanger C. (2017). *Consumo y Abuso de Cannabis* (Revert L, Irarrázaval M, Martín A, Matas RM, Soler SJ, Barredo E, Ortega B) En Rey JM (Ed.), Libro electrónico de IACAPAP de Salud Mental en Niños y Adolescentes. Geneva: Asociación Internacional de Psiquiatría y Profesiones Afines de Niños y Adolescentes.
- Castanedo, C. (2008). *Seis enfoques psicoterapéuticos*. (2ª. Ed.) México: Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.
- Feldman, R. S., (2006). *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana*. (6ª. Ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Geymonat, J. S., (2016). *Adicción a las drogas; una lectura psicoanalítica*. (Trabajo final de grado). Universidad de la república de Uruguay.
- Goleman, D. (2001). *Inteligencia emocional*. New York: Best-Seller Mundial
- Gonzalez, J. de J. (1999). *Psicoterapia de grupos: teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas*. México: Editorial El Manuel Moderno, S.A. de S.V.
- International Psychoanalytical Association. (2018, 2 de mayo). Sobre el psicoanálisis. PDF de psicoanálisis. Recuperado de <https://www.ipa.world/IPA/IPA.../Spanish%20About%20Psychoanalysis.pd...>
- Meece, J. L., (2001). *Desarrollo del niño y del adolescente*. Compendio para educadores. México: Editorial Lazlo Moussong.
- Minuchin, S. (2003). *Familias y terapia familiar*. (8ª. Ed.). Barcelona, España: Editorial Gedisa, S.A.

- Olivera, Cecilia; Oppedisano, Paula; Fiocca Solimei, Laura Andrea; Barrera, Concepción Esmeralda. (2011). *La Eficacia de la Psicoterapia Psicodinámica en el Tratamiento de las Drogodependencias*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
- Papalia, D.E., Wendkos, S., & Duskin, R. (2010). *Desarrollo Humano*. (11ª. Ed.). México: McGraw Hill, Interamericana editores
- Pérez, R. F., (2011). *Estudio sobre adicciones*. Brugos, España. Imprenta Provincial
- Satir, V. (2002). *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*. México: Editorial Pax
- Téllez, J. (2012). *Aspectos toxicológicos, clínicos, sociales y potenciales usos terapéuticos*. Bogotá, Colombia
- Vásquez Pacay, J. (2007). *Determinación de Tetrahidrocannabinol En orina de estudiantes de nivel diversificado del área urbana de la ciudad de Cobán, Alta Verapaz*. (Tesis de Químico Farmacéutico). Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Wicks-Nelson, R. & Israel, A. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. (3ª. Ed.). Madrid, España: Pearson Education, S.A.