

**EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL BREVE PARA
PROCESOS DE CAMBIO EN JÓVENES COLOMBIANOS CONSUMIDORES DE
MARIHUANA**

LUIS ALBERTO SALINAS LOAIZA

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA ÉNFASIS EN ADICCIONES Y VIOLENCIA
BOGOTÁ, D.C., 2016**

**EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL BREVE PARA
PROCESOS DE CAMBIO EN JÓVENES COLOMBIANOS CONSUMIDORES DE
MARIHUANA**

LUIS ALBERTO SALINAS LOAIZA

Código 460310

PATRICIA HERNÁNDEZ ZUBIETA

Directora

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA ÉNFASIS EN ADICCIONES Y VIOLENCIA

BOGOTÁ, D.C., 2016



Atribución-NoComercial-CompartirIgual 2.5 Colombia (CC BY-NC-SA 2.5)

La presente obra está bajo una licencia:

Atribución-NoComercial-CompartirIgual 2.5 Colombia (CC BY-NC-SA 2.5)

Para leer el texto completo de la licencia, visita:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/co/>

Usted es libre de:



Compartir - copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra

hacer obras derivadas

Bajo las condiciones siguientes:



Atribución — Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciante (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o que apoyan el uso que hace de su obra).



No Comercial — No puede utilizar esta obra para fines comerciales.



Compartir bajo la Misma Licencia — Si altera o transforma esta obra, o genera una obra derivada, sólo puede distribuir la obra generada bajo una licencia idéntica a ésta.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
de Colombia

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROGRAMA MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

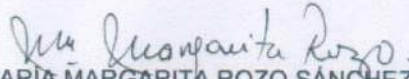
ACTA DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

En Bogotá a los cuatro (4) días del mes de abril del año 2016, se reunieron los suscritos miembros del Comité de Maestría en Psicología, para evaluar y otorgar la calificación final al trabajo de grado presentado por el estudiante **LUIS ALBERTO SALINAS LOAIZA** titulado: **"EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL BREVE PARA PROCESOS DE CAMBIO EN JÓVENES CONSUMIDORES DE MARIHUANA"**.

Una vez revisada el acta del examen de sustentación y de conformidad con los criterios establecidos por la dirección del programa, se ratificó la calificación de los jurados dada en la sustentación pública:

APROBADA


CARLOS VARGAS ORDÓÑEZ
Decano


MARÍA MARGARITA ROZO SÁNCHEZ
Directora Maestría en Psicología

“Las opiniones expresadas en este trabajo son responsabilidad de sus autores, la Facultad de Psicología sólo ha verificado el cumplimiento de las condiciones mínimas de rigor científico y de manejo ético”.

Reglamento Interno

Artículo, 65

Agradecimientos

Desde un principio muchos son los que me han acompañado en este gran esfuerzo, muchos han estado desde antes de iniciarlo, otros fueron fundamentales para la decisión de emprenderlo y otros han ido apareciendo poco a poco a lo largo del camino. Algunos han pasado y otros han llegado para quedarse, con todos he aprendido y enriquecido en experiencia y conocimiento. Después de haber recibido tanto, me veo en la satisfactoria necesidad de expresarles mi agradecimiento.

A la Universidad Católica de Colombia por la oportunidad que me brindó para convertirme años atrás en un profesional, en un especialista y hoy en Magister en Psicología. A la Dirección, personal académico y administrativo del Programa de Maestría de la Facultad de Psicología por las atenciones que tuvieron para conmigo, haciéndome sentir en casa. Gracias.

Agradezco a mi directora de tesis la profesora Patricia Hernández por su paciencia y apoyo brindados desde siempre y sobre todo por esa gran amistad que me brindó y me brinda, por escucharme y aconsejarme siempre con profesionalismo y sabiduría. Agradezco a mis jurados de tesis por sus asertivas y precisas observaciones y sugerencias en la construcción y mejora del trabajo, pues gracias a éstas se logró el enriquecimiento del proyecto, espero que las vean reflejadas en el producto final; empiezo por la docente Martha Cantor por su guía y apoyo, brindados con calidez y confianza en todo momento a lo largo del proyecto. Al Dr. Eduin Cáceres por compartir su tiempo, entusiasmo y conocimientos durante el transcurso de este proyecto. A la docente Helena Vélez por su sencillez y actitud solidaria y motivadora, en cada momento de este proyecto, por compartir su tiempo, conocimiento y experiencias de investigación, ya que fueron indispensables en etapas muy difíciles; a ella un agradecimiento muy especial. A todos ellos les expreso la seguridad de mis consideraciones, profesionales y académicas.

Dedicatoria

Deseo dedicar este trabajo a Dios, a la Santísima Virgen María y a mi madre Rosa Hilda Loaiza, por haberme regalado el don de la vida, por ser mi fortaleza en momentos de agotamiento y por brindarme una vida llena de mucha humildad, aprendizaje, experiencia, felicidad y permitirme haber llegado hasta esta etapa tan importante de mi formación profesional. En general, gracias por darme fuerzas para seguir adelante y no rendirme ante los problemas que se presentaban, enseñándome a enfrentar las adversidades sin perder nunca el norte, la dignidad, ni desfallecer en el intento. A mi familia, que me ha dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos. A mi pareja y amigos por estar siempre presentes, acompañándome para poderme realizar. A mi mascota Argus quien ha sido y es mi motivación, inspiración y felicidad.

Tabla de contenido

Antecedentes teóricos y empíricos	14
Marihuana.....	15
Factores de riesgo psicosocial	16
Factores de riesgo psicológico	17
Jóvenes /adultos.....	18
Modelos para la prevención	21
Investigaciones sobre efectividad de programas de prevención.....	26
Justificación y planteamiento del problema de investigación	28
Planteamiento del problema	36
Objetivos	37
Objetivo general	37
Objetivos específicos.....	37
Variables.....	38
Hipótesis.....	39
Método	40
Tipo de estudio	40
Participantes	40
Instrumentos de evaluación	41
Cuestionario de datos sociodemográficos	41
Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA):	41
Inventario de Procesos de Cambio (IPC)	42
Procedimiento.....	44
Consideraciones éticas	46
Resultados	49
Resultados de la encuesta	49
Resultados del pretest.....	53
Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA)	53
Inventario de Procesos de Cambio (IPC)	53
Implementación de la intervención motivacional breve.....	54
Sesiones 1 y 2.....	54
Sesión 3	56
Sesión 4	58
Sesión 5	60

Sesión 6 61

Resultados del postest 62

Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA) 62

Inventario de Procesos de Cambio (IPC) 63

Sesión de seguimiento 66

Discusión 77

Referencias 85

Apéndices 95

Lista de tablas

Tabla 1. Variables del estudio	38
Tabla 2. Caracterización de la muestra.....	41
Tabla 3. Formas en que consumen marihuana	49
Tabla 4. Frecuencia del consumo	50
Tabla 5. Expectativas asociadas al consumo de marihuana	50
Tabla 6. Comparativo pretest-postest Escala de Evaluación del Cambio (URICA)	65
Tabla 7. Comparativo pretest-postest Inventario de Procesos de Cambio	65
Tabla 8. D de Cohen y tamaño del efecto en la muestra pre y postest	66
Tabla 9. Entrevista de seguimiento	67
Tabla 10. Comparación resultados postest y sesión de seguimiento, Escala de Evaluación del Cambio (URICA)	71
Tabla 11. Comparación resultados postest y sesión de seguimiento Inventario de Procesos de Cambio ...	71
Tabla 12. Etapa de cambio en que se encuentran los jóvenes y procesos vinculados	73

Lista de figuras

Figura 1. Expectativas asociadas al consumo de marihuana	51
Figura 2. Resultados pretest Escala de Evaluación del Cambio (URICA).....	53
Figura 3. Resultados pretest Inventario de Procesos de Cambio (IPC).....	53
Figura 4. Resultados posttest Escala de Evaluación del Cambio (URICA)	62
Figura 5. Resultados posttest Inventario de Procesos de Cambio (IPC)	63
Figura 6. Comparación de resultados pre-posttest Escala de Evaluación del Cambio (URICA).....	64
Figura 7. Comparación de resultados pre-posttest Inventario de Procesos de Cambio.....	64
Figura 8. Comparación resultados posttest y sesión de seguimiento, Escala de Evaluación del Cambio (URICA).....	72
Figura 9. Comparación resultados posttest y sesión de seguimiento Inventario de Procesos de Cambio	72
Figura 10. Etapas de cambio y procesos asociados en los sujetos 1, 2 y 3.....	74
Figura 11. Etapas de cambio y procesos asociados en los sujetos 4, 5 y 6.....	74
Figura 12. Etapas de cambio y procesos asociados en los sujetos 7, 8 y 9.....	75
Figura 13. Etapas de cambio y procesos asociados en los sujetos 10 y 11.....	75

Lista de apéndices

Apéndice A. Consentimiento informado.....	95
Apéndice B. Cuestionario de datos sociodemográficos	96
Apéndice C. Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA)	97
Apéndice D. Inventario de Procesos de Cambio (IPC)	99
Apéndice E. Programa de intervención	101

EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL BREVE PARA PROCESOS DE CAMBIO EN JÓVENES COLOMBIANOS CONSUMIDORES DE MARIHUANA

Luis Alberto Salinas Loaiza, Patricia Hernández Zubieta
Universidad Católica de Colombia

Resumen

El objetivo de este trabajo fue establecer la efectividad de una intervención motivacional breve para procesos de cambio frente al consumo de marihuana en jóvenes colombianos, mediante la participación voluntaria de 15 jóvenes estudiantes universitarios (ocho hombres y siete mujeres), con edades entre los 18 y 23 años, que expresaron su deseo de no continuar consumiendo esta sustancia. El estudio se realizó bajo una metodología pre-experimental, con pretest y posttest (M1 X M2) con un solo grupo. Para el caso presente, se midieron las variaciones en los procesos psicológicos de cambio y en la disponibilidad al cambio en el grupo de 15 jóvenes consumidores de marihuana, luego de la intervención motivacional breve. El programa de prevención selectiva fue implementado mediante la estrategia de taller y permitió en cada una de las sesiones seguir de manera estructurada las estrategias derivadas del modelo transteórico. Los resultados indican que la implementación de la intervención motivacional breve afectó los procesos motivacionales de cambio asociados al consumo de marihuana, siendo efectiva para la muestra seleccionada; no pueden ser generalizados a toda la población, pero contribuyen al acopio de investigaciones en cuanto a la efectividad de la Intervención Motivacional Breve en adicciones.

Palabras clave: consumo de marihuana (29590), prevención (40290), intervención motivacional (32215), efectividad (16272), jóvenes, (26231).

EFFECTIVENESS OF A BRIEF MOTIVATIONAL INTERVENTION TO CHANGE PROCESSES IN YOUNG COLOMBIAN MARIJUANA

Abstract

The aim of this study was to evaluate the effectiveness of a brief motivational intervention to change processes against marijuana use in colombian youth through voluntary participation of 15 young people (eight men and seven women), aged between 18 and 23 years, expressing their desire not to continue consuming this substance. The study was conducted under a pre-experimental methodology, with pretest and posttest (M1 X M2) with a single group. For this case, the variations were measured in the psychological processes of change and the willingness to change in a group of 15 young marijuana after brief motivational intervention. Selective prevention program was implemented by the strategy workshop and allowed in each of the sessions follow a structured way strategies derived from TTM. The results indicate that the implementation of brief motivational intervention affected the motivational processes of change associated with marijuana, being effective for the selected sample; they cannot be generalized to the entire population, but contribute to the collection of research regarding the effectiveness of intervention Brief Motivational addiction.

Key words: marijuana (29590), prevention (40290), motivational interviewing (32215), effectiveness (16272), young, (26231).

Antecedentes teóricos y empíricos

El consumo de marihuana es la forma más frecuente en la que adolescentes y adultos en su gran mayoría, realizan la búsqueda de experiencias novedosas, apoyada en la falta de información, educación y reforzada por elementos sociales como la curiosidad o presión de grupo. El consumo de sustancias psicoactivas es uno de los aspectos con el que se tiene que enfrentar la persona y decidir, en función de sus valores y creencias, pero también de su medio socio-cultural, si consumirá o no una vez que le ofrezcan o se encuentre con ellas (García, 2008).

Para Becoña y Vásquez (2005), las personas toman decisiones en función de las consecuencias positivas o negativas que éstas les van a proporcionar, evitando aquellas conductas que les aporten repercusiones negativas. Sin embargo, los jóvenes tienden a experimentar con este tipo de consecuencias a pesar de conocer algunos de los factores de riesgo sobre su salud.

Autores como Parker, Aldridge y Measham (1998) sugieren que

los jóvenes tienden a experimentar con estas actividades de alto riesgo, debido a que el consumo no se halla directamente ligado a una respuesta pasiva frente a la oportunidad o incentivo del mismo, sino a que las decisiones sobre el consumo de drogas están relacionadas con las apreciaciones de beneficio y riesgo que suponen (p. 12).

De acuerdo con lo establecido por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 2013), existen diversas formas de consumo de sustancias: experimental, ocasional y compulsiva. La primera se caracteriza por un consumo practicado en un tiempo muy limitado, en el cual la sustancia puede ser probada una o varias veces, pero no se vuelve a consumir. La segunda es un consumo discontinuo cuya finalidad principal es la desinhibición personal para lograr la integración grupal; puede ocurrir también con fines concretos como alcanzar un mayor placer sexual. Y por último, la compulsiva, que se realiza varias veces al día, acompañada de un importante trastorno del comportamiento.

Marihuana

En el caso específico de la marihuana es indispensable tener en cuenta que en Colombia ésta es una sustancia psicoactiva ilegal. A nivel botánico, la marihuana hace parte de la familia *Cannabaceae*, del género *Canabbis*, en la cual se identifican tres especies: *Canabbis sativa*, *Canabbis* y *Canabbis ruderalis*. En esta planta los componentes químicos que producen los efectos tóxicos y médicos se encuentran en una resina dorada y pegajosa producida por las flores de estas plantas (Bakalar & Grinspoon, 1990). La *cannabis-sativa* es una planta que aloja al Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC) que es su componente activo, en la *cannabis sativa* está presente en un 5% y en el hachís en mayor concentración, de 10% a 20%; y con las modificaciones en su cultivo se ha logrado hasta una concentración del 19% al 30%.

El THC alcanza al cerebro en unos cuantos minutos. Los efectos subjetivos los experimenta el usuario normalmente a los 30 minutos de haberla fumado. Se administra también por vía oral y tópica. El THC se elimina en un periodo largo de una a cuatro semanas (Bakalar & Grinspoon, 1990).

El *cannabis* tiene efectos en cualquier sujeto que lo consuma. Esto es debido a que el THC activa a un par de receptores que están en el Sistema Nervioso Central (SNC) y en diversas otras partes del organismo. Son los (CB) 1 y 2. El CB1 tiene una expresión privilegiada en el SNC; mientras que el CB2 la tiene en el sistema inmunológico. Una de las razones por las que los adolescentes son más vulnerables a los efectos no sólo de la marihuana sino de cualquier sustancia de abuso es que la corteza prefrontal participa en la toma de decisiones, está aún inmadura en ellos; como tal, el proceso de maduración concluye hasta alrededor de los 30 años de edad, lo cual podría generar que los adolescentes tomen decisiones sin apoyarse en las consecuencias de su consumo (Instituto Nacional sobre Abuso de Droga [NIDA], 2013).

Factores de riesgo psicosocial

Los factores psicosociales son considerados eventos o condiciones de carácter psicológico y social que tienen una relación directa o indirecta con otros fenómenos o comportamientos y que pueden ser de orden causal, precipitante, predisponente o simplemente concurrente de los mismos, de acuerdo con su presencia o ausencia en circunstancias concretas. Esto los convierte en factores de tipo protector o de riesgo para la incidencia y prevalencia de las problemáticas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2010).

Los factores de riesgo psicosocial también son analizados desde la perspectiva en la que la evidencia científica muestra que no todos los individuos están en el mismo riesgo de iniciar y desarrollar dependencia (Barlow, 2007). Ésta se da por una combinación de factores que incrementan la vulnerabilidad y una ausencia de factores que protegen al individuo (por ejemplo supervisión de padres, alta autoestima, etc.). Los factores que aumentan la vulnerabilidad pueden ser biológicos y se relacionan con la sensibilidad a los efectos de la marihuana; los factores genéticos marcan una predisposición de las personas a desarrollar dependencia a la marihuana; los factores ambientales o psicosociales pueden incluir la exposición a la marihuana y la experiencia de sucesos en la infancia, especialmente cuando se ha sido víctima de violencia. Un funcionamiento familiar caracterizado por patrones negativos de educación y crianza, una actitud negativa hacia la familia, un sistema familiar en crisis o un escenario disfuncional enmarcado por el abuso de alcohol u otras sustancias psicoactivas en el hogar, está asociado a los primeros consumos en los adolescentes (Carballo, et al., 2007; Dorius, Bahr, Hoffman & Lovelady, 2007).

La relación con personas consumidoras, generalmente los iguales, la valoración que éstos realizan sobre las sustancias psicoactivas (SPA) y el grado de presión social que ejercen en el consumo, es un factor de riesgo de gran importancia para el inicio del consumo de dichas

sustancias (Reifman, Barnes, Dintcheff, Uhlig, & Farrell, 2006; Turrissi, Wiersma & Hughes, 2005, como se citaron en Carballo, et al., 2007; Dorius, et al., 2007).

La insatisfacción con las relaciones interpersonales ha sido relacionada con el consumo de SPA por diferentes estudios que han demostrado que las personas jóvenes atribuyen un alto valor a las SPA, porque constituyen un medio rápido y sencillo de sentirse aceptados en el círculo de relaciones entre iguales (Allen, Porter, McFarland, Marsh, & McElhaney, 2008)

Estos factores de vulnerabilidad según refiere Becoña (2009), son la probabilidad que tiene una persona para desarrollar una condición, ésta, a su vez, está determinada por la magnitud de los factores de riesgo intra e interpersonales, emocionales, cognitivos y sociales. Éstos se definen como aquellas condiciones que anteceden al problema y que aumentan la probabilidad de que éste ocurra. Así, por ejemplo, el padecer un trastorno emocional en la infancia temprana y llegar a la adolescencia sin haber recibido tratamiento, constituye un factor de riesgo para el abuso de marihuana al aumentar la probabilidad de que éste ocurra como un intento del individuo para enfrentar su problema emocional.

Factores de riesgo psicológico

Algunos de los factores psicológicos que se identifican son la autoestima, las alteraciones psicológicas y el maltrato, entre otros. Una alta autoestima, considerada como una variable intensamente vinculada a la autoeficacia o sentimiento de ser competente y hábil, es de gran importancia para que una persona se sienta capaz de negarse al consumo de SPA (Gutiérrez-Baró & Aneiros-Riba, 2005). No obstante, los resultados de las investigaciones son contradictorios y poco concluyentes, asociando también la presencia de una alta autoestima con el consumo de SPA (Faggiano, et al., 2008; García & Carrasco, 2006; Malcolm, 2004).

Alteraciones psicológicas como ansiedad, depresión y estrés, se han asociado al consumo de SPA en la medida en que éstas constituyen una forma fácil y rápida para experimentar

sensaciones placenteras, modificar los sentimientos asociados al malestar emocional, reducir los trastornos emocionales, mitigar la tensión y el estrés y afrontar los cambios y presiones del entorno gracias a sus efectos sobre el sistema nervioso (Galaif, Sussman, Chou, & Wills, 2006; Gutierrez-Baró, & Aneiros-Riba, 2005).

El maltrato, considerado como la violencia-interpersonal que cubre un abanico de actos y comportamientos desde la violencia física, sexual y psicológica, hasta la negligencia y el abandono (OMS, 2010), ha sido ampliamente reconocido como un importante predictor del consumo de SPA y relacionado con la adicción y sus consecuencias negativas a largo plazo.

Otros elementos a considerar por ejemplo, son los planteados por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT, 2011). Han encontrado que el *cannabis* ha sido asociado ampliamente y consistentemente con alteraciones temporales en velocidad de procesamiento, atención, memoria, control ejecutivo y toma de decisiones durante las horas y días posteriores al consumo. Sin embargo, estudios recientes que han comparado la ejecución de consumidores de cannabis en distintos momentos temporales de abstinencia, apuntan a que la mayoría de estas alteraciones parecen recuperarse durante la abstinencia.

Jóvenes /adultos

En algún momento de la evolución cognitiva los jóvenes son teóricamente capaces de interpretar que las acciones realizadas en el presente, tendrán consecuencias para el futuro, llevándolos a proyectarse a lo largo de la vida y no a periodos cortos de dos o tres años como máximo. Según Piaget (1970), el desarrollo del pensamiento alcanza un paso más: el adulto pasa del pensamiento formal al pensamiento pos-formal que tiene la particularidad de que la persona es más flexible frente a las diversas situaciones a las que enfrenta.

Después de la adolescencia, cuando la madurez biológica está casi plenamente alcanzada, los procesos psicológicos están determinados por la particular historia del individuo, la

asimilación de la experiencia, las tareas del desarrollo a las que se debe hacer frente, los factores culturales y los valores dominantes del medio, con frecuencia factores variables de unas sociedades a otras y temporalmente cambiantes dentro de una misma sociedad. Se podría decir que la complejidad de la organización social y la variabilidad de los contextos vitales explicarían tanto la diversidad de las características normales del desarrollo individual como las diferentes trayectorias evolutivas que se siguen en la construcción de la identidad y la asunción de los roles adultos (Gaviria, 2007). En definitiva, la edad en la que las personas se incorporan a la adultez varía de unas sociedades a otras, de unas épocas a otras y está condicionada por la extensión temporal de la adolescencia (Schaie & Willis, 2008).

Siendo los jóvenes una población vulnerable dentro de la problemática de consumo de marihuana, es indispensable entender la clasificación con la que se cuenta a nivel mundial y nacional. Según la OMS (2010), se define juventud como el periodo comprendido entre los 10 y los 24 años de edad, organizada de la siguiente manera: de los 10 a los 14 años pubertad, de los 15 a los 19 años adolescencia y de los 20 a los 24 años juventud plena.

El periodo de los 20 a los 30 años no tiene una denominación evolutiva específica; se la ha llamado adolescencia prolongada, adultez emergente, adultez temprana, juventud, estableciéndose dificultad para delimitar teóricamente la variabilidad psicológica de estas personas (Arnett, 2010).

En Colombia, para los fines de participación y derechos sociales, se entiende por joven la persona entre 14 y 26 años de edad. “Entiéndase por juventud el cuerpo social dotado de una considerable influencia en el presente y en el futuro de la sociedad, que puede asumir responsabilidades y funciones en el progreso de la comunidad colombiana” (Congreso de la República, 1997, p. 1)

La concepción que se tiene sobre las diferentes drogas, que a su vez dependerá tanto del consumo, como de las creencias y de la propia construcción social de las sustancias, será determinante en el consumo de las mismas, como ocurre en el caso de la marihuana, según refiere (Becoña, 2009).

Dentro de las investigaciones realizadas en los últimos años es de destacar la ejecutada en el II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria, Comunidad Andina de Naciones (CAN) (2013), cuyos resultados determinan que con respecto a la marihuana, un 20% de los consumidores recientes (último año), evidencian signos de dependencia, la cual es mucho mayor entre hombres que entre mujeres en un 10%. Para el 21.3% de los estudiantes, consumir una o dos veces marihuana no representa ningún riesgo. En cuanto a la edad, la percepción de riesgo fue mayor en los estudiantes con más de 25 años y menor en los estudiantes con edades entre 19 y 20 años. Cerca de uno de cada diez estudiantes que consumen marihuana presentan signos de abuso y dos de cada diez, signos de dependencia. Ambos indicadores fueron mayores en hombres. Los resultados muestran un aumento importante del consumo y de los signos de dependencia tanto en hombres como en mujeres, pero mucho mayor en los primeros. Aunque la percepción de gran riesgo sea de las más bajas, se observa una relación directa tanto entre el consumo como los signos de dependencia a esta sustancia y los síntomas de ansiedad y/o depresión, similar a lo observado en el alcohol. Por último, la gran facilidad de acceso que se tiene a la sustancia, es un factor de riesgo que también puede explicar el aumento inusitado del consumo (CAN, 2013).

La información brindada por las investigaciones sobre el consumo de marihuana en jóvenes, facilita la puesta en marcha de campañas y programas preventivos. En los países desarrollados entre un tercio y la mitad de los escolares experimentan con la marihuana antes de finalizar la secundaria. Datos aportados por el OEDT (2008) en el estudio European School

Survey Project on Alcohol and Drugs (ESPAD), realizado en 30 países, muestran que en Europa 30% de los jóvenes han consumido marihuana durante su secundaria, siendo los países del Este los que arrojan datos superiores con un 38%.

En las últimas dos décadas las características generales y los contenidos de los programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia han experimentado un notable cambio, disminuyendo la importancia concedida a los efectos negativos del consumo a largo plazo, ya que se ha demostrado que el impacto de estos programas es limitado y su efectividad decrece o desaparece con el tiempo. Además, algunas intervenciones se han centrado en una perspectiva de abstinencia total, lo que ha sido criticado por producir un efecto de rechazo entre gran parte de los jóvenes en riesgo (OEDT, 2008).

La Biblioteca Cochrane Plus (2015) publicó los resultados del meta-análisis a seis estudios que tuvieron como objetivo realizar una Intervención Breve (IB) con adolescentes para reducir el consumo de cannabis y otras drogas. Dicho estudio concluye que:

Hay algunas pruebas sobre la efectividad de la IB en cuanto a la reducción del consumo de drogas en adolescentes, en particular el cannabis, en comparación con solamente la evaluación. Sin embargo, es prematuro establecer conclusiones definitivas acerca de la efectividad de las intervenciones escolares breves para la reducción del consumo de drogas en adolescentes. Deben realizarse estudios adicionales de alta calidad que examinen la efectividad relativa de las IB para el consumo de drogas y otros comportamientos problemáticos, en particular en países de ingresos bajos y medios (p. 120).

Modelos para la prevención

Urrego (2014) especifica los modelos psicosociales para la prevención, sobre los cuales sustenta la elaboración de su propuesta de prevención. Durante los años 50 se desarrolla el modelo de creencias en salud, con el claro objetivo de brindar una explicación a la pobre

participación de las personas en los programas preventivos de salud pública. Al realizar algunos ajustes al modelo, dirigiéndolo a la explicación de una variedad de conductas; autores como Kirscht (1974), estudiaron la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad (creencias relacionadas con el estilo de vida de jóvenes latinoamericanos).

Otros trabajos identifican variables como la percepción de vulnerabilidad y la percepción de gravedad. Lo que Rosenstock (1966) propone, es que los factores del modelo que determinan la conducta de salud son de dos tipos: la percepción de amenazas sobre la propia salud y las creencias de los individuos sobre la posibilidad de reducir esas amenazas.

La percepción de amenazas sobre la propia salud se encuentra determinada por los valores generales sobre la salud, las creencias específicas sobre la propia vulnerabilidad ante la enfermedad (percepción de vulnerabilidad) y las creencias sobre la gravedad de la enfermedad (percepción de gravedad); por su parte, las creencias sobre la posibilidad de reducir la amenaza se encuentran en función de la percepción sobre la eficacia de las medidas concretas para reducir las amenazas y la convicción de que los beneficios de la medida superan los costos (percepción de beneficios y barreras) (Rosenstock, 1966).

Las estrategias focalizadas en la prevención que tienen como objetivo controlar y/o evitar conductas de riesgo, aumentan su efectividad si vinculan el componente cognoscitivo, tal como afirma Fineberg (1988): “aunque el conocimiento de algo, por sí solo, no es un indicador de cambio conductual, sí se ha demostrado que cierta cantidad de información es necesaria para iniciar el proceso que conducirá a un cambio de comportamiento” (p. 592).

Dentro de las concepciones básicas del diseño de modelos de prevención e intervención en salud, dirigidos a ciertos grupos poblacionales, se deben incluir factores cognoscitivos que produzcan el impacto deseado y aumenten las probabilidades de éxito.

Algunos señalamientos realizados por Hochbaum, Sorenson y Lorig (1992) han referido que las teorías cognoscitivo-sociales y del comportamiento, proveen elementos valiosos que proporcionan una estructura sobre la que se podría apoyar su planificación, realización y respectiva evaluación.

El modelo psicométrico se estructura en una concepción cognitivo-conductual, donde los riesgos y su percepción se encuentran en función de las atribuciones al peligro. Este paradigma se enfoca en las percepciones individuales del riesgo, dejando en un segundo plano aspectos del ambiente social y cultural, como componentes del contexto donde se da la percepción del riesgo (Sjöberg, 2000).

En la misma línea, Slovic, Finucane, Peters y MacGregord (2004) señalan que los seres humanos utilizan dos mecanismos para comprender el riesgo: el sistema analítico y el sistema experiencial. El primero funciona sobre la base de la aplicación de algoritmos y reglas, permitiendo estimar el riesgo bajo parámetros lógicos. Este método requiere un control de la conciencia y como proceso es más lento. En cambio, el segundo se caracteriza por ser intuitivo, rápido, no muy accesible a la conciencia y relativamente automático. Este último, permitió en gran parte la supervivencia de la raza a lo largo de la historia y aún está presente, siendo un puente entre la evaluación de las experiencias y las emociones.

Ambos sistemas poseen relaciones muy complejas entre sí. En este tema se ha demostrado que el razonamiento analítico no puede ser efectivo a menos que esté guiado por emociones y afectos; por consecuencia, para el campo de la gestión del riesgo y planes de prevención no se puede esperar que sólo usando números, gráficos o cálculos monetarios, enfoque cuantitativo, se logren los cambios esperados, a menos que éstos estén apoyados por implicancias emocionales (Slovic et al., 2004).

En la sociedad, actualmente, muchos riesgos se encuentran invisibles y son manipulados por diversos intereses, mediante la ampliación o minimización de aquellas potenciales situaciones riesgosas, como lo mencionan Fernández, Cornes y Codesido (1997). Los autores sostienen que el riesgo es construido socialmente y el individuo es quien lo percibe y le da un valor.

Los jóvenes cometen errores o sesgos cognitivos al realizar la evaluación del grado de riesgo frente al consumo de sustancias, llegando en ocasiones al punto de auto-evaluarse como invulnerables. Este fenómeno fue descrito por Weinstein (1980) y definido como “optimismo irreal”, que es la tendencia a considerar las propias posibilidades más altas respecto a la media, para los eventos favorables, y más bajas para los eventos negativos.

Se ha determinado diferencias entre la percepción del riesgo de acuerdo con la edad; los más jóvenes se preocupan en mayor medida por acciones y conductas propias de los comportamientos juveniles a los que aún no han tenido acceso, manifestando inquietudes de carácter más social y comunitario (Alsinet, Pérez & Agulló, 2003).

Dentro de los modelos para la prevención es indispensable señalar el modelo transteórico (MTT), el cual surge a partir de la hipótesis lanzada por tres autores (Prochaska, Norcross y DiClemente, 1994) acerca de los cambios en la conducta; en esta hipótesis proponen que los cambios en el comportamiento, tanto los espontáneos como los que se evidencian después de una intervención terapéutica, están guiados bajo una serie de etapas que, se puede decir, son estandarizadas.

Este modelo, cuenta con etapas y dos dimensiones dentro de su propuesta: los procesos de cambio y las variables psicosociales intermediarias. Se refuerza con dos principios: el primero se refiere al modo en que ocurre el proceso de cambio; no de manera continua sino de manera secuencial y, el segundo indica que dependiendo de la etapa en la que se encuentre el individuo, las estrategias de afrontamiento al proceso de cambio son diferentes. Es importante señalar que el

MTT es un acercamiento multidimensional al cambio, el cual incluye la integración avanzada de los procesos y de los principios del cambio derivados de las principales teorías del comportamiento Flórez-Alarcón (2007, como se citó en Urrego, 2014).

Las etapas de cambio señaladas por el MTT son: (a) Precontemplación, caracterizada porque la persona aún no contempla la posibilidad de cambiar la conducta, ya sea debido a falta de información o a procesos cognitivos erróneos que justifican la conducta aun cuando se posee la información adecuada; (b) Contemplación, se cuenta con información suficiente acerca de la conducta y ya se ha pensado en la opción de modificarla en los próximos seis meses; (c) Determinación o preparación, el tiempo de ejecución pensado para el cambio es de un mes y la persona ya debió realizar, al menos, un intento fallido de modificación de la conducta, sin necesidad de que exista un plan de acción en el momento que sea claro y efectivo; (d) Actuación o acción, es el momento en el cual la persona ya está ejecutando la modificación de la conducta; (e) Mantenimiento, en este momento, las personas que ya están realizando la modificación conductual, se esfuerzan por prevenir cualquier recaída a partir de los seis meses de sostenido el cambio y, (f) Terminación, este es el momento en el que ya no se perciben riesgos de recaer, puesto que la conducta se encuentra completamente adoptada por el individuo Flórez-Alarcón (2007, como se citó en Urrego, 2014).

La esencia de la representación de etapas radica en plantear que la conducta saludable no se desarrolla a la manera de un proceso de forma lineal continua, sino a la manera de una secuencia de etapas sucesivas, en la que cada una aproxima más a la persona hacia la ejecución de la conducta de que se trate.

Por último, y no menos importante, tomando como referencia distintos aportes en el contexto de este trabajo, se considera que un programa es un conjunto de actividades o proyectos sistematizados y coordinados entre sí para el logro de objetivos en y para un contexto socio-

histórico determinado (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), 2009). Dentro de las características en todo programa se debería incluir: la planificación, la fundamentación teórica y empírica, la coherencia-interna con la teoría, con el contexto y en su aplicación, la flexibilidad, la gestión coordinada, el sostenimiento en el tiempo, la posibilidad de ser evaluado, la efectividad, la eficacia, la eficiencia, la viabilidad, la interdisciplinariedad y la posibilidad de que sea intra e intersectorial (Becoña, 2009).

Investigaciones sobre efectividad de programas de prevención

Banderas, Martínez y Romo (2010) llevaron a cabo el estudio titulado Prevención integral de consumo de alcohol y drogas en estudiantes universitarios: una propuesta de intervención grupal, cuyo objetivo fue implementar un taller y evaluar sus efectos preventivos en cuanto al consumo de alcohol y otras drogas en estudiantes universitarios, brindándoles herramientas para fortalecer los factores protectores y disminuir los factores de riesgo. Los resultados mostraron que el 92.5% de los participantes tuvo un cambio en todos los aspectos que se relacionan con un cuidado integral de la salud y el 96.29% encontró sentido a su vida, estableciéndose metas. Los factores de riesgo disminuyeron 74.07% y los protectores aumentaron 70.37% después de implementarse el taller preventivo. Concluyeron que es factible prevenir el consumo de drogas en estudiantes universitarios a través talleres que induzcan cambios en la apreciación del cuidado de su salud y del sentido de vida, aportando a programas de prevención primaria.

Fabelo, Iglesias y Núñez (2011) diseñaron un Programa psicoeducativo para la prevención de las adicciones en el contexto de la Universidad Médica de La Habana. Con el objetivo de prevenir las adicciones, se evaluó en 67 participantes su vulnerabilidad al estrés y la externalidad en el locus de control como factores de riesgo potenciales, mediante un diseño de prueba y posprueba. Se realizó la intervención con talleres encaminados a la promoción de la salud y prevención de las adicciones, llegando a una considerable disminución de la media en las

dos variables consideradas, pasando de 14.30 en externalidad a 8.76 y, 43.06 a 25.01 en vulnerabilidad. Concluyen que con la utilización de recursos psicoeducativos se puede contribuir a modificar conductas de riesgo.

Lira, González, Carrascoza, Ayala y Cruz (2009) evaluaron un programa de intervención breve motivacional para fumadores, del cual participaron 10 personas de entre 19 y 55 años de edad que deseaban dejar de fumar. La evaluación del programa se realizó a partir de la comparación del patrón de consumo antes, durante y después de la aplicación de la intervención breve, así como del nivel de autoeficacia antes y después de dicha intervención. Los resultados mostraron cambios significativos en el patrón de consumo entre la línea base, intervención y seguimiento. Los autores concluyen que sus hallazgos concuerdan con los observados en la aplicación de intervenciones breves en otros países, pero específicamente con los obtenidos en México con bebedores problema, usuarios de cocaína y adolescentes que se inician en el consumo de drogas.

Agrelo (2011) sistematizó las intervenciones que realizó durante cuatro sesiones de psicoterapia con nueve pacientes en tratamiento ambulatorio por consumo de sustancias, a los cuales administró un cuestionario de autopercepción de los avances logrados (ILOP), antes y después de las cuatro sesiones que correspondieron a cuatro fases específicas: fase inicial (diagnóstica/motivacional), fase media (elaboración/acción), fase media avanzada (fortalecimiento) y fase final (seguimiento). Las fases de la psicoterapia respondieron a dos niveles de intervención simultáneos: un nivel operativo, que apuntó a atenuar los daños inmediatos como consecuencia del consumo, y un nivel estructural, que abordó la problemática de manera integral y compleja, con objetivos a mediano y largo plazo. A partir de estos casos, la autora postula lo que ella define como microteorías, que responden a la relación existente entre la intervención del terapeuta, el efecto en la percepción de cambio del paciente y la fase del proceso

en la que se encuentra. Sostiene que contar con el feedback del paciente, permite ir re-direccionando las intervenciones, en función de cumplir con los objetivos del proceso terapéutico.

Justificación y planteamiento del problema de investigación

La marihuana es la droga ilícita más ampliamente utilizada en todo el mundo. Se calcula que entre 129 y 191 millones de personas con edades entre 15 y 65 años la han usado durante el último año. El consumo de marihuana perjudica el desempeño psicomotor en una amplia variedad de sus funciones, como la coordinación motora, la atención dividida, capacidades de aprendizaje y procesos de asociación mental. El uso de marihuana ocasiona diversos problemas de salud y el aumento de su consumo podría derivar en una problemática de salud global dentro de los próximos años (OMS, 2013).

El informe acerca del uso de drogas en las Américas de la Organización de Estados Americanos (OEA, 2011) afirma que la marihuana es la droga ilícita más ampliamente utilizada en el hemisferio americano; alrededor de 40 millones de adultos han usado marihuana durante el último año y la prevención de su uso debe ser una cuestión de salud pública. Al igual que en la gran mayoría de países del mundo occidental, la marihuana es la droga ilícita de mayor consumo en Colombia. En términos de prevalencia de consumo alguna vez en la vida, el 8% de las personas declara haber consumido esta droga al menos una vez, con aproximadamente el 13% en los hombres y el 4% en las mujeres (Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia & Ministerio de Salud y Protección Social, 2009).

Desde hace ya varios años, la marihuana se ha convertido en la droga ilegal más consumida en la ciudad de Bogotá. El fácil acceso para los estudiantes de colegios, universidades y la pobre percepción sobre sus consecuencias ya sea para su comercialización o consumo han incrementado el uso de esta sustancia ilícita. La escasa o distorsionada literatura científica, que

aborda las consecuencias que se desprenden del uso, abuso o dependencia de dicha sustancia logran influir en el riesgo percibido hacia su consumo (Beleño & Díaz, 2011).

En la actualidad, entidades como la OMS (2013) han adelantado estudios que buscan reflejar las estadísticas y las consecuencias del uso de esta sustancia ilegal y el riesgo para algunas naciones al legitimar su uso. En relación con la marihuana, según la Organización, es consumida principalmente por menores de 21 años, por lo que las políticas públicas deben considerar principalmente el impacto en ese grupo etario.

En adolescentes es frecuente además el poli-consumo de sustancias como alcohol, tabaco y marihuana, lo que permite, además, el consumo de otras drogas a través del mecanismo de búsqueda de placer y de recompensa subjetiva.

El Ministerio de Justicia y del Derecho, el Observatorio de Drogas de Colombia y el Ministerio de Salud y Protección Social (2011) determinaron que el 7% de los escolares de Colombia declararon haber fumado marihuana alguna vez en su vida, es decir 1 de cada 14 escolares, con diferencias significativas entre hombres (8,6%) y mujeres (5,5%). El uso de marihuana en el último año es de 5,2% para el total, con valores de 6,5% entre los hombres y 4% entre las mujeres. Un total de 178 mil escolares declararon haber consumido marihuana alguna vez durante el último año, algo más de 100 mil estudiantes hombres y 70 mil estudiantes mujeres. El 1,8% de los escolares del sexto grado declararon haber usado marihuana en el último año, cifra que se eleva hasta 8,6% en el undécimo grado. No hay diferencias por tipo de colegio, 5,1% en los públicos y 5,6% en los privados. Los departamentos con las mayores tasas de uso de marihuana son Antioquia (11%), Risaralda (9,6%) y Caldas (9,4%). En el otro extremo, César y Bolívar son los que presentan las menores tasas, inferiores al 1%.

El consumo de cualquier droga es perjudicial para la salud, especialmente para los miembros más importantes de una sociedad, como es el caso de los niños y adolescentes, sin

dejar de lado aquellas personas que presenten algunos problemas en su salud mental, o que sean susceptibles a éstos (depresión, trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia, etc.). Esta es una realidad que cada día se torna más clara para el grupo de especialistas del sistema de salud, particularmente en el caso de las llamadas drogas de diseño o duras y en aquellas de uso legal, cuyos efectos están ampliamente estudiados, como es el caso del tabaco, el alcohol y algunos medicamentos de prescripción (Beleño & Díaz, 2011)..

Becoña (2009) destaca que el inicio en el consumo de sustancias psicoactivas mantiene estrecha relación con la percepción de riesgo que los jóvenes tienen sobre éstas; a su vez puede verse afectada por la diferencia existente entre las sustancias como consecuencia de la legalización de alguna, como en el caso particular de la marihuana en algunos países.

Según Concha, Bilbao, Gallardo, Páez y Fresno (2012) la forma de pensar, lo que llaman proceso cognitivo individual, está sesgada en referencia a la información externa, dicho de otra forma, a diferencia de la creencia popular, “las personas no suelen ser capaces de ejercer control racional acerca de la información que reciben a la hora de tomar una decisión personal” (p. 117).

En el paso decisivo del proceso que es la valoración, interviene el concepto optimismo ilusorio (Sánchez-Vallejo, Rubio, Páez & Blanco, 1998; Weinstein, 1980) con el que la persona genera expectativas optimistas del futuro. De los estudios de Weinstein y otros anteriores (Kirscht, Haefner, Kegeles & Rosenstock, 1966; Harris & Guten, 1979; Rosenstock, 1974), así como estudios posteriores (Dillard, Midboe & Klein, 2011; Gold, 2008; McGee & Cairns, 2009; Patton et al., 2011) se desprende la importancia que tiene este concepto en relación con la salud. En los estudios más clásicos se demuestra que el optimismo ilusorio hace que se perciba el riesgo hacia la salud de una forma muy amortiguada aumentando la confianza de los sujetos a asumir riesgos por sentirse poco o nada vulnerables, tanto en situaciones supuestas como probables. Al respecto, Arias (2009) afirma que “la literatura actual no considera la marihuana como una

sustancia inocua, sino que los estudios epidemiológicos proponen el consumo de marihuana como factor de riesgo para otros problemas de salud mental” (p. 191). Es necesario que se realicen valoraciones más objetivas de estos problemas en estancias donde los jóvenes y adolescentes reciben asistencia médica oportuna, la realización de una evaluación e intervención preventiva sería lo ideal. En la literatura se encuentra que el término prevención a veces es utilizado de modo muy genérico. Frente al consumo de marihuana las intervenciones preventivas se agrupan en dos grandes bloques, el de la reducción del consumo (demanda) y reducción de la disponibilidad de la sustancia en el mercado al que accede el consumidor (oferta). En la terminología clásica Caplan (1980, como se citó en Becoña, 2009) ha considerado tres tipos de prevención: primaria, secundaria y terciaria. En el sentido clásico, en la prevención primaria se busca intervenir antes de que surja la enfermedad y tiene como objetivo evitar la aparición de la misma; en la prevención secundaria el objetivo es localizar y tratar lo antes posible las enfermedades cuya génesis no ha podido ser impedida con las medidas de prevención primaria; finalmente, la prevención terciaria, se lleva a cabo algún tiempo después de que la enfermedad se haya declarado y su propósito es evitar las recaídas (Becoña, 2009). Ahora bien, Gordon (1987, como se citó en Urrego, 2014) introduce una distinción a los anteriores términos de prevención de las drogodependencias, conocidas como universal, selectiva e indicada. Términos aceptados por el NIDA (2013) y rápidamente adoptados por expertos en la temática. La prevención universal se entiende como aquella que puede dirigirse a todos los adolescentes, beneficiándolos a todos por igual, como por ejemplo los programas de prevención escolar que buscan fomentar habilidades y clarificar valores. La prevención selectiva se dirige a un subgrupo de adolescentes que se encuentran por encima del promedio en términos de mayor riesgo de consumo. Por último, la prevención indicada se dirige a un subgrupo concreto de la comunidad que suelen ser consumidores, tanto a los consumidores como a los experimentadores (NIDA, 2013).

Según Urrego (2014), en Colombia son realmente escasos los programas dirigidos a prevención en sustancias psicoactivas, pues muy pocos cuentan con información de bases teóricas y empíricas de manera pública. Por tal razón, esta investigadora, apoyada en algunos antecedentes frente a la necesidad de este tipo de programas, plantea en su tesis el siguiente interrogante: ¿qué características debe contemplar un programa de prevención del consumo de marihuana para responder a las necesidades reales de universitarios consumidores? Para dar respuesta a la esta pregunta, desarrolla un taller apoyada en los resultados de su análisis investigativo.

En el presente trabajo se realizó una intervención en prevención selectiva para jóvenes universitarios, de primeros semestres que hubiesen consumido marihuana y por tanto, fueran población de riesgo. El diseño del taller se fundamentó metodológicamente en la dimensión psicológica de la prevención y promoción en salud (DPPPS) Flórez-Alarcón (2007, como se citó en Urrego, 2014) y su complemento conceptual se apoya en el Modelo Transteórico (MTT).

La formulación y puesta en marcha de planes y programas preventivos en esta materia, dirigidos especialmente a población en riesgo, haciendo uso de herramientas como la psicoeducación, especialmente con énfasis en las consecuencias sobre la salud, desestimadas o desconocidas por parte de esta población, se hace indispensable para la sociedad colombiana. De igual manera, procuraría minimizar en los consumidores la frecuencia de su uso. En el ámbito de la rehabilitación, orientaría estrategias terapéuticas dirigidas al logro de objetivos de cambio conductual resolviendo la ambivalencia existente durante la toma de decisiones asertivas hacia un posible proceso de rehabilitación.

A nivel académico, generaría aportes al conocimiento y metodología en la Línea de Investigación en Psicología Clínica, de la Salud y de las Adicciones, como también ofrecería futuros caminos de investigación para continuar trabajos dentro del bienestar institucional.

La generación de iniciativas, debe estar fundamentada en el diseño de investigaciones que ofrezcan información confiable y preferiblemente actualizada sobre los problemas de consumo de sustancias psicoactivas en los jóvenes y las dificultades asociadas. De igual manera, la falta de estudios en los que se lleven a cabo programas de prevención primaria y la publicación de sus resultados, se convierte en un obstáculo para generar políticas institucionales focalizadas en involucrar de forma masiva a los jóvenes en dichas iniciativas.

Hasta la actualidad, se ha venido desarrollando un sólido marco teórico y empírico sobre las conductas adictivas y su tratamiento, instrumentos de evaluación cada vez más sensibles, específicos y refinados, e intervenciones cada vez más eficaces (Secades & Fernández, 2008). Sin embargo, a pesar del indudable avance en el conocimiento y en el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias, aún quedan muchas cuestiones abiertas tanto para explicar su desarrollo como, sobre todo, para avanzar en el tratamiento eficaz del mismo.

Quizás una de las directrices más comunes en el comportamiento habitual de consumo, es la de intentar por diversos medios darle control o minimizar el riesgo. Según algunos autores está ampliamente demostrado que ante el consumo de sustancias se mantiene una sensación de control del consumo, el llamado mito del control, lo que hace que disminuya aún más la percepción de riesgo (Cortés, Espejo, & Giménez, 2011).

El Ministerio de Justicia y del Derecho, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Dirección Nacional de Estupefacientes (2009), llevaron a cabo el Estudio Nacional de Consumo de Drogas en Colombia, con el fin de estimar dentro de sus elementos, la magnitud de consumo de drogas en el país. Según dicho estudio, los datos más recientes se habían obtenido del estudio realizado en el año 1996; sin embargo, en los últimos años se han adelantado varios trabajos investigativos orientados hacia una caracterización del uso de drogas y la problemática asociada en el ámbito nacional.

Dentro del estudio realizado por Ministerio de Justicia y del Derecho, el Observatorio de Drogas de Colombia y el Ministerio de Salud y Protección Social (2009), se pueden destacar algunos datos relevantes que sustentan la problemática específicamente del uso de marihuana en el país. Así bien, considerando el uso reciente, es decir el consumo del último año, este estudio revela que un 2,3% declara haber usado marihuana al menos una vez durante dicho periodo, aproximadamente un 4% de los hombres y un 1% entre las mujeres. Esta cifra equivale a cerca de 450 mil personas.

El estudio también indica que mayor consumo se observa entre los jóvenes de 18 a 25 años con un 5% y, en cuanto a la percepción de riesgo frente al uso de marihuana, el 72% de los encuestados percibe un gran riesgo al “probar marihuana una o dos veces”, con diferencias entre hombres y mujeres, donde éstas últimas perciben un riesgo mayor (76% versus 69%). Es importante destacar que la menor percepción de riesgo se encuentra entre la gente más joven, principalmente entre grupo de 18 a 25 años. De los 450 mil consumidores recientes de marihuana se tiene que aproximadamente 250 mil pueden ser considerados en los grupos de “abuso” o “dependientes” de dicha droga, lo que representa casi un 57% del total de consumidores, o un 1,3% de la población global del país. De estas 250 mil personas, aproximadamente 200 mil clasificarían para “dependientes” y 50 mil para “abuso”. El mismo estudio indica que las mayores cifras de consumo se concentran entre los hombres y entre los jóvenes. En efecto, de los 250 mil clasificados en abuso o dependiente, 200 mil son hombres y 50 mil son mujeres. Por otra parte, entre los jóvenes de 18 a 24 años del país, un 2,7% clasifica en las categorías de “abuso” o “dependiente” respecto del uso de marihuana (unos 94 mil jóvenes en ese grupo de edad), y entre los jóvenes que declararon uso reciente de esta droga, un 53% se encuentra en dichas categorías.

En términos de estrato socioeconómico, los mayores niveles de “abuso” y “dependencia” están en los estratos 1 y 2 cuando se considera como referencia los consumidores del último año.

En efecto, en el estrato 1 un 82% de los consumidores recientes clasifican en dichos grupos, mientras que un 63% en el estrato 2. El acceso a la marihuana parece ser un problema relevante en el país, ya que cerca de un 48% considera que es “fácil conseguir” esta droga y la percepción de facilidad de acceso es mayor entre los jóvenes, principalmente entre los 18 y 24 años.

Los estudios realizados en Colombia, evidencian un significativo aumento en el consumo de marihuana por parte de los jóvenes universitarios; el panorama descrito en las investigaciones muestra una mayor incidencia a medida que los jóvenes avanzan en su formación y con edades de inicio cada vez más tempranas. Aplicar intervenciones novedosas hacia una de las sustancias más consumidas en el mundo, podría aportar datos que fortalezcan los planes de prevención y de intervención en las poblaciones más afectadas (Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia & Ministerio de Salud y Protección Social, 2009).

La etapa de la educación superior es determinante e indispensable para consolidar la percepción del riesgo psicobiológico hacia el uso de sustancias legales e ilegales. Según Camacho (2005), el adolescente o adulto joven es expuesto a diversidad de situaciones que le presentan la educación superior y la experiencia de la vida universitaria. Por esto, el ingreso y permanencia en la universidad se convierte en una etapa de búsqueda intelectual y crecimiento personal, que ofrece la posibilidad de moldear la identidad personal.

Un estudio realizado por Téllez, Cote, Sabogal, Martínez y Cruz (2002), del Grupo de Investigación en Sustancias Psicoactivas de la Universidad Nacional de Colombia entre 2000 y 2001, con 984 estudiantes de esta institución en la sede Bogotá, en quienes se indagaron las razones que podrían llevar a un estudiante universitario a consumir drogas, dio como resultado que el desconocimiento por parte del estudiante sobre los potenciales efectos en la salud debidos al consumo de drogas, la soledad y, en algunos casos, la curiosidad, fueron considerados factores de riesgo para iniciarse.

El Grupo de Investigación en Sustancias Psicoactivas de la Universidad Nacional (2004), llevó a cabo otro estudio con 1.524 miembros de esta institución, que incluyó directivos, profesores, estudiantes y personal administrativo de vigilancia y seguridad; exploró la percepción y los imaginarios que cada uno de estos estamentos tiene sobre el consumo de drogas en el interior del campus universitario. El estudio reportó, entre otros, los siguientes datos: el 77% de los participantes manifestó conocer que dentro de las instalaciones hay actividades de consumo y comercio de drogas tanto legales como ilegales y que no lo realizan exclusivamente estudiantes de la universidad. Se encontró que la marihuana es la sustancia más decomisada con el 74% de los casos, seguida del bazuco con el 8% y el alcohol con el 6%. También, en general, la comunidad universitaria, a pesar de conocer y ser consciente del problema de consumo y comercio de drogas en el campus, mantiene una posición de indiferencia y en algunos casos de permisividad.

La presentación de estos estudios permite resaltar la importancia y necesidad de poner en marcha programas de prevención de consumo de sustancias psicoactivas como la marihuana, con estrategias centradas en la epidemiología y etiología del comportamiento, a fin de disminuir las cifras de consumo evidenciadas en los últimos años.

Planteamiento del problema

¿Qué efectividad tiene una intervención motivacional breve para procesos de cambio en jóvenes colombianos consumidores de marihuana?

Objetivos

Objetivo general

Establecer la efectividad de una intervención motivacional breve para procesos de cambio en jóvenes colombianos consumidores de marihuana.

Objetivos específicos

Determinar variaciones en cantidad y frecuencia del consumo de marihuana.

Establecer diferencias en procesos de cambio.

Evidenciar disponibilidad de cambio y etapa de cambio.

Identificar las variaciones en los procesos motivacionales de cambio asociados al consumo de marihuana en jóvenes colombianos con base en los resultados de la evaluación pretest, posttest y seguimiento.

Variables

Variable independiente: intervención motivacional breve para procesos de cambio en jóvenes colombianos consumidores de marihuana.

Variable dependiente: procesos psicológicos de cambio: cantidad y frecuencia, procesos de cambio (MTT), disponibilidad al cambio, etapa de cambio.

Las variables del estudio se incluyen en la tabla 1. La variable dependiente, es analizada desde cuatro tópicos, con sus respectivas definiciones conceptual y operativa.

Tabla 1. Variables del estudio

Variable independiente: intervención motivacional breve para procesos de cambio en jóvenes colombianos consumidores de marihuana			
Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	
Ordinal cualitativa	Taller de seis sesiones y sesión de seguimiento	Es la causa en la relación causa -efecto	
Variable dependiente: procesos psicológicos de cambio			
	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional
Cantidad y frecuencia	Cuantitativa continua	Indica cuánta cantidad en gramos y con qué periodicidad es consumida	Gramos: desde 1 hasta más de 10 Días: desde menos de una vez al mes hasta diariamente
Procesos de cambio	Ordinal cualitativa	Percepción del sujeto respecto a su situación de consumo	Escala Likert
Disponibilidad al cambio	Ordinal cualitativa	Intencionalidad para comprometerse con el cambio	Escala Likert
Etapa de cambio	Ordinal cualitativa	Avances y retrocesos en el proceso	Escala Likert

Fuente: elaboración propia

Hipótesis

Si la implementación de una intervención dirigida a la prevención del consumo de marihuana, en una muestra de jóvenes consumidores, resulta efectiva, entonces se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en las mediciones antes y después de la intervención.

Método

Tipo de estudio

La presente investigación se realizó bajo una metodología pre-experimental, con pretest y posttest (M1 X M2) con un solo grupo. Este diseño incorpora la administración de pre-pruebas y pos-pruebas al grupo que participa en el experimento. El diseño de pre-prueba y pos-prueba consiste en que al grupo se le aplica una prueba previa al estímulo o tratamiento experimental; después se le administra el tratamiento y finalmente se le aplica una prueba posterior al tratamiento (Hernández, Batista, & Lucio, 2006).

Se midieron las variaciones en los procesos psicológicos de cambio y en la disponibilidad al cambio en un grupo de jóvenes colombianos consumidores de marihuana, luego de la intervención motivacional breve.

Participantes

Inicialmente, se estableció realizar el estudio con un grupo de 15 jóvenes que afirmaron consumir marihuana. Sin embargo, durante el desarrollo de la intervención se presentaron cuatro casos de deserción: uno, luego de la primera sesión; otro, después de la segunda y los otros dos en la última. Por tanto, los resultados se presentan hasta la sesión seis con 13 participantes y la entrevista de seguimiento con 11.

Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de edad, con un rango entre 18 y 23 años; admitir de manera voluntaria el consumo de marihuana; aceptar participar en la propuesta de intervención; diligenciar el formato de consentimiento informado y tener motivación para no continuar con el consumo. En cuanto a los criterios de exclusión, éstos fueron: ser menor de edad y no consumir marihuana.

En la tabla 2 se observa la caracterización de la muestra.

Tabla 2. Caracterización de la muestra

Edad					
18 años	19 años	20 años	21 años	22 años	23 años
3	2	3	1	2	2
Sexo					
Masculino			Femenino		
6			7		

Fuente: elaboración propia

Instrumentos de evaluación

La implementación del programa estuvo basada en la investigación de Urrego (2014); por tanto, se utilizaron los mismos instrumentos de evaluación:

Cuestionario de datos sociodemográficos

Diseñado por Urrego (2014) este cuestionario indaga acerca de la edad, sexo y forma en la cual se consume la marihuana. Además, incluye 20 ítems direccionados a conocer las expectativas asociadas al consumo de marihuana (apéndice B).

Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA):

Este instrumento, diseñado en 1992 por McConaughy, Prochaska y Velicer y tomado por Urrego (2014) consiste en un autoinforme cuyo objetivo es evaluar el estado de cambio de cualquier conducta que se califique como problema, respecto a la intencionalidad, disposición y actitud de los sujetos hacia dicho cambio. Su confiabilidad ha sido medida en diversos estudios, estableciéndose en r 0.81. Su validez es predictiva, en cuanto el sujeto va atravesando por cuatro etapas que secuencialmente lo conducen al mantenimiento del cambio; ellas son: precontemplación: el individuo no es consciente de su problema de adicción y menos que afecta su conducta y su vida; contemplación: es consciente de que existe un problema y que debe abandonar la conducta adictiva; acción: cambia su conducta manifiesta y encubierta; mantenimiento: trata de conservar y consolidar los logros (Jara, 2008) (apéndice C)

Inventario de Procesos de Cambio (IPC)

Adaptado por Urrego (2014), el Inventario de Procesos de Cambio fue desarrollado por Tejero y Trujols en 1994. Consta de 10 escalas que miden 10 procesos de cambio. Santos et al. (2001) las resumen de la siguiente forma:

1. **Aumento de la concienciación:** consiste en un incremento del procesamiento de información sobre la problemática asociada al consumo y a los beneficios de modificarla.
2. **Autorreevaluación:** es la valoración afectiva y cognitiva del impacto de la conducta adictiva sobre los valores y manera de ser de uno mismo, así como el reconocimiento de la mejoría significativa que representaría para su vida el abandono de la conducta adictiva.
3. **Reevaluación ambiental:** consiste en una valoración del estado actual de las relaciones interpersonales y en un reconocimiento de las consecuencias positivas que produciría el cese de la conducta adictiva respecto a dichas relaciones interpersonales, familiares y de amistad.
4. **Relieve dramático:** es la experimentación y expresión de reacciones emocionales elicítadas por la observación y/o advertencias respecto a los aspectos negativos asociados a la conducta adictiva.
5. **Autoliberación:** representa un compromiso personal; un aumento de la capacidad del sujeto para decidir y elegir. Requiere la creencia de que uno puede ser un elemento esencial en el proceso de cambio de la conducta adictiva, ya que se poseen o se pueden desarrollar las habilidades necesarias para efectuar un cambio exitoso.
6. **Liberación social:** representa un aumento en la capacidad del sujeto para decidir y escoger, propiciado por una toma de conciencia tanto de la representación social de la

conducta adictiva como de la voluntad social de combatirla mediante el incremento del repertorio personal de alternativas adaptativas.

7. Manejo de contingencias: es una estrategia conductual que incrementa la probabilidad de que determinada conducta relativa al cambio ocurra. Consiste en el auto y/o hetero-refuerzo de dicha conducta.

8. Relaciones de ayuda: representa la existencia y utilización del apoyo social (familia, amistades, etc.) que pueda facilitar el proceso de cambio de la conducta adictiva.

9. Contracondicionamiento: estrategia cognitivo-conductual cuyo objetivo es modificar la respuesta (cognitiva, fisiológica y/o motora) eliciteda por estímulos condicionados a la conducta adictiva u otro tipo de situaciones de riesgo, generando y desarrollando para ello conductas alternativas.

10. Control de estímulos: consiste básicamente en evitar la exposición a situaciones de alto riesgo para el consumo (148 p.).

Cada una consta de 4 ítems para un total de 40. Se contesta mediante una escala Likert de cuatro puntos que mide la frecuencia con la que el individuo hace uso de diversas estrategias cognitivo-conductuales. La finalidad del instrumento es identificar qué procesos de cambio ha desarrollado un determinado paciente y, por tanto, conocer en qué estadio de cambio se encuentra, para elegir estrategias que lo conduzcan al estadio siguiente hasta lograr mantener la abstinencia (Tejero & Trujols, 1994). Su estructura factorial, consistencia interna y eficacia discriminativa están evaluadas en población drogodependiente y son satisfactorias. Su fiabilidad (consistencia interna) es de 0,87 (Santos, González, Fons, Forcada & Zamorano, 2001) (apéndice D).

Procedimiento

La ejecución de este trabajo de investigación implicó el cumplimiento de diferentes pasos que llevaron al logro de los objetivos planteados; para ello se establecieron las siguientes fases:

Fase 1: recolección de información: mediante la consulta de textos, artículos científicos e informes de entidades especializadas, se accedió a la información pertinente, base fundamental para la comprensión puntual del tema de investigación y formulación del proyecto.

Fase 2: establecimiento de la metodología. En esta fase se definió el tipo de estudio, quiénes serían los 15 participantes, qué institución se escogería para llevar a cabo la intervención, qué permisos se requerían (consentimiento informado) y los instrumentos idóneos que incluyen las variables de investigación. Cabe anotar que la muestra fue escogida por conveniencia; es decir, por la accesibilidad del investigador a los sujetos y su disponibilidad para participar voluntariamente en la investigación. Participaron estudiantes de universidades públicas y privadas. El acercamiento a los sujetos que participaron en el estudio se dio de manera personal y la intervención se realizó en el consultorio del investigador, razones por las cuales no fue necesario solicitar permiso a las instituciones universitarias.

Fase 3: en la que se llevaron a cabo las siguientes actividades:

Evaluación pretest: encuesta y aplicación pretest: Escala de Evaluación del Cambio e Inventario de Procesos de Cambio. Se realizó la evaluación de la información obtenida de los mismos.

Implementación del programa de intervención motivacional breve – programa de prevención (apéndice E).

Evaluación posttest: con los mismos instrumentos, para luego comparar los resultados con los obtenidos en el pretest, finalizando con una entrevista de seguimiento.

Fase 4: recopilación y análisis de resultados tanto cualitativa como cuantitativamente, a través del programa estadístico SPSS que permitió establecer la relación entre las variables estudiadas y con la información resultante se procedió a la formulación de conclusiones y recomendaciones.

Para dar respuesta a la pregunta de esta investigación, Urrego (2014) diseñó un taller teniendo en cuenta los datos obtenidos de la encuesta realizada y los modelos de Prevención y Promoción de la Salud ya explicados. El tipo de prevención para el que se desarrolla esta intervención es prevención selectiva para jóvenes universitarios de primeros semestres que hayan consumido marihuana y por tanto, sean población en riesgo. La prevención selectiva en los primeros semestres se considera relevante debido a que, según los reportes, ésta es la época en la que se inicia y se vuelve más frecuente el consumo de marihuana, contando con muchos factores de riesgo que, dependiendo del individuo, pueden incrementarse debido al abuso de esta sustancia con el tiempo (Quimbayo & Olivella, 2013).

El diseño de este taller contempla como fundamento metodológico de su estructura la Dimensión Psicológica de la Promoción y la Prevención en Salud (DPPPS) Floréz-Alarcón (2007) como se citó en Urrego, (2014) y se nutre del enfoque conceptual del Modelo Transteórico (MTT) para la clasificación de los sujetos en sus etapas de precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento; y la preparación de las dinámicas teniendo en cuenta los procesos propuestos en este modelo. La razón por la que se escogió el MTT, fue principalmente por el tipo de información que se obtiene al analizar las respuestas de los consumidores en la encuesta, que muestran una severidad del riesgo y una vulnerabilidad personal percibida muy bajas, así como un alto nivel de autoeficacia y controlabilidad percibida, junto con el reporte de procesos particulares, muy cercanos a los propuestos por el MTT, para la modificación o

abandono del consumo, lo que lleva a excluir al miedo como factor motivacional para la ejecución de una acción de cambio en el consumo de esta sustancia.

Por las razones que validan al MTT, se descartaron otros modelos como el Proceso de Adopción de Precauciones (PAP), la Aproximación de Procesos a la Acción Saludable (HAPA), el Modelo de Procesamiento Paralelo Extendido (MMPE), la Teoría de la Acción Razonada/Acción Planeada (TAR/TAP) y el modelo de Motivación a la Protección (Urrego, 2014).

En las respuestas a la encuesta se observa que la mayoría de consumidores se podrían clasificar en etapas de precontemplación o contemplación; piensan en mantener su consumo y en el abandono de éste como una posibilidad más remota que próxima, porque no ven amenazas concretas a su bienestar personal, mientras que los beneficios encontrados en la sustancia son altamente valorados (Urrego, 2014).

Consideraciones éticas

Esta propuesta de investigación resulta viable por cuanto su ejecución no contradice los principios ni las normas legales, civiles y de ética en investigaciones tanto locales como universales, con sujetos humanos tal como lo establece la Resolución 008430 (Ministerio de Salud Nacional, 1993). Según el Código de Ética del Psicólogo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006), la ciencia de la psicología busca desarrollar un cuerpo de conocimientos que sea válido y confiable, con base en la investigación. Los psicólogos aplican dichos conocimientos al comportamiento humano en muchos contextos. Al hacerlo, llevan a cabo actividades muy variadas, como la de investigador, educador, psicoterapeuta, evaluador, supervisor, consultor. La meta del psicólogo es aumentar los conocimientos científicos y aplicarlos adecuadamente con el fin de mejorar las condiciones del individuo y de la sociedad, con miras a lograr una mejor calidad de vida para todos.

Capítulo 7. Respeto por los otros

Los psicólogos están en la obligación de respetar el derecho de las demás personas a poseer valores, actitudes y pautas de comportamiento que sean diferentes de las propias. Su ejercicio profesional debe tener presente el respeto mutuo en las relaciones humanas. Por tanto, no deben participar en prácticas contrarias a la integridad física y/o psicológica de las personas con las cuales actúan profesionalmente. No deben involucrarse en acciones que impliquen relaciones de explotación, abuso, ni relaciones de incompatibilidades múltiples. No deben entrar en relaciones personales, profesionales, financieras ni de otra índole que puedan debilitar su objetividad, interferir en el desempeño efectivo de sus funciones como psicólogo, o dañar o explotar a la otra parte (consultantes, clientes, asesorados, etc.).

Capítulo 8. Secreto profesional

0. El psicólogo está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya recibido como información.
1. La información confidencial obtenida por el psicólogo no puede revelarse a otros, excepto en los siguientes casos:
 - a. Puede revelarse al consultante, en aquello que estrictamente le concierne y cuando sea estrictamente necesario.
 - b. Puede revelarse información a los familiares u a otras personas interesadas, con el consentimiento escrito del consultante o de su representante legal (en el caso de menores de edad o personas que no puedan dar su consentimiento informado). Se exceptúan aquellos casos en los cuales no revelar la información conlleva un peligro evidente para el consultante, su familia o la sociedad.
 - c. Puede revelarse información a los responsables del consultante cuando se trate de menores de edad o de personas psicológicamente incapacitadas, tomando siempre los cuidados necesarios

para proteger los derechos de estos últimos. La incapacidad psicológica debe haber sido demostrada claramente mediante evaluación realizada por profesionales competentes.

d. Puede revelarse la parte de información que sea requerida por las autoridades legales, en aquellos casos previstos por la ley.

2. Los informes escritos, la descripción de casos clínicos, etc., deben incluir únicamente los datos necesarios para propósitos de evaluación. Debe hacerse el máximo esfuerzo para evitar invadir la vida privada de las personas involucradas. Al describir casos públicamente (por ejemplo en los medios masivos de comunicación) se deben proteger los nombres de las personas involucradas y evitar divulgar aquella información que pueda llevar a la identificación de los participantes. Los materiales clínicos sólo podrán utilizarse con fines didácticos previo consentimiento escrito de las personas involucradas.

3. La confidencialidad de los documentos se debe garantizar, incluyendo informes de test, evaluaciones diagnósticas, documentos de asesoría y consejería, sesiones de terapia, etc. Estos documentos deben conservarse en las condiciones adecuadas de seguridad y confidencialidad. El psicólogo velará siempre para que sus colaboradores y/o asistentes guarden el secreto profesional.

4. El psicólogo no será responsable de las revelaciones del secreto profesional que hagan sus auxiliares o cualquier otra persona de su equipo de trabajo, a menos que el hecho sea imputable al psicólogo.

Dado que en esta investigación se recopiló información personal de los participantes y éstos son objeto de intervención a través de la terapia motivacional breve, conforme lo establece la legislación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006) fue requisito informarles del objetivo de la investigación, los instrumentos que se aplicarían y el desarrollo del programa, a fin de que otorgaran autorización; misma que constaría en el documento Consentimiento Informado (apéndice A).

Resultados

Los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos de evaluación, así como el registro de lo acontecido en cada una de las sesiones del taller, fueron analizados para obtener datos comparativos de los puntajes en cada una de las pruebas descritas. Los resultados se analizaron a través de prueba Wilcoxon vía no paramétrica, por tratarse de una muestra pequeña, comparando las medias en el programa estadístico SPSS, lo cual permitió evaluar los cambios pre y postest logrando reconocer el nivel de efectividad de la intervención sobre el consumo de marihuana.

Dado que la intervención se hizo con tan sólo 13 jóvenes, el tamaño del efecto de la variable independiente sobre la dependiente no es susceptible de generalización, pero sin duda aporta datos que pueden ser considerados para futuras investigaciones con grupos más numerosos a los que se haga seguimiento durante un periodo determinado.

Inicialmente, se presentan los resultados de la encuesta en cuanto a formas y frecuencia de consumo de marihuana, así como la información relacionada con las expectativas asociadas al consumo de esta sustancia. Posteriormente, se registran los resultados de los instrumentos aplicados tanto en el pretest como en el postest para, identificar las variaciones en los procesos motivacionales de cambio asociados al consumo de marihuana en jóvenes, tras la intervención motivacional breve. Finalmente, se incluye la información obtenida en la entrevista de seguimiento, así como de una última aplicación de los instrumentos.

Resultados de la encuesta

Tabla 3. Formas en que consumen marihuana

Fumada	Fumada, vaporizada y en comida
10	3

Fuente: elaboración propia

Tabla 4. Frecuencia del consumo

Todos los días	Dos o tres veces por semana	Cada quince días o más
5	5	3

Fuente: elaboración propia

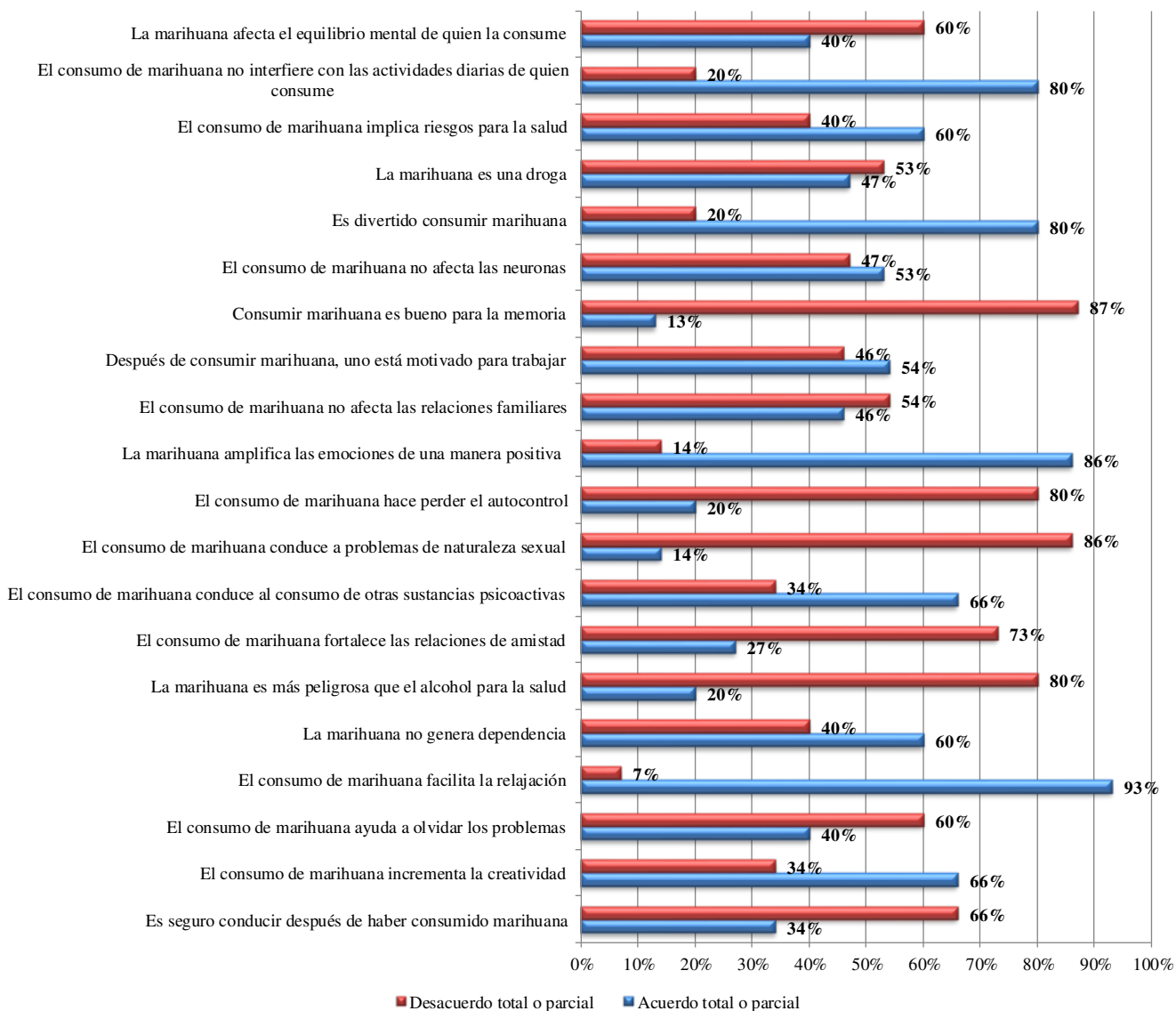
La tabla 3 muestra que el 100% de los jóvenes que participaron del estudio consumen marihuana fumada; sin embargo, el 2% también lo hace de forma vaporizada o incluida en las comidas. Se observa en la tabla 4 que el consumo de esta sustancia es habitual en el 77% de los participantes.

Tabla 5. Expectativas asociadas al consumo de marihuana

	<i>Expectativa</i>	<i>Totalmente en desacuerdo</i>	<i>Parcialmente en desacuerdo</i>	<i>Parcialmente de acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>
1	La marihuana afecta el equilibrio mental de quien la consume	20%	40%	27%	13%
2	El consumo de marihuana NO interfiere con actividades diarias de quien consume	7%	13%	27%	53%
3	El consumo de marihuana implica riesgos para la salud	7%	33%	40%	20%
4	La marihuana es una droga	27%	26%	7%	40%
5	Es divertido consumir marihuana	20%	0%	7%	73%
6	El consumo de marihuana no afecta a las neuronas	47%	0%	27%	26%
7	Consumir marihuana es bueno para la memoria	60%	27%	13%	0%
8	Después de consumir marihuana, uno está motivado para trabajar	26%	20%	27%	27%
9	El consumo de marihuana NO afecta las relaciones familiares	27%	27%	20%	26%
10	La marihuana amplifica las emociones de una manera positiva	7%	7%	33%	53%
11	El consumo de marihuana hace perder el autocontrol	53%	27%	7%	13%
12	El consumo de marihuana conduce a problemas de naturaleza sexual	73%	13%	0%	14%
13	El consumo de marihuana conduce al consumo de otras sustancias psicoactivas	13%	21%	33%	33%
14	El consumo de marihuana fortalece las relaciones de amistad	20%	7%	40%	33%
15	La marihuana es más peligrosa que el alcohol para la salud	80%	0%	0%	20%
16	La marihuana NO genera dependencia	13%	27%	33%	27%
17	El consumo de marihuana facilita la relajación	7%	0%	0%	93%
18	El consumo de marihuana ayuda a olvidar los problemas	40%	20%	13%	27%
19	El consumo de marihuana incrementa la creatividad	7%	27%	33%	33%
20	Es seguro conducir después de haber consumido marihuana	60%	6%	27%	7%

Fuente: elaboración propia

Figura 1. Expectativas asociadas al consumo de marihuana



Fuente: elaboración propia

Respecto a las preguntas con las cuales se evaluaron las expectativas asociadas al consumo de marihuana, las afirmaciones que tuvieron un apoyo mayoritario (de más del 40%) con un “totalmente de acuerdo” por parte de los encuestados fueron: el consumo de marihuana no interfiere con las actividades diarias de quien consume, es divertido fumar marihuana, la marihuana amplifica las emociones de una manera positiva, el consumo de marihuana facilita la

relajación. Por el contrario, las afirmaciones que tuvieron más de un 40% de “totalmente en desacuerdo” fueron: el consumo de marihuana no afecta las neuronas, consumir marihuana es bueno para la memoria, el consumo de marihuana hace perder el autocontrol, el consumo de marihuana conduce a problemas de índole sexual, la marihuana es más peligrosa que el alcohol para la salud, es seguro conducir después de haber consumido marihuana (tabla 5).

En general, el panorama de esta exploración inicial, muestra que los consumidores creen que la marihuana es una droga que, aunque implica riesgos para la salud, no interfiere con las actividades diarias de quien la consume, no afecta las neuronas, su consumo es divertido, luego de consumirla se siente motivación para trabajar, no afecta las relaciones familiares, amplifica las emociones de una manera positiva, conduce al consumo de otras sustancias psicoactivas, fortalece las relaciones de amistad, no genera dependencia, facilita la relajación e incrementa la creatividad (figura 1).

Llama la atención que aunque los participantes consideran que el consumo de marihuana no afecta las neuronas, se muestran parcialmente de acuerdo en que influye en el equilibrio mental de quien la consume, pero no hace perder el autocontrol. El 80% considera que es menos peligrosa para la salud que el alcohol y, aunque el 73% de ellos afirma que la consume a diario o de dos a tres veces por semana, 60% sostienen que no genera dependencia. Se encontrarían entonces en la etapa de precontemplación, caracterizada porque la persona aún no contempla la posibilidad de cambiar la conducta, ya sea debido a falta de información o a procesos cognitivos erróneos que la justifican, aun cuando se posee la información adecuada.

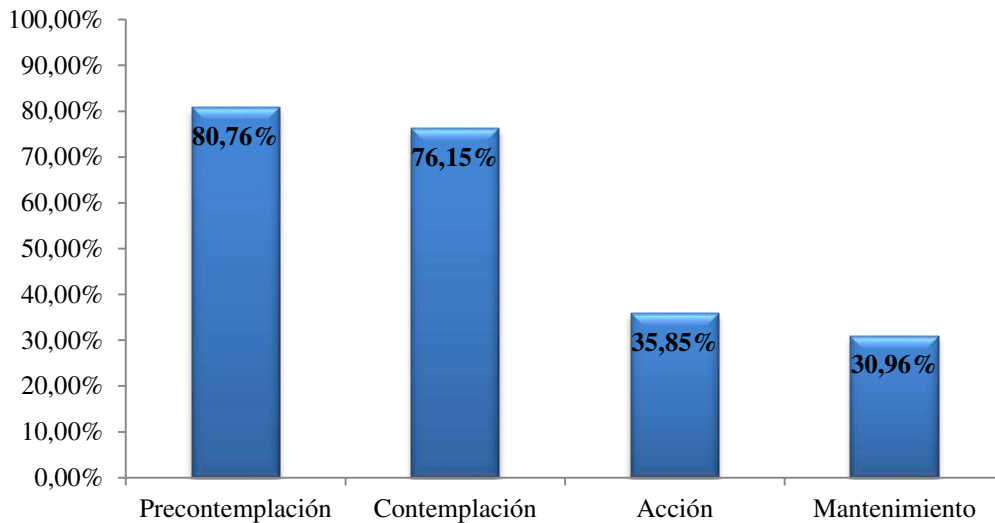
Una vez que se obtuvieron estos datos, se procedió a aplicar la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA) y el Inventario de Procesos de Cambio (IPC) en la etapa pretest.

Resultados del pretest

Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA)

En la figura 2 se incluyen los resultados que arrojó la aplicación de este instrumento en la muestra de participantes, considerando las cuatro etapas que evalúa.

Figura 2. Resultados pretest Escala de Evaluación del Cambio (URICA)

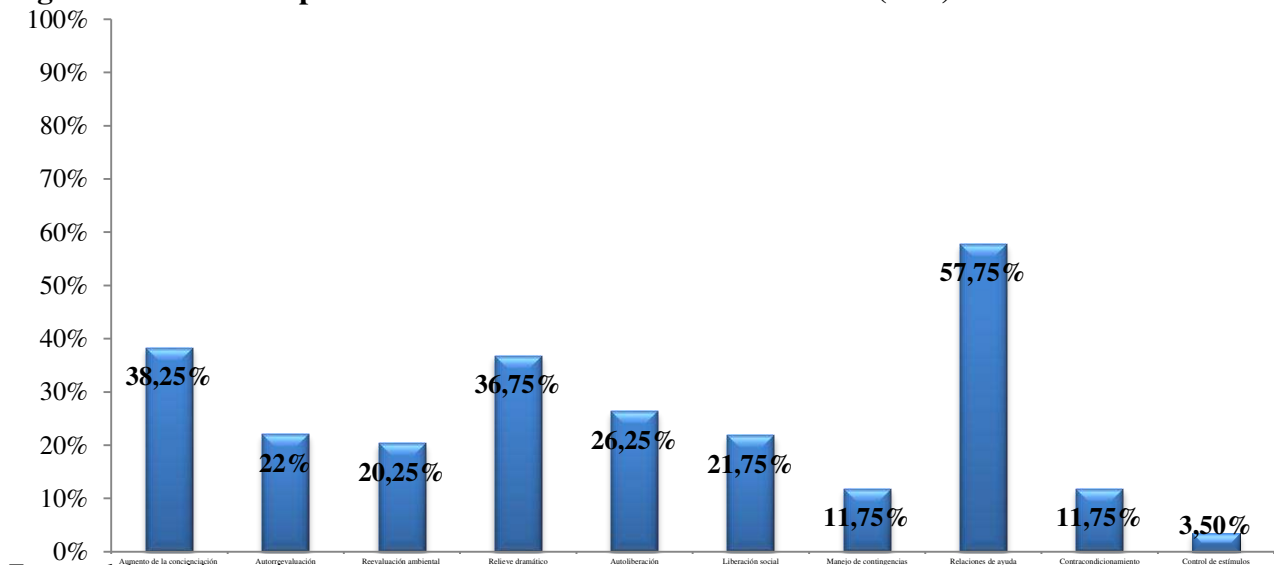


Fuente: elaboración propia

Inventario de Procesos de Cambio (IPC)

En la figura 3 se incluyen los resultados de las 10 escalas que evalúa este instrumento

Figura 3. Resultados pretest Inventario de Procesos de Cambio (IPC)



Fuente: elaboración propia

Los resultados de las dos pruebas aplicadas en esta etapa pretest son consistentes con los hallazgos de la encuesta (tablas 3, 4 y 5), si se relaciona la cantidad y frecuencia del consumo con la etapa de cambio (URICA) y la disponibilidad al cambio mediante el uso de diversas estrategias cognitivo-conductuales para lograrlo y mantenerlo (IPC). Algunos de los participantes se encuentran en etapa de precontemplación y otros, atravesando simultáneamente las demás etapas del cambio: contemplación, contemplación-acción; acción-mantenimiento; por tanto, con la misma simultaneidad utilizan diversos recursos.

Es así como en la etapa de contemplación se observa en los participantes aumento de la concienciación, autorreevaluación, reevaluación ambiental y relieve dramático; en la acción se involucran autoliberación, liberación social y contracondicionamiento y, en el mantenimiento, manejo de contingencias, relaciones de ayuda y control de estímulos.

Se obtuvieron los menores porcentajes en las estrategias manejo de contingencias, contracondicionamiento y control de estímulos, indispensables para la acción y mantenimiento de los procesos de cambio, procediéndose a la intervención motivacional breve con el objetivo de potenciarlas, al igual que las demás, puesto que todas son indispensables para pasar de la precontemplación a la acción y mantenimiento.

Implementación de la intervención motivacional breve

Con la información obtenida de los tres instrumentos (encuesta, Escala de Autoevaluación del Cambio (URICA) e Inventario de Procesos de Cambio (IPL) se procedió a la intervención motivacional breve, realizada en seis sesiones, de cuyo desarrollo se relacionan algunos de los aspectos más relevantes:

Sesiones 1 y 2

En estas dos sesiones se buscó que los asistentes conocieran sobre la marihuana, sus componentes y los efectos que producen en el cuerpo; se desató un debate, ya que algunos de los

participantes no consideraron que la marihuana fuese una droga, pues para ellos se trataba de una planta que tiene propiedades curativas y podían controlar su consumo. Además, creían que el hecho de catalogarla como droga, es algo político, con lo cual se pretende rotular y controlar a los consumidores. Quienes defendían el consumo, indicaron que es parte de un estilo de vida que sólo ellos entienden y sienten, que las demás personas etiquetan y no comprenden.

De otra parte, al mencionar los niveles de consumo, manifestaron total desacuerdo con la clasificación, pues desde su experiencia como consumidores, no lo experimentan así. Según ellos, la intoxicación aguda no existe, pues llega un punto en el que no se pueden “trabar más” y eso no es ninguna intoxicación. Adicionalmente, no se consideraron dependientes, afirmaron tener la potestad de dejar de consumir cuando lo desearan y que esto ha ocurrido en ciertas situaciones (por ejemplo en los días de parciales).

En contraposición a lo anterior, otros participantes, pese a los efectos de relajación y aparentemente positivos, sí consideraron que es una droga y de allí su interés por disminuir su consumo.

Al momento de responder la pregunta ¿sé cuáles son las consecuencias de consumir marihuana?, contestaron adecuadamente con base en la información que se les brindó acerca de sus componentes y los efectos que producen en el cuerpo, pero mostraron incomodidad, pues esas consecuencias son establecidas, según ellos, por “la política”; es decir, consideran que son mentiras que obedecen a intereses particulares, concepción diferente a la que ellos tienen con relación al consumo.

Así mismo, al profundizar en ¿qué podría ganar moderando mi consumo? Resaltaron principalmente un mejoramiento en la economía y la salud (sistema respiratorio).

¿Cuáles son mis metas (inmediatas, mediano y largo plazo)? Respondieron como inmediatas mantener el consumo; a mediano plazo, terminar su semestre y a largo plazo, quizás

dejar de consumir y ser profesionales. Las que más llamaron la atención fueron “almorzar y fumar marihuana” y “tener un cultivo de marihuana”.

¿Consumiendo de manera excesiva puedo lograr estas metas? En esta pregunta contestaron que eso pasaría, siempre y cuando consideraran que el consumo de marihuana es un problema, pero que hasta el momento no lo ha sido. No obstante, al final sí mencionaron que en medio del comportamiento han estado involucrados otros aspectos; que por ejemplo, para subir el PAPA (Promedio Aritmético Ponderado Acumulado) sí requieren estudiar más y muchas veces no lo hacen porque al consumir se reúnen en grupo y se va mucho tiempo (esta apreciación fue común para los que plantearon subir PAPA). Sin embargo, una participante dijo que en ocasiones, la marihuana le ayudaba para hacer sus relatos en clase (estudia derecho), entonces que en definitiva, no era un problema.

Es destacable en estas dos sesiones, cómo algunos de los participantes cometieron los errores o sesgos cognitivos como se citó en Weinstein (1980), al realizar la evaluación del grado de riesgo frente al consumo de sustancias, expresando un “optimismo irreal”, que es la tendencia a considerar las propias posibilidades más altas respecto a la media, para los eventos favorables, y más bajas para los eventos negativos. Sin embargo, empezaron a vislumbrarse intenciones de cambio cuando varios reconocieron que la marihuana es una droga que puede afectar su salud y economía, comenzando a cuestionarse si deberían dejar de consumirla.

Sesión 3

El objetivo de la tercera sesión fue identificar las intenciones de cambio de los participantes; para ello, se llevaron a cabo las siguientes actividades:

Juegos de roles

Se dividieron en tres grupos y cada uno interpretó los siguientes juegos de roles:

Grupo A: están en una clase de tres horas y la profesora les da 15 minutos de break; entonces, se reúnen los amigos (según dijeron casi todos los del curso consumen) a fumar; consideraron que esa situación facilita la integración y despejarse de las clases largas.

Grupo B: un grupo de amigos están de paseo acampando en un lugar frío y para calentarse, deciden consumir marihuana. Dijeron que este tipo de situaciones facilitan el consumo porque estando apartados y reunidos es más placentero; además, porque a esos lugares no llega la Policía o gente que los mira mal y estigmatiza.

Grupo C: uno de los amigos está aburrido en su casa sin hacer nada e invita a sus compañeras a “pasear al perrito”; entonces se dirigen al parque a consumir. En este caso, encontrarse con tiempo libre es un determinante para que las ganas de consumir incrementen.

Luego de socializar los juegos de roles, se pudo concluir que el consumo de marihuana es una actividad social, aunque algunos de ellos manifestaron que también lo hacen solos y que son “boleta” las personas que sólo lo hacen por agrandar. Además, que indistintamente de la situación, les dan ganas de consumir. Los lugares más comunes son aquellos apartados, en paseos (visitas de campo), en casas de algunos de ellos donde hacen reuniones sociales, dentro de la Universidad Nacional donde los dejan consumir, pero de vez en cuando llegan los celadores, aunque sólo les piden el carné.

Al momento de responder las preguntas ¿soy capaz de dejar de consumir marihuana?, ¿soy capaz de reaccionar de maneras diferentes ante estas situaciones?, dijeron que podían hacer otras actividades para sustituir el consumo, pero que igual, su comportamiento no les ha generado problemas serios; entonces consideraron que sí eran capaces de dejar el consumo cuando quisieran o desearan; no obstante, en este momento no veían la necesidad de hacerlo; se encontraban aún en etapa de contemplación. Un subgrupo (tres personas), manifestaron que sí

podían dejar de fumar; de hecho, empezaron a disminuir el consumo; pasaron de la contemplación a la acción.

Sesión 4

En esta sesión se buscó que los participantes reflexionaran acerca de su postura frente al consumo y los problemas que suceden en el mundo debido a ello. Adicionalmente, que pensarán en sus seres queridos y cómo a ellos también les afecta.

El mundo la marihuana y yo I

Los participantes ubicaron los lugares en el mundo donde es legal e ilegal el consumo; además, los sitios donde es culturalmente o medicinalmente aceptada y donde no. Mostraron cómo en países de Oriente traficar o consumir drogas conduce a pena de muerte, mientras que en algunas naciones de Europa, sí es legal (comentarios sobre esto en las cartulinas).

En el caso de Bogotá, la universidad, el barrio, indicaron cómo pese a ser ilegal, se hace en algunos lugares; es así como dentro de la Universidad Nacional pueden fumar con sólo presentar el carné. Los parques son otros lugares donde situaron el consumo; esto les generó incomodidad, pues es allí a dónde van los niños a jugar; no les gusta ser vistos por ellos, pues si bien no tienen nada en contra de la marihuana, preferirían que los niños exploraran en su momento y por sí mismos, no por ellos... En este sentido se desató otro debate: si fumar marihuana “no es malo”, no tendrían por qué sentir “carga de conciencia”.

Al mencionar a las demás personas, consideraron que la gente tiene estereotipos en contra de “los marhuaneros” que eso es lo que inculcan en las familias y que incluso antes de consumir, ellos criticaban y evitaban a las personas que lo hacían, pero ahora que conocen desde adentro, creen que no le hacen mal a nadie, aunque la gente lo perciba así.

Dijeron que uno de los aspectos más incómodos con el consumo es tener que esconderse o estar hipervigilantes, pues en caso de que la Policía los encuentre, tendrían más problemas, ya

que lo que han experimentado es que les decomisan (les roban) la marihuana y los requisan abusivamente.

Sinergia: actividad de cuidar a un amigo borracho usando un muñeco

Con una muñeca llamada Tomasa, cada uno actuó cómo lo haría con una amiga suya que se encontrara en estado de embriaguez.

La mayoría mostró apoyo (en caso de fingir ser la mamá, la regañaron, la acompañaban al cuarto a dormir, otros le sostenían el cabello para que no lo vomitara, etc.); también preocupación. Sin embargo, hubo algunos que la dejaban borracha o que al verla en condición de indefensión, intentaron abusarla.

El mundo la marihuana y yo II

Al entregar las figuras de las personas, algunos de ellos manifestaron que sus padres conocen de su consumo, y aunque no lo comparten, lo respetan. Que cuando lo supieron les hicieron saber de su decepción, pues “ningún padre quiere que su hijo sea marihuanero”, pero que eso fue momentáneo y ya no pasa nada, aunque lo hacen fuera de casa. Uno de los participantes incluso dijo que le gustaría consumir con sus padres, pues le permiten hacerlo en la casa.

En el caso de los chicos cuyos padres no saben del consumo, sí mostraron preocupación en cuanto a lo que ellos pudieran pensar; algunos dijeron que los echarían de la casa, otros suponían que sólo recibirían regaños, pero en todo caso, manifestaron preferir evitarles una preocupación, porque en general, consideran que los papás satanizan la marihuana porque no la conocen.

Algunos mencionaron a sus hermanos como personas importantes para ellos, pero creían que no les afecta si fuman o no; otros no querían ser “mal ejemplo”; algunos fuman con ellos... en general, no consideraron que tendrían problemas con sus hermanos a causa del consumo. Los

también fueron considerados amigos como importantes y en algunos casos, son con quienes consumen.

De esta cuarta sesión cabe destacar que los comentarios de los participantes incluyeron reevaluación ambiental, al considerar el consumo de marihuana y las relaciones interpersonales y familiares. Dijeron que no se han visto afectadas, incluso algunos afirmaron que sus padres conocen la situación y respetan su decisión. Sin embargo, decir “ningún padre quiere que su hijo sea marihuanero” pone en duda lo expresado anteriormente. Así mismo, se evidenció relieve dramático cuando trajeron a colación las críticas, rechazo de la sociedad y los problemas que han tenido con la Policía a causa del consumo.

En este momento de la intervención los participantes mezclaron el razonamiento analítico de la información teórica que lograron adquirir respecto de la marihuana junto con las experiencias y emociones afectivas, siendo entonces pertinente introducirlos a contemplar los beneficios que les traería dejar el consumo y los costos que acarrea mantener la conducta.

Sesión 5

El objetivo de esta sesión fue que los integrantes evaluaran los costos y beneficios del consumo, a través de un análisis interior, que pudiese ayudarlos a decidirse por el cambio.

Decisiones

Los beneficios estarían relacionados con la economía, la salud, optimización del tiempo, acabar con el estigma/estereotipo social en su contra, la persecución por parte de los policías.

Los costos se dan específicamente por problemas pulmonares y pérdida de memoria. Otros mencionaron poco ahorro, dolor de garganta y en ocasiones, dolores de cabeza.

Al poner en una balanza los beneficios y los costos de su conducta, los participantes hicieron uso del aumento de la concienciación y la autoreevaluación, al cuestionarse sobre las mejoras que pudieran darse en diversos aspectos de su vida si abandonaban el consumo.

Refirieron gastar su dinero en ropa, artículos electrónicos (celular, tablet...), actividades de sano esparcimiento. Así mismo, dedicar su tiempo a cosas más positivas como estudiar y compartir con su familia. Un aspecto de suma importancia fue dejar de ser considerados “marihuaneros” término asociado con sujetos delincuentes, irresponsables y que causan problemas al interior de su familia. A lo anterior se sumó dejar de experimentar síntomas físicos desagradables.

Sesión 6

En esta sesión se tuvo como propósito analizar situaciones en las que la decisión de cambiar pudiese debilitarse y cómo afrontar dicha situación; así mismo, darles pautas para un consumo responsable.

Para la mitad del grupo aproximadamente (ocho participantes de trece que quedaron luego de las deserciones en las sesiones uno y dos), fue importante establecer un nuevo plan frente a su consumo. Llamó la atención que un subgrupo de cinco jóvenes se vio un poco indeciso; sin embargo, plantearon un futuro sin marihuana. En definitiva, hubo dos participantes que por ningún motivo desearon un cambio frente a su consumo. Al finalizar la sesión, estos dos jóvenes, al ver al resto del grupo en una posición de cambio, argumentaron que no dejarán de consumir, aunque pondrían en práctica de manera muy disciplinada los presupuestos para un consumo responsable, de los cuales no tenían mucha información hasta su participación en la intervención.

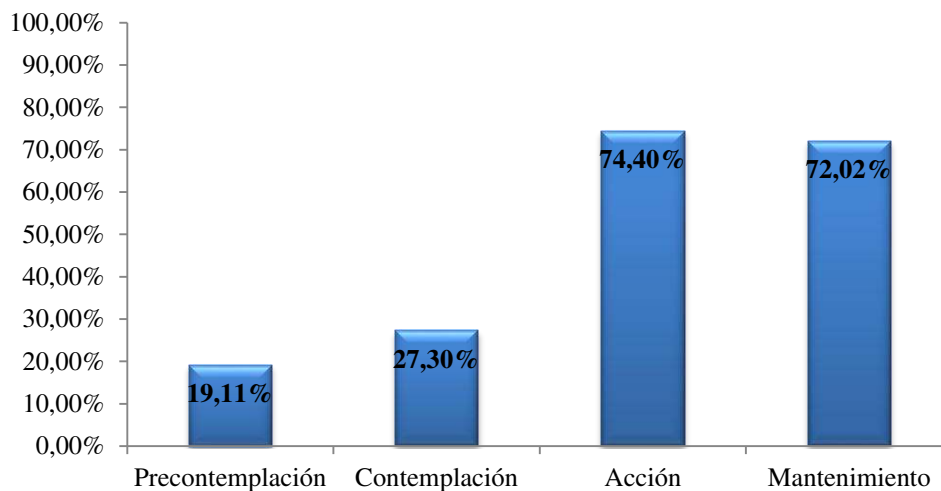
Llegado este punto, quienes estaban considerando un futuro sin marihuana se encontrarían listos para la acción, puesto que durante el desarrollo de la intervención, paulatinamente se fueron dando los procesos de cambio: reevaluación ambiental, relieve dramático, aumento de la concienciación y autoreevaluación, que ahora se complementan con autoliberación y liberación social, puesto que están haciendo uso de su capacidad de decidir y elegir; así mismo, creen en que pueden desarrollar y mantener las habilidades necesarias que les permitan modificar su conducta.

Con el fin de verificar estas apreciaciones, se aplicaron nuevamente los dos instrumentos, cuyos resultados se observan en las figuras 4 y 5.

Resultados del postest

Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA)

Figura 4. Resultados postest Escala de Evaluación del Cambio (URICA)

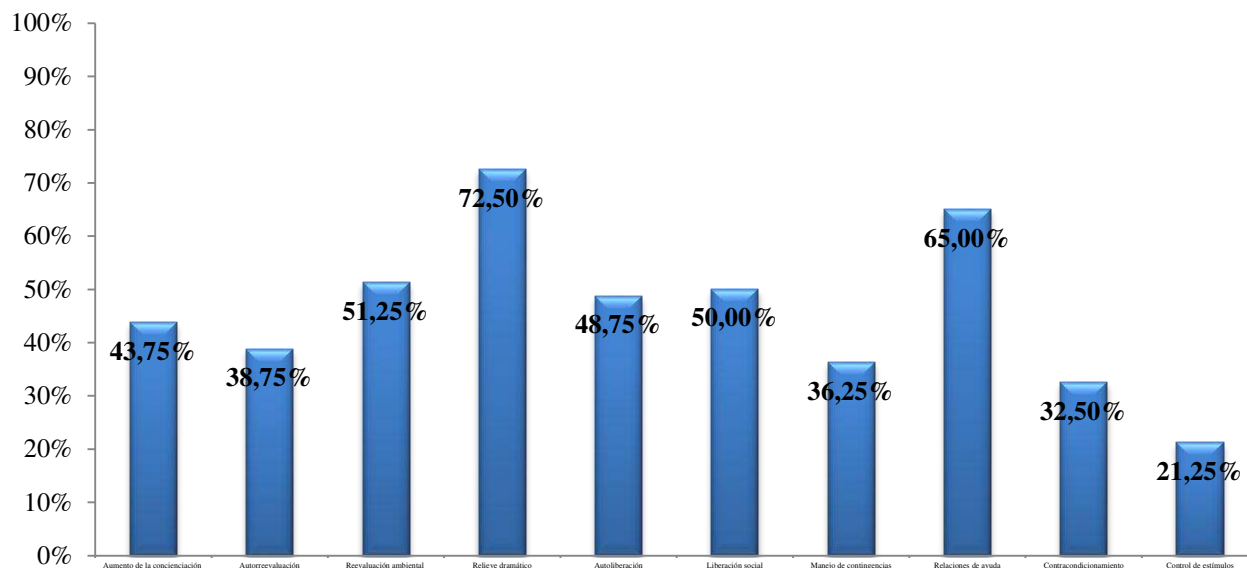


Fuente: elaboración propia

Es destacable la reducción de 61.65% en la etapa de precontemplación y 48.85% en contemplación, así como el hecho de que las etapas acción y mantenimiento mostraron un aumento significativo. El aumento se debe a aquellos que de precontemplación y contemplación en el pretest pasan a acción y mantenimiento el postest. Cabe recordar que las etapas no se dan secuencialmente, se experimentan incluso de manera simultánea, puesto que una persona en contemplación puede estar llevando a cabo sus primeras acciones de cambio. De la misma manera, quienes se encuentran en la etapa de acción, ejecutan conductas que paulatinamente les conducen al mantenimiento. Estos estados son directamente influenciados por los procesos de cambio. En la figura 5 se muestran los resultados que arrojó este instrumento en el postest.

Inventario de Procesos de Cambio (IPC)

Figura 5. Resultados posttest Inventario de Procesos de Cambio (IPC)

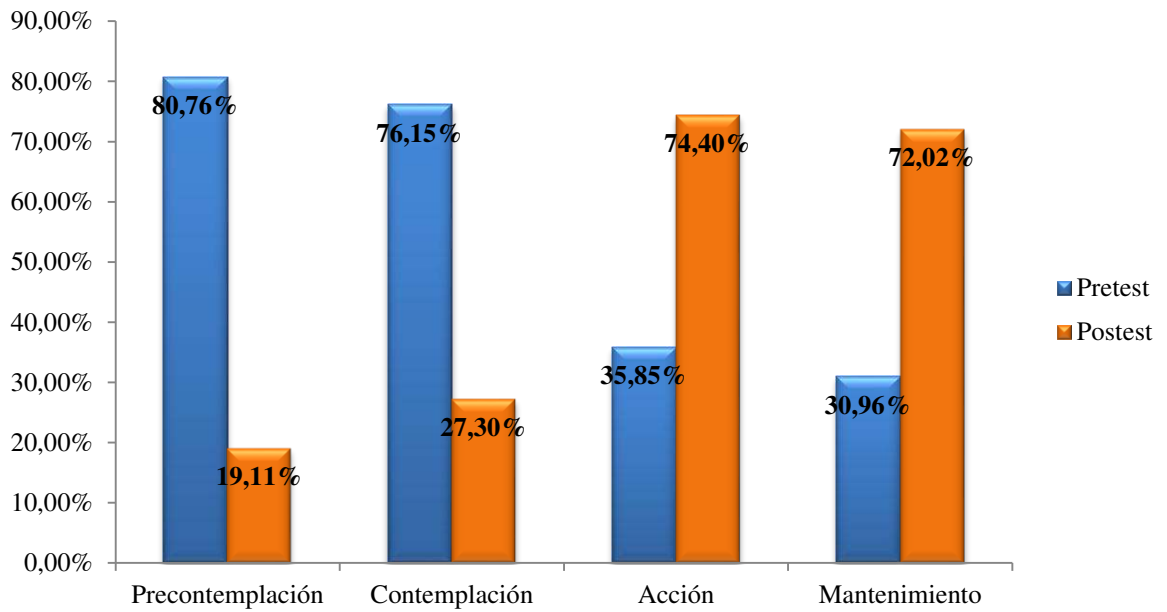


Fuente: elaboración propia

Todos los procesos de cambio mostraron un porcentaje de aumento, destacándose en su orden: relieve dramático con 35.75%, reevaluación ambiental 31%, liberación social 28.25%, manejo de contingencias 24.5%, contracondicionamiento 20.75% y control de estímulos 17.75%. Los últimos tres procesos son fundamentales para mantener el cambio, puesto que hacen referencia al auto y hetero-refuerzo de conductas, modificación de respuestas cognitivas y fisiológicas ante situaciones de riesgo y evitación de exposición a dichas situaciones. Cabe anotar que en esta etapa de posttest no se replicó la entrevista inicial. Sin embargo, las diferencias evidenciadas (pre y posttest) tanto en las etapas de cambio como en los procesos a ellas asociados, luego de la intervención motivacional breve, dan cuenta de que éstas sólo pueden darse si tiene disponibilidad al cambio y se disminuye la cantidad y frecuencia del consumo de marihuana.

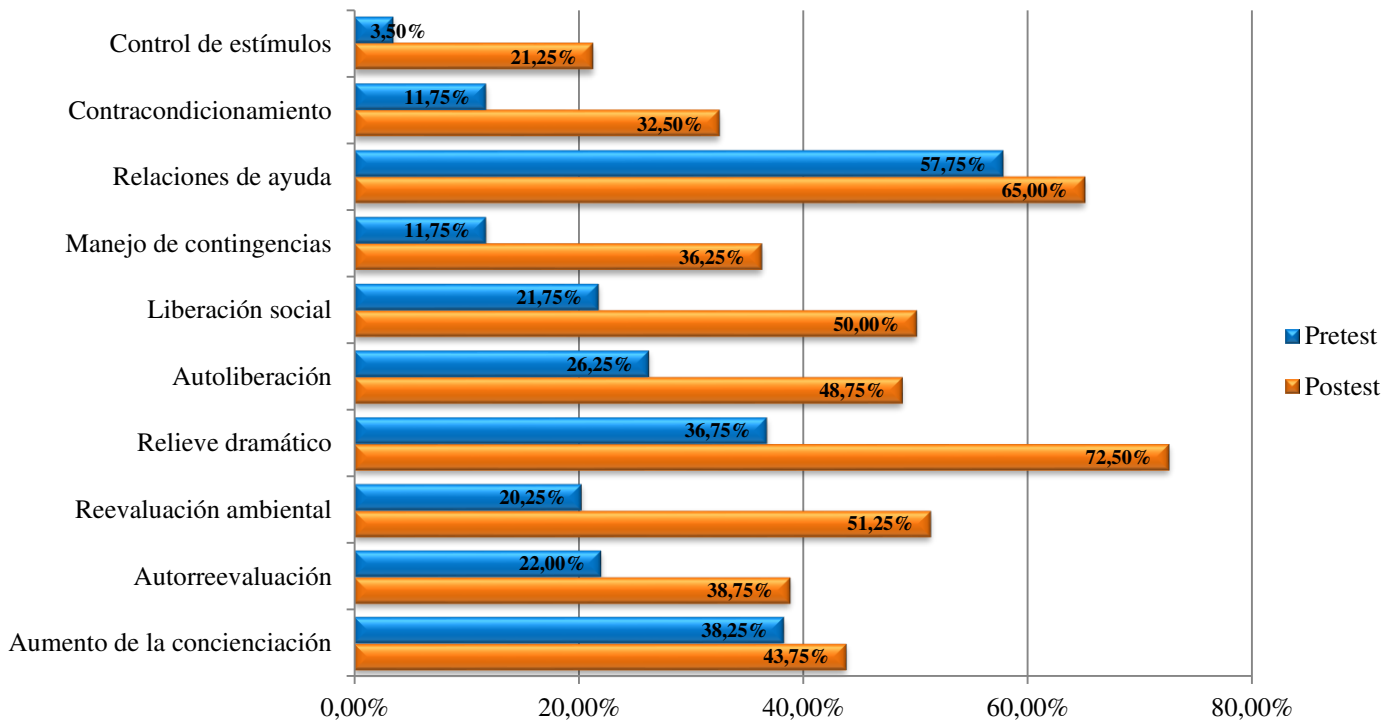
La comparación de los resultados de la Escala de Evaluación del Cambio (URICA) y del Inventario de Procesos de Cambio (pre y posttest) se incluye en las figuras 6 y 7.

Figura 6. Comparación de resultados pre-postest Escala de Evaluación del Cambio (URICA)



Fuente: elaboración propia

Figura 7. Comparación de resultados pre-postest Inventario de Procesos de Cambio



Fuente: elaboración propia

La información que permitió establecer los porcentajes que dan cuenta de los cambios experimentados en la muestra, fue sometida a análisis estadístico. Las tablas 6 y 7 dan cuenta de dichas variaciones. Es importante recordar que las etapas y procesos de cambio pueden darse simultáneamente. Así mismo, el pretest fue contestado por 15 participantes y el posttest por 13.

Tabla 6. Comparativo pretest-postest Escala de Evaluación del Cambio (URICA)

Etapas de cambio	Pretest		Postest		Variación %
	n (participantes)	%	n (participantes)	%	
Precontemplación	10	80.76	5	19.11	61.65%
Contemplación	10	76.15	11	27.30	48.85%
Acción	8	35.85	11	74.40	38.55%
Mantenimiento	6	30.96	10	72.02	41.06%

Fuente: elaboración propia

Tabla 7. Comparativo pretest-postest Inventario de Procesos de Cambio

Proceso de cambio	Pretest		Postest		Variación %
	n (participantes)	%	n (participantes)	%	
Control de estímulos	0.5	3.5	2.7	21.25	17.75
Contracondicionamiento	1.7	11.75	4.2	32.50	20.75
Relaciones de ayuda	8.6	57.75	8.4	65	7.25
Manejo de contingencias	1.7	11.75	4.7	36.25	24.5
Liberación social	3.2	21.75	6.5	50	28.25
Autoliberación	3.9	26.25	6.3	48.75	22.5
Relieve dramático	5.5	36.75	9.4	72.5	35.75
Reevaluación ambiental	3	20.25	6.6	51.25	31
Autorrevaluación	3.3	22	5	38.75	16.75
Aumento de la concienciación	5.7	38.25	5.7	43.75	5.5

Fuente: elaboración propia

En la Escala de Evaluación del Cambio URICA se observa un aumento promedio del avance de una etapa a otra del 23%, que se relaciona directamente con el incremento del 21% en los procesos de cambio a ellas asociados.

A los datos anteriores se aplicó el D de Cohen que arrojó el tamaño del efecto incluido en la tabla 8.

Tabla 8. D de Cohen y tamaño del efecto en la muestra pre y postest

Categoría	Media Pretest	Media Postest	D de Cohen	(r) tamaño del efecto	t	df
Inventario de Procesos de Cambio	25	46	4	0,894427	6,863148	9
Escala de Evaluación del Cambio	58	74	-0,8143	-0,3771	0,98576322	3

Fuente: elaboración propia

Puede observarse que las variables del conjunto Inventario de Procesos de Cambio estuvieron altamente correlacionadas con las etapas de cambio, puesto que el tamaño del efecto, es decir, la magnitud de dichos procesos para que los participantes avancen de una etapa a otra se encuentra en el intervalo de 0,9 a 1,0 lo cual valida la hipótesis de investigación, en cuanto la Intervención Motivacional Breve se encaminó a fortalecer cada uno de los procesos de cambio.

Sesión de seguimiento

Luego de tres meses de terminado el taller, a través de una lista de chequeo se evaluó hasta qué punto han logrado modificarse los hábitos de consumo en los participantes, qué dificultades se han presentado para conseguirlo y con su participación activa, se diseñaron estrategias que les permitan fortalecerse y llegar a cumplir la meta.

La entrevista se llevó a cabo con los 11 jóvenes que completaron el programa. Las respuestas se incluyen en la tabla 9.

Tabla 9. Entrevista de seguimiento

<i>1. ¿Considera que ha logrado cumplir con su meta propuesta (de moderación o abandono del consumo) luego del taller?</i>	
<i>Sujeto 1</i>	La verdad creo que sí; lo que me propuse no era dejar de fumar, pero sí bajarle un poco.
<i>Sujeto 2</i>	Pues en eso estoy, igual las metas o la meta que me propuse implica no dejar de consumir, frente al consumo nunca he visto un problema. Realmente, al principio del taller no tenía una meta relacionada con moderar o abandonar el consumo de marihuana, yo creo que la meta surgió cuando usted nos dio esa última sesión, porque la verdad no sabía que muchos de los síntomas que yo experimentaba estaban relacionados con la marihuana. Lo que me propuse a partir de esa última sesión fue tener un consumo más responsable, como no fumar con pipa plástica, comer, no acostarme a dormir y esas cosas. Lo que sí veo es que seguir esas pautas me llevó a no sacar a pasear al perro (salir a consumir) tantas veces como antes jajaja; por ejemplo, en las noches rara vez consumo y cuando no tengo qué comer, pues no fumo.
<i>Sujeto 3</i>	Claro que sí, hasta el día de hoy me he logrado mantener limpia, sin consumo de marihuana; ocasionalmente algo de alcohol, pero muy poco.
<i>Sujeto 4</i>	Pues para mí aplica el hecho de moderar el consumo, pero por ahora no he pensado en abandonarla. Igual, mi consumo siempre ha sido moderado, casi experimental podría decir.
<i>Sujeto 5</i>	Por ahora un poquito jejejeje. Creo que sí he moderado el consumo, pero dudo mucho que llegue a dejarla.
<i>Sujeto 6</i>	Sí, realmente sí, aunque las ganas de volver a consumir son muy difíciles de manejar.
<i>Sujeto 7</i>	La verdad, cuando terminamos el taller me fue muy bien. Pasé de moderar el consumo a dejarlo a un lado. La vaina es que hace quince días volví a consumir, pero sólo fue un “plon”, no me pasé de allí. Se nota que hace resto no fumaba, me dio muy duro, me dio mucho dolor de cabeza y me pasó algo que nunca me había pasado y fue que me vomité. Yo creo que esa fue una mala traba jajajaja. Creo que le estoy cogiendo miedo, la verdad.
<i>Sujeto 8</i>	Por ahora no.
<i>Sujeto 9</i>	Creo que sí. En parte creo que he hecho algunas cosas para ser más responsable cuando fumo.
<i>Sujeto 10</i>	No. Pensaba en dejarla pero es muy jodido; ya es realmente imposible. Que no se diga que no lo intenté.
<i>Sujeto 11</i>	No, no he dejado de consumir y tampoco le he bajado.
<i>Sujeto 1</i>	Ahora, evito consumir cuando estoy de malas pulgas o cuando me agarro con mi novio. Además, bajé de hacerlo todos los días a una vez cada quince días, pues ahora me doy cuenta que lo que sentía era un daño para mí.
<i>2. ¿De qué manera el taller ha modificado su relación con la marihuana y el consumo?</i>	
<i>Sujeto 2</i>	Pues la relación es un poco más, más, ¿cómo decirlo?, que prudente, como respetuosa, una vaina así. Pues es que como, es naturaleza, es lógico que hay que respetar y no abusar; eso es como cuando nos aprovechamos de la madre naturaleza, eso causa un desequilibrio en el ambiente. Yo creo que eso mismo me podría pasar si le doy tan duro a la planta, me va generar un desequilibrio. Con respecto al consumo, bajó, pero no fue mucho la verdad; es decir, ya no fumo todos los días y menos cuando estoy en parciales. Eso que aprendí de los efectos sobre la memoria si es verdad. Ahora sólo fumo como tres o cuatro veces por semana.
<i>Sujeto 3</i>	Pues la relación sigue en cero al igual que el consumo. Siento que ahora entiendo mucho mejor las consecuencias de fumar; además, me siento muy bien porque sé que tome una de las mejores decisiones de mi vida.
<i>Sujeto 4</i>	Pues básicamente, creo que el taller me dio a entender de una manera más técnica y precisa lo que yo pienso de la marihuana, que es básicamente que sí puede hacerme daño pero si abuso de su consumo.
<i>Sujeto 5</i>	Pues, recibir información sobre los riesgos físicos si me llegó a timbrar un resto.
<i>Sujeto 6</i>	Creo que me sirvió mucho, ya que puedo hacer más cosas que antes. Ahora ya no pienso que no hace daño, y pues aprendí, porque en algunos momentos era difícil manejar las cosas; por ejemplo, estudiar y ese tipo de cosas.
<i>Sujeto 7</i>	Pues me ayudó a por fin tomar la decisión de parar; hace resto que lo quería hacer pero no encontraba como la ocasión, creo.
<i>Sujeto 8</i>	Pues creo que ahora tengo en cuenta algunos riesgos que antes no.
<i>Sujeto 9</i>	Creo que me permitió bajar el consumo en algún momento, pero la verdad no duró mucho, como un mes.
<i>Sujeto 10</i>	Veo que la información que recibimos sí sirve, pues en mi caso me ayudó a saber cuándo me estoy pasando con la marihuana y qué cuidados debo tener al fumar.
<i>Sujeto 11</i>	Muy poco porque no dejé de consumir. Bueno, ahora creo que evité algunos riesgos como lo de las pipas de plástico y lo de comer.

Tabla 9 (continuación)

3. ¿El plan que diseñó le ha parecido útil y suficiente para sortear las dificultades que se le han presentado?	
Sujeto 1	Pues no creo que tenga dificultades, y pues mi plan fue sencillo, sólo fue bajarle y sí se notan los cambios. Creo que mi memoria está mejorando o me concentro más.
Sujeto 2	Para mí sí, porque mi plan fue seguir fumando y lo de montar un cultivo, eso sí ya no, ¡qué mamera! eso toma mucho tiempo. Realmente no he tenido dificultades, fue fácil.
Sujeto 3	Pero por supuesto; igual, antes del taller ya tenía muy firme la decisión de abandonar el consumo y el taller reforzó significativamente mi decisión.
Sujeto 4	Creo que no, porque aunque mi meta en el taller era dejarla, por ahora eso no lo he podido hacer.
Sujeto 5	Sí fue útil en un principio, pero no dura mucho. Es que después del taller salí con toda, pero no me duró mucho; es que a veces son más los problemas personales los que lo llevan a uno a estresarse y para desesterarse nada mejor que un poquito de naturaleza, jajajajaja.
Sujeto 6	Por ahora sí.
Sujeto 7	Sí, cambié amigos y hábitos. Pero hace quince días que volví a consumir fue porque tenía mucho que estudiar y como antes eso me ayudaba, pues le di, pero me sentí tan mal que la verdad no le di más.
Sujeto 8	Pues es que mi plan es cultivar o tener mi propio cultivo.
Sujeto 9	Pues es que mi plan nunca fue dejar de fumar; contemplé bajar un poco el consumo sí, pero realmente me pude dar cuenta que soy de los que lo bajan por un tiempo pero después necesito más.
Sujeto 10	Pues útil creo que sí, pero suficiente no creo, porque pensé en dejar de fumar y hasta ahora no he podido; igual, no fumo todo los días. Puede haber semanas, hasta meses en los que no fumo.
Sujeto 11	No.
4. ¿Qué dificultades nuevas se le han presentado?	
Sujeto 1	¿Algo nuevo?, pues lo único es que en un principio a mis amigos les parecía tonto, pero después lo respetan y ya.
Sujeto 2	Pues como le dije, no tengo hasta ahora dificultades que uno diga ¡uffff! ¡Ah!, bueno, de pronto sí sentí que cuando le bajé un poquito me aburría más fácil, como una mamera, como una depresión toda cula, pero sólo fue como por ocho o quince días, creo.
Sujeto 3	Un poquito manejar como la ansiedad, pero la natación me está ayudando un resto y claro está también mi mamá y hermanos.
Sujeto 4	Creo que mis amigos; ellos creo que en ocasiones no me permiten dejarla. Es que fijo cuando nos reunimos no falta el que tiene y pues comparte y eso hace que difícilmente yo llegue a dejarla; además, porque somos muy unidos y nos conocemos desde el colegio
Sujeto 5	Pues mi mamá dice que mi temperamento cambió resto. Según ella ahora me la paso “rabona” jejeje y la verdad creo que siempre he sido así. La vaina es que ella no me conoce y no se da cuenta de lo que dice.
Sujeto 6	Que mi novio sigue consumiendo y pues no quiere dejarla y eso ya me incomoda.
Sujeto 7	La parte de salud; creo que mi salud está como regular, llevo con una tos ya casi un mes y no me para; además, me da mucho dolor de cabeza en ocasiones.
Sujeto 8	Ninguna, o bueno, sí. Se vale decir que a la Policía ahora le dio por quitarnos la plata, eso sería una dificultad.
Sujeto 9	Pues es que no creo que retomar el consumo como antes sea una dificultad; quizás que otra vez tengo dolor de garganta y no puedo hacer mucho ejercicio porque me canso rápido; eso podría ser una dificultad. ¡Ah! bueno, que me quedo sin plata para comprar jejeje.
Sujeto 10	Ninguna por ahora.
Sujeto 11	Ninguna.
5. ¿Cómo ha solucionado estas nuevas dificultades?	
Sujeto 1	La verdad no hice nada, parece que después de varias veces lo aceptaron y ya.
Sujeto 2	Pues no me han vuelto a dar y cuando me dieron, pues fumaba, salía con alguien o me ponía a estudiar y ya.
Sujeto 3	Pues el ejercicio físico es vital y el apoyo de mi familia, seres queridos y ya.
Sujeto 4	Realmente no he solucionado nada porque en el fondo no lo veo realmente como una dificultad; es más como seguir mis reglas y mantener espaciado el consumo como lo venía haciendo.
Sujeto 5	Pues he intentado hablar con ella, pero es que ella es muy difícil; además que se pone grosera y qué mamera eso. Ahora, lo otro es que obvio, ella no sabe que yo fumo, donde se entere, mejor dicho sería un tremendo problema
Sujeto 6	Pues le termino, pero volvemos, y así me la paso. Eso se parece como cuando quería dejar de fumar, sí, pero no... Va a tocar volverme más dura con él.
Sujeto 7	Pues por ahora no he hecho nada.
Sujeto 8	Jajajajaja; corriendo, o no fumando en parques y esas cosas.
Sujeto 9	No he querido hacer algo, pues es que sé que si le bajo a la marihuana me baja el dolor de garganta y ya. Y para tener plata, pues vendo dulces jejeje.
Sujeto 10	No he tenido.
Sujeto 11	No tengo por ahora dificultades.

Tabla 9 (continuación)

<i>6. ¿Qué dificultades no ha podido solucionar?</i>	
<i>Sujeto 1</i>	¡Uyy!, que mi familia me deje en paz, es que joden mucho; pero eso igual nunca va a cambiar.
<i>Sujeto 2</i>	Ninguna que tenga que ver con la marihuana; quizás la universidad, que me está yendo como regular, está muy pesado este semestre.
<i>Sujeto 3</i>	Pues vainas relacionadas con el consumo la verdad no tengo; de pronto con la universidad, las notas y los trabajos.
<i>Sujeto 4</i>	¡Uyyy! hay una vaina fuerte y es que mis amigos comprendan que fumar en pipas de plástico es peligroso; desde que les comenté algunos tips sobre fumar, ha sido difícil que ellos me hagan caso.
<i>Sujeto 5</i>	Pues lo único es la relación con mi mamá; de resto, con lo de fumar todo va bien.
<i>Sujeto 6</i>	La única es la de mi novio, nada más.
<i>Sujeto 7</i>	En relación a fumar, pues que a veces me dan como ganas y que pensaba que después de haberla dejado podía volver a fumar como antes; creo que es más fácil volver de a poco.
<i>Sujeto 8</i>	La universidad, está pesado.
<i>Sujeto 9</i>	¡Uyy!, pues no tener plata.
<i>Sujeto 10</i>	¿Relacionadas con el consumo? pues lo de siempre, que puede que lleve resto sin fumar y no falta el amigo o la farra y tome, termina uno fumando; mejor dicho, lo de siempre, eso no es nuevo en mi caso.
<i>Sujeto 11</i>	Ninguna. Bueno, quizás no tener casi dinero.
<i>7. ¿Qué fortalezas y factores protectores ha encontrado o desarrollado en usted desde que comenzó la ejecución del plan?</i>	
<i>Sujeto 1</i>	Pues mi temperamento como que bajó un poco; no me importa tanto lo que dicen mis amigos, ya me vale. Y que siento que ahora sí tengo control sobre la marihuana.
<i>Sujeto 2</i>	La verdad eso no lo he pensado, pero creo que ninguno; de pronto el darme cuenta que puedo dejar de fumar por días.
<i>Sujeto 3</i>	Creo que fortalecer mi carácter y tener claro hacia dónde quiero ir; pero por encima de todo, mi mamá, yo siento que desde que la relación entre las dos mejoró eso me ayuda resto a mantenerme bien.
<i>Sujeto 4</i>	Pues nunca he pensado en eso, pero creo que un factor protector es por ejemplo no fumar como fuman mis amigos, además de hacerlo con menos frecuencia. Y fortalezas, uhmm, pues la verdad creo que ninguna. ¡Ah! Bueno, sería la información sobre lo del consumo con responsabilidad, eso más bien sí.
<i>Sujeto 5</i>	Pues no veo fortalezas y tampoco factores de protección. Lo del consumo responsable quizás me sirvió resto, aunque no aplico lo de no consumir cuando estoy de mal genio; es que siempre que peleo con mi mamá me dan resto de ganas de trabarme y termino dándole, aunque sé que no debería.
<i>Sujeto 6</i>	Creo que tomar decisiones me hace más madura, y otra cosa es que ya no me dejo convencer tan fácil de los demás frente a lo que a sustancias se refiere.
<i>Sujeto 7</i>	Pues que me di cuenta que sí soy capaz de dejarla por un tiempo.
<i>Sujeto 8</i>	Ninguno.
<i>Sujeto 9</i>	Pues sólo vi eso cuando terminamos el taller y le bajé al consumo. Lo que le decía antes, menos malestar físico. Pero realmente no he visto nada más que yo pueda decir que son fortalezas o cosas que me protejan.
<i>Sujeto 10</i>	Que llegué a durar mes y medio sin fumar jajajaja; un nuevo record para mí. La vaina es que volví a hacerlo.
<i>Sujeto 11</i>	Sinceramente, ninguno.

Tabla 9 (continuación)

8. ¿Cuáles han sido las reacciones de otras personas sobre la manera en que ha modificado su comportamiento en relación al consumo de marihuana?	
<i>Sujeto 1</i>	En mis amigos, como ya le dije al principio fue fastidioso; después no jodieron más. En mi familia como bien, creo, pues ellos nos saben nada, pero el otro día me dijo mi hermano que ya no soy tan de mal genio y pues como me toca meterle más la ficha a la universidad, un profe me dijo que le ayudara en un trabajo de campo que porque yo era muy pila. Yo creo que es porque el man es todo “hecha perros”.
<i>Sujeto 2</i>	Jajajaja, pues no me han dicho nada. Me da risa porque mi novia dice que le gusta más cuando estamos juntos y no fumo; es decir, cuando tengo relaciones con ella jajajajaja.
<i>Sujeto 3</i>	No, pues de alegría, de apoyo. Además de animarme cada vez que pueden; es más, creo que ellos no esperaban tanto de mí, es decir, que podía ser capaz de mantenerme; como antes les decía que lo iba a hacer y seguía.
<i>Sujeto 4</i>	Pues lo que ya le dije de mis amigos, que se burlan de mí y no me creen lo que les digo, igual.
<i>Sujeto 5</i>	Pues no hay reacciones porque sencillamente nadie sabe, jejejejejeje.
<i>Sujeto 6</i>	En mi casa están medio tranquilos y felices. Mi novio, obvio no lo comparte, lo respeta, pero no falta que saque cositas cuando peleamos de por qué cambié tanto. Es tan idiota que pensó que conocí a alguien en el taller y me lo cuadré; entonces que nos estamos rehabilitando los dos. Más ridículo, ya quisiera, jajajaja. Mi familia la veo bien, pero cuando se dan cuenta que sigo con Santiago dudan que yo pueda mantenerme, pero ahí voy.
<i>Sujeto 7</i>	Pues realmente no les importa mucho, pues los que saben. Por ejemplo, mi familia no sabe. De pronto algunos amigos que no fuman les parece bien, pero es que igual son muy pocos.
<i>Sujeto 8</i>	Pues no tienen mucho que opinar.
<i>Sujeto 9</i>	No, la verdad poco les importa. Por ejemplo, mi familia no lo sabe, entonces pues no opinan. Y mis amigos, pues ellos antes fuman más que yo jajaja.
<i>Sujeto 10</i>	Les parece raro y cuando recaigo me dicen que para que jodo con dejarlo si vuelvo a fumar. Creo que la actitud que toman es de “ya no le creo”. Ya les he dicho tantas veces que voy a dejar de fumar que ya nadie lo cree, en serio.
<i>Sujeto 11</i>	Creo que no les importa.
9. ¿Qué cambios considera puede incorporar hacia el plan inicialmente propuesto alrededor del consumo de marihuana?	
<i>Sujeto 1</i>	Pues por ahora no creo. Si llegara a hacer algún cambio, eso sería dejar de fumar y por ahora la verdad no, gracias, jajajaja. Ya hice mucho dejando de darme duro todos los días casi, creo que hacerlo cada ocho o quince está súper.
<i>Sujeto 2</i>	Uhhmm... creo que nada, por ahora ninguno, la verdad.
<i>Sujeto 3</i>	Por ahora ninguno; de pronto tener más tiempo para hacer deporte.
<i>Sujeto 4</i>	Pues yo creo que si hago cambios me tocaría dejar de verme con mis amigos y eso sí va estar bien difícil; aunque por ejemplo ahora que estamos en finales no hay mucho tiempo y a veces eso ayuda un poco.
<i>Sujeto 5</i>	Yo creo que irme de mi casa o independizarme lo más pronto. Al principio planeé hablar con mi mamá y solucionar nuestras diferencias pero me di cuenta que eso es perder el tiempo.
<i>Sujeto 6</i>	Jajajaja, esa esta fácil; pues votar a mi novio, jajaja. No, mentiras, pero sí tiene lógica. Hablando en serio, sí sería dejar de meterme con manes que fumen y ya.
<i>Sujeto 7</i>	Yo creo que uno importante va a ser que en algún momento pueda ir al médico y hacerme un chequeo.
<i>Sujeto 8</i>	La verdad, por ahora no me interesa hacer cambios.
<i>Sujeto 9</i>	Pues creo que sería volver a bajarle un poco al consumo para evitar las molestias en la garganta. Mejor dicho, más que cambiar algo, es volver a poner en marcha lo que ya había hecho y ya, creo.
<i>Sujeto 10</i>	Yo creo que me serviría mucho estar con mi familia, es que ellos no viven en Bogotá, cuando estoy con ellos en Medellín no fumo; eso de pronto me ayudaría cuando ya lleve más tiempo.
<i>Sujeto 11</i>	Yo creo que si algún día pienso en dejar de consumir, lo único que me ayuda es meterme a algún centro de esos, pero “paila” porque no hay plata y eso es muy caro, y lo otro es que por ahora no quiero.

Fuente: elaboración propia

Adicionalmente, en esta sesión de seguimiento se aplicaron nuevamente los instrumentos de evaluación, con el fin de evidenciar si los cambios registrados en el postest se mantienen a través del tiempo. Es importante recordar que el postest fue contestado por 13 jóvenes y en la sesión de seguimiento se contó con la participación de 11. Así mismo, que las etapas de cambio y los procesos asociados con ellas, pueden darse de manera simultánea. Las tablas 10 y 11 y las figuras 8 y 9 dan cuenta de dichos hallazgos.

Tabla 10. Comparación resultados postest y sesión de seguimiento, Escala de Evaluación del Cambio (URICA)

Etapa de cambio	Postest		Sesión de seguimiento		Variación %
	n (participantes)	%	n (participantes)	%	
Precontemplación	5	19.11	2	18.18	-0.93
Contemplación	11	27.30	9.57	87.00	59.7
Acción	11	74.40	9.37	85.25	10.85
Mantenimiento	10	72.02	8.99	81.75	9.73

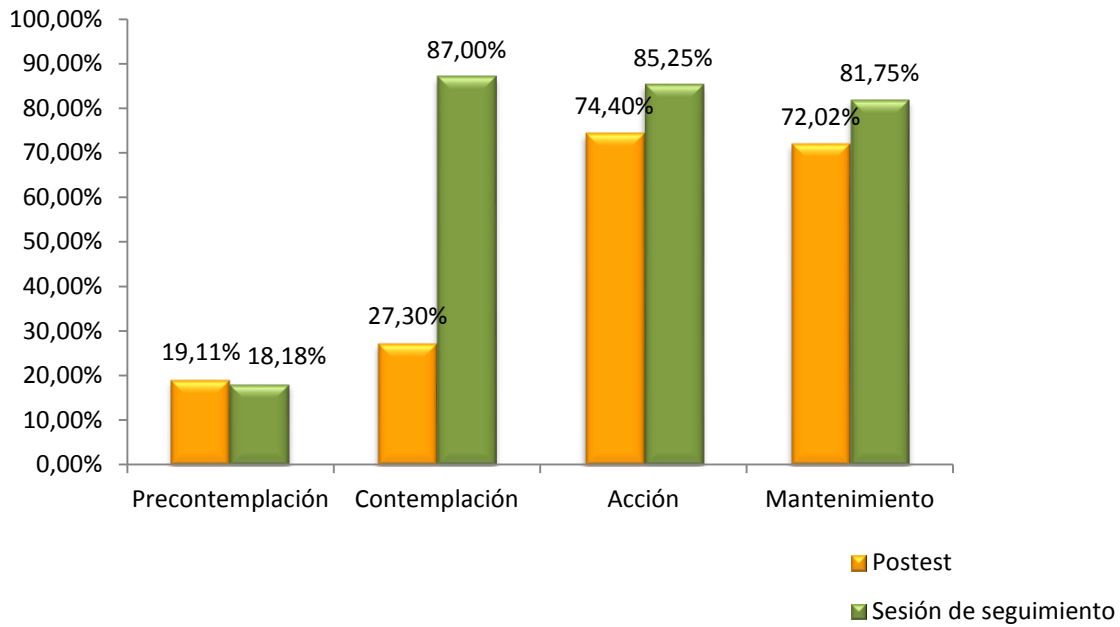
Fuente: elaboración propia

Tabla 11. Comparación resultados postest y sesión de seguimiento Inventario de Procesos de Cambio

Proceso de cambio	Postest		Sesión de seguimiento		Variación %
	n (participantes)	%	n (participantes)	%	
Control de estímulos	2.7	21.25	2	18.18	3.07
Contracondicionamiento	4.2	32.50	3.28	29.90	2.6
Relaciones de ayuda	8.4	65.00	6.86	62.40	2.6
Manejo de contingencias	4.7	36.25	3.60	32.75	3.5
Liberación social	6.5	50.00	5.10	47.20	2.8
Autoliberación	6.3	48.75	5.09	46.35	2.4
Relieve dramático	9.4	72.5	8.14	74.00	1.5
Reevaluación ambiental	6.6	51.25	5.90	53.45	2.2
Autorrevaluación	5	38.75	4.46	40.55	1.8
Aumento de la concienciación	5.7	43.75	5.06	46.05	2.3

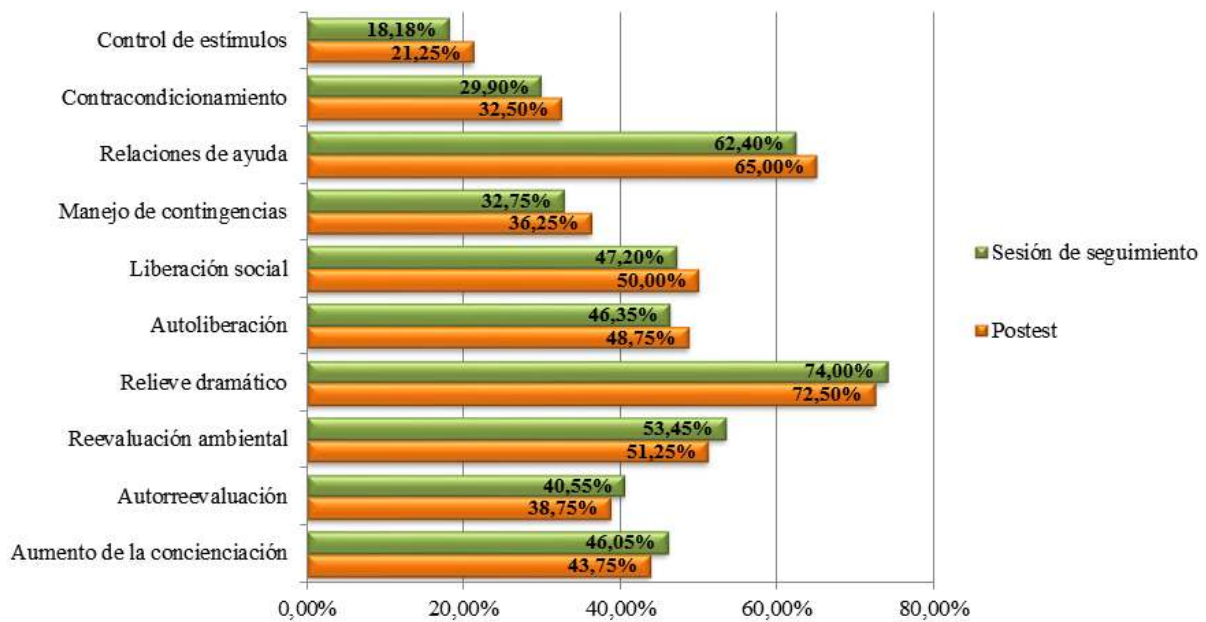
Fuente: elaboración propia

Figura 8. Comparación resultados postest y sesión de seguimiento, Escala de Evaluación del Cambio (URICA)



Fuente: elaboración propia

Figura 9. Comparación resultados postest y sesión de seguimiento Inventario de Procesos de Cambio



Fuente: elaboración propia

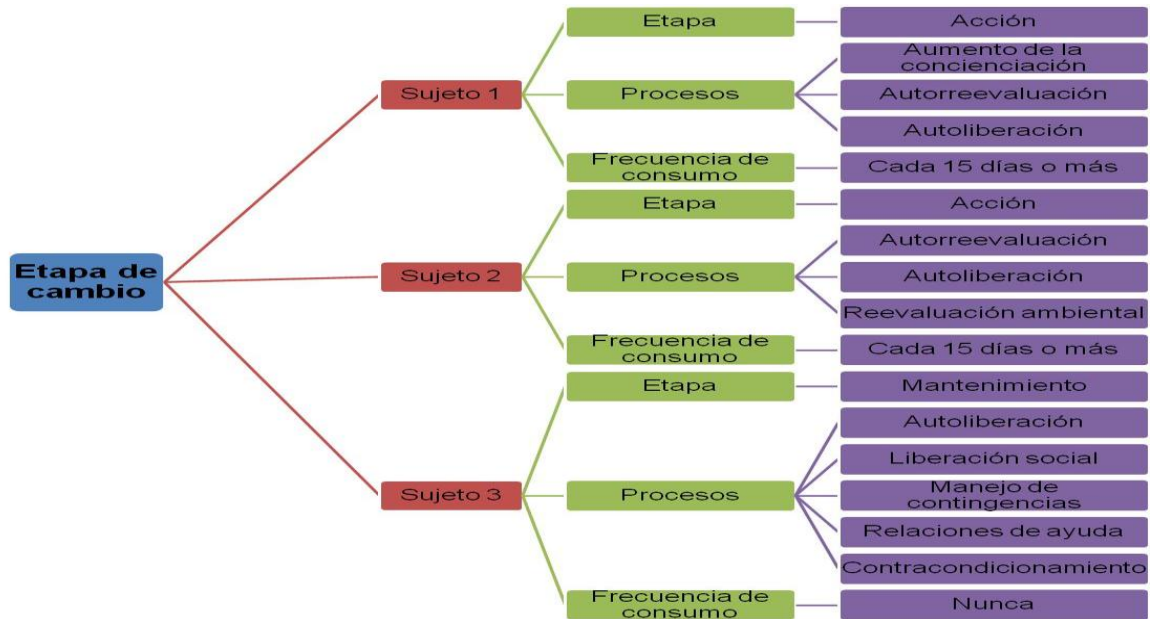
La entrevista de seguimiento y los resultados de las pruebas, permitieron establecer con mayor certeza en qué etapa del cambio se encuentran los jóvenes y cuáles de los procesos se hallan vinculados a ella, así mismo, la frecuencia del consumo de marihuana, información que se incluye en la tabla 12 y en las figuras 10, 11, 12 y 13.

Tabla 12. Etapa de cambio en que se encuentran los jóvenes y procesos vinculados

Sujeto	Etapa	Procesos	Frecuencia de consumo
1	Acción	Aumento de la concienciación Autorreevaluación Autoliberación	Cada 15 días o más
2	Acción	Autorreevaluación Autoliberación Reevaluación ambiental	Cada 15 días o más
3	Mantenimiento	Autoliberación Liberación social Manejo de contingencias Relaciones de ayuda Contracondicionamiento	Nunca
4	Contemplación/Acción	Aumento de la concienciación Autorreevaluación Autoliberación	Dos o tres veces por semana
5	Acción	Aumento de la concienciación Autorreevaluación	Cada 15 días o más
6	Mantenimiento	Aumento de la concienciación Reevaluación ambiental Autoliberación Liberación social	Nunca
7	Mantenimiento	Autorreevaluación Control de estímulos Autoliberación Relaciones de ayuda	Nunca
8	Contemplación/Acción	Aumento de la concienciación Reevaluación ambiental	Dos o tres veces por semana
9	Precontemplación	Aumento de la concienciación	Todos los días
10	Acción	Aumento de la concienciación Relaciones de ayuda	Cada 15 días o más
11	Precontemplación	Aumento de la concienciación	Todos los días

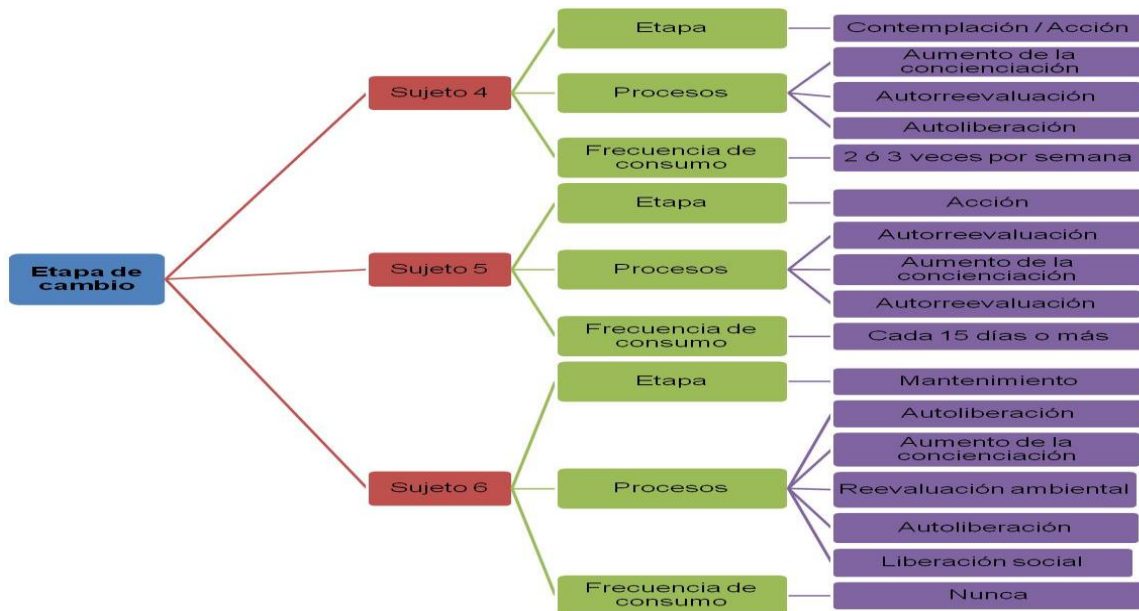
Fuente: elaboración propia

Figura 10. Etapas de cambio y procesos asociados en los sujetos 1, 2 y 3



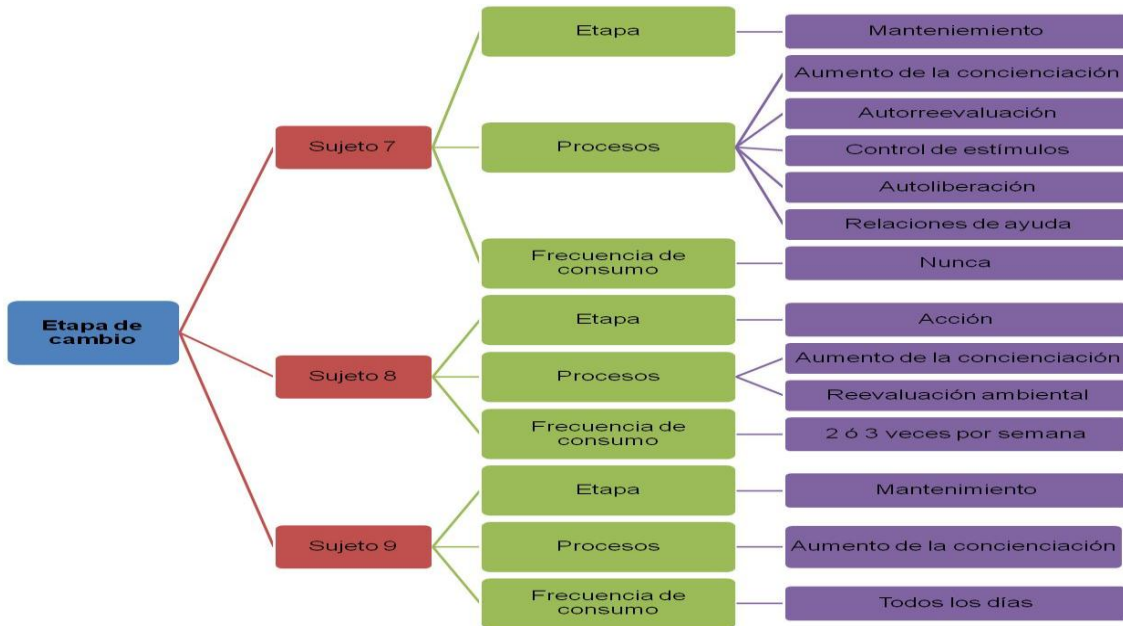
Fuente: elaboración propia

Figura 11. Etapas de cambio y procesos asociados en los sujetos 4, 5 y 6



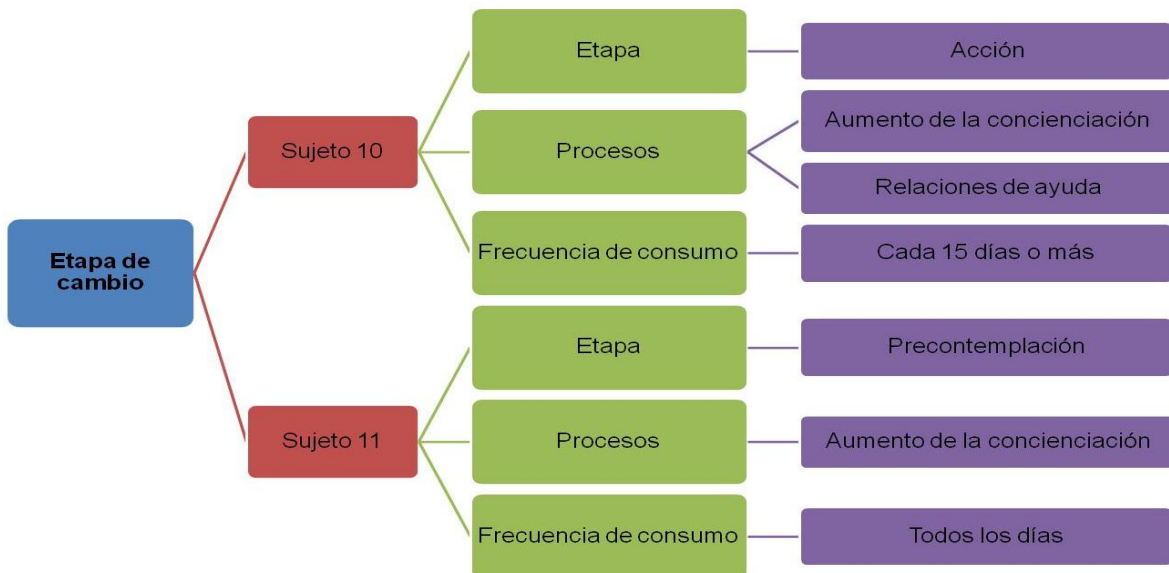
Fuente: elaboración propia

Figura 12. Etapas de cambio y procesos asociados en los sujetos 7, 8 y 9



Fuente: elaboración propia

Figura 13. Etapas de cambio y procesos asociados en los sujetos 10 y 11



Fuente: elaboración propia

Comparar los resultados del postest y la sesión de seguimiento, permite afirmar que los cambios se mantuvieron en el tiempo; es decir, la contemplación-acción ascendió, al igual que la acción y el mantenimiento; asimismo, los dos jóvenes que en postest se encontraban en precontemplación, para la sesión de seguimiento mantuvieron su postura. Los resultados por tanto, responden a la pregunta planteada en este estudio, puesto que la intervención motivacional breve para procesos de cambio en jóvenes colombianos consumidores de marihuana fue efectiva en el 82% de quienes participaron. Si bien no todos se encuentran en la etapa de mantenimiento, que es la ideal, sólo dos de ellos no tuvieron ningún avance luego de la intervención.

Discusión

Los resultados de la intervención indican que fue efectiva para tres de los jóvenes, quienes actualmente se hallan en etapa de mantenimiento; cuatro se encuentran en acción, con algunas dificultades, específicamente en cuanto al control de estímulos, manejo de contingencias, autoliberación y relaciones de ayuda; dos en contemplación-acción; son conscientes de los beneficios que les acarrearía dejar el consumo pero aún no se deciden a hacerlo y dos en precontemplación, quienes definitivamente consideran que consumir marihuana no tiene nada de malo y por tanto, no asocian ningún problema con esta conducta.

Porcentualmente, la implementación de la Intervención Motivacional Breve llevada a cabo con este grupo de jóvenes fue efectiva para el 28% de quienes la terminaron (se encuentran en la etapa de mantenimiento); parcialmente efectiva para el 36% (están ejecutando procesos propios de la etapa de acción); pudo generar procesos cognitivos que llevan a plantearse la opción de dejar el consumo en 87% (etapa de contemplación-acción) y no logró su objetivo en otro 18% (siguen en precontemplación).

Por tanto, afectó los procesos motivacionales de cambio asociados al consumo de marihuana en jóvenes en un 82% de la muestra, quienes han avanzado de un estadio a otro, validando la hipótesis inicialmente formulada: si la implementación de una intervención dirigida a la prevención del consumo de marihuana, en una muestra de jóvenes consumidores, resulta efectiva, entonces se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en las mediciones antes y después de la intervención.

Los resultados son equiparables con lo encontrado por Montañez (2012) en cuyo estudio, 86% de los participantes consiguieron pasar de un estadio a otro.

La variable dependiente, procesos psicológicos de cambio, fue analizada desde cuatro tópicos: cantidad y frecuencia del consumo, cuyos resultados indican abandono total en tres

jóvenes y disminución significativa en cuatro; percepción del sujeto respecto a su situación de consumo y disponibilidad al cambio, en nueve, sólo dos de ellos se mantienen en etapa de precontemplación; y, avances y retrocesos en el proceso, totalmente favorables en tres jóvenes y con algunos retrocesos en cuatro, resultados obtenidos del análisis de la entrevista de seguimiento.

Lo anterior se encuentra directamente relacionado con los procesos de cambio que de manera paulatina se han dado en estos jóvenes, con un aumento global del 21% al compararse los resultados del pretest y postest. Los procesos de cambio tienen su origen en las estrategias motivacionales propias de la intervención con ellos realizada y enmarcada en el Modelo Transteórico (estadios de cambio), teniendo en cuenta que lograr los objetivos implica por parte del terapeuta el uso de este tipo de estrategias y según Hewitt y Gantiva (2009) “la comprensión de que el cambio es un proceso cíclico por etapas mediado por barreras de tipo motivacional; por tanto, se debe ayudar al consultante a detectar aquellos elementos que impiden o dificultan su tránsito por las etapas del cambio” (p. 170).

En este proceso de cambio cumple papel fundamental el contexto, dado que se encuentran en un ambiente donde el consumo es habitual y por esto no se reconoce mayor control. Así lo evidenciaron Cáceres, Salazar, Varela y Tovar (2006). El 22% de los universitarios que participaron en su estudio, refirió que adquieren marihuana con facilidad dentro de la universidad y el 78% encontrarla en expendios cercanos a ésta. Por tanto, “el fácil acceso a las sustancias, el contexto social, la presión de pares y la inadecuada información suministrada, actúan como factores facilitadores del consumo” (p. 525)

Esta investigación también presenta similitudes con los hallazgos encontrados por López, Bruzzone, Krebs y Castro (2013) quienes identificaron varios procesos de cambio durante la intervención motivacional breve que efectuaron en Chile con personas adictas a sustancias

químicas. Destacan los progresos físicos y emocionales de los participantes, mayor lucidez mental, disminución del ansia por consumir la sustancia, sensación de autoeficacia, sentimiento de mayor competencia y desenvolvimiento social, así como cambios positivos en las relaciones familiares, además de encontrar actividades distintas al consumo con las cuales obtener gratificación. Es así como en el presente estudio, durante la entrevista de seguimiento, los jóvenes participantes que se encuentran en etapas de acción y mantenimiento hacen alusión a que se sienten mejor consigo mismos, dado que tomar la decisión de abandonar la sustancia ha tenido como consecuencia apartarse de personas y ambientes que les inducían al consumo, así como encontrar alternativas de recreación en la práctica de algún deporte. Igualmente, recuperación de la armonía en sus relaciones familiares, dado que el consumo de marihuana acarrearba discusiones con sus padres y otros miembros de la familia.

Además de los jóvenes que han conseguido llegar a las etapas acción y mantenimiento, también deben tenerse en cuenta a aquellos que de la precontemplación pasaron a la contemplación, considerando seriamente dejar el consumo, etapa en la que se dan los primeros procesos de cambio que conducen a la acción.

Los resultados conducen a considerar la efectividad de la Intervención Motivacional Breve en la muestra estudiada. Al respecto, Sánchez y Gradolí (2002) sostienen que puede ser útil para gran cantidad de pacientes, ya que es factible adaptarla según sus necesidades; consecuentemente, puede aplicarse a muchas personas y como ventaja adicional, no implica mayores costos.

Por su parte, Maradona y Rodríguez (2015) consideran que “la intervención breve resulta más eficaz que la ausencia de intervención y que la implementación de intervenciones intensivas y a largo plazo” (p. 6). Estos autores sostienen que esta alternativa terapéutica ha sido efectiva para lograr disminuir el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, entre ellas la marihuana, en

todo tipo de personas, incluso jóvenes universitarios, específicamente cuando la intervención se hace bajo un enfoque preventivo.

Lo anterior es corroborado por Babor y Higgins (2001) quienes indican que las intervenciones breves son cada vez más valiosas para llevarse a cabo con las personas que atraviesan problemas relacionados con adicciones. Además de su efectividad, factores como el bajo costo, incentivan a los profesionales de la salud a utilizarlas como recurso para llenar el vacío entre la prevención primaria y el tratamiento intensivo. Al decir de estos autores, este tipo de intervenciones son particularmente positivas en casos de personas que aún no son adictas a las sustancias, pero se encuentran en riesgo de estarlo. Las intervenciones breves afectan los procesos cognitivos de los sujetos, llevándolos a repensarse a sí mismos y a sus conductas junto con las consecuencias que éstas pueden llegar a ocasionarles.

Se convierten entonces en un instrumento muy valioso para los psicólogos en su práctica profesional; pueden asumir un rol fundamental para lograr que pacientes en riesgo de dependencia inicien procesos de cambio que los conduzcan a disminuir el consumo o, en el mejor de los casos, a abandonarlo, siguiendo los postulados del modelo transteórico, el cual sostiene que el cambio de comportamiento se sucede en un paso a paso en el que se dan avances y retrocesos producto de la motivación y la intención de cambio de cada sujeto. Por tanto, las intervenciones pueden diseñarse conforme a las necesidades particulares, que se encuentran en estrecha relación con el contexto en el cual se desarrolla el individuo (Cabrera, 2000).

Los resultados de la intervención realizada con este grupo de jóvenes colombianos consumidores de marihuana son favorables si se considera que en la etapa de cambio acción, se evidenció un aumento del 33.50% y en la etapa mantenimiento de 42.13%. Sin embargo, con miras a evitar la deserción y lograr mayor efectividad en intervenciones futuras, es necesario

considerar las razones por las cuales algunos de los individuos insisten en mantenerse en etapa de precontemplación; ellas son: la percepción del riesgo y las atribuciones.

La percepción de riesgo que los jóvenes tienen hacia el consumo de marihuana. La experimentación con esta sustancia (efectos satisfactorios) distorsiona dicha percepción y ratifica las creencias erróneas sobre sus efectos, lo que conduce a una mayor disposición hacia el consumo, a lo cual se añade la escasa resistencia a la incitación grupal, permaneciendo en ambientes y con compañías incitadoras al consumo. Estas actitudes podrían estar directamente vinculadas con la permisividad en el contexto familiar de algunos de los participantes, al igual que con la falta de interés que otros perciben por parte de sus allegados.

En este punto, cabe retomar algunos de los resultados iniciales de esta intervención (tabla 2) en cuanto a las expectativas asociadas al consumo de marihuana, que se mantienen inmodificables en aquellos sujetos que insisten en usarla: aunque consumen a diario, afirman que la sustancia no genera dependencia; dicen que no es una droga, que es menos peligrosa que el alcohol; que no afecta las neuronas ni el equilibrio mental de quien la consume, por tanto, no hace perder el autocontrol; argumentos que podrían estar directamente relacionados con que es divertido fumar, fortalece los lazos de amistad, facilita la relajación y amplifica las emociones.

Desde la teoría de la percepción del riesgo, las anteriores afirmaciones tienen sustento si se consideran los aportes de García del Castillo (2012) quien sostiene que el riesgo se configura a partir de la información y de las experiencias que una persona va acumulando. En la juventud, la percepción del riesgo se ve disminuida por el mito del control, el cual tiene su origen y justificación en que los beneficios del consumo, que por tratarse de una percepción, son completamente subjetivos, superando las consecuencias negativas, a lo cual se suma el deseo por manifestar su inconformismo con las normas (“política”) establecidas por los adultos.

Por tanto, la percepción del riesgo es un proceso cognitivo Pastor (2000; como se citó en García del Castillo, 2012) que descansa en la información de cada persona acerca de diferentes cuestiones como contextos, otras personas, objetos, y que procesa de forma inmediata generando un juicio o valor que condicionará su comportamiento. Dicho comportamiento se encuentra influenciado por sus actitudes, creencias y motivaciones, convirtiéndose en evidencia para el sujeto, la cual sustenta su optimismo ilusorio, aumentando la confianza para asumir riesgos por sentirse poco o nada vulnerable, tanto en situaciones supuestas como probables, aspectos consecuentes con la teoría de la atribución, según la cual,

la conducta está determinada por la forma en que se perciben los hechos y no por el modo en que ellos realmente ocurren; es decir, la percepción de las situaciones y la forma en que son interpretadas y entendidas, juega un rol determinante en las acciones que se emprenden como consecuencia de dicha observación (Bertoglia, 2005; p. 39).

Entonces, la decisión de iniciar, mantener o abandonar el consumo de marihuana, está mediada por las atribuciones. En la fase de inicio, por la creencia de que se puede controlar el consumo, además de la atribución de consecuencias positivas al mismo, tales como la aceptación social. En el mantenimiento, se refuerza el control ilusorio; sólo perder este control conduciría a la intención de abandonar el consumo, que entra en pugna directa con la justificación que del mismo hace el individuo al atribuirle sensaciones satisfactorias. En la fase de abandono, las atribuciones son más complejas; entre otras, el individuo requiere de autoeficacia y responsabilidad, para enfrentarse a los obstáculos y emprender las acciones de cambio. Por lo general, en esta fase se presentan recaídas, tal como sucedió con algunos de los jóvenes que participaron de la intervención. La atribución que el individuo le dé a dicha situación, tendrá una importancia definitiva para continuar o no el proceso de cambio. Si considera que se debió a factores que no puede modificar, como por ejemplo creer que no posee la capacidad para dejar la

adicción, que ésta es más fuerte que él, lo que le genera sentimientos de culpa, las posibilidades de abandonar el consumo son menores.

Complementan lo expuesto Cáceres et al. (2006) al afirmar que en los consumidores suele evidenciarse baja percepción de riesgo y de consecuencias negativas por el uso de sustancias psicoactivas, así como las valoraciones y creencias positivas sobre el mismo.

Los factores expuestos, baja percepción del riesgo y atribuciones, son los que incidieron en la permanencia de dos de los jóvenes en precontemplación; por tanto, Pedrero (2002) recomienda que en la práctica clínica, la primera labor del terapeuta debe ser proporcionar un encuadre teórico del problema, que sea: comprensible por el usuario, compartido y favorecedor del proceso deshabitador. La metodología por su parte, debe dirigirse a proporcionar al individuo en tratamiento una cierta capacidad percibida de control sobre su conducta; suficientes expectativas de autoeficacia para promover y efectuar el cambio; suficientes expectativas de resultados que motiven y justifiquen el cambio. Según el autor, es fundamental rechazar una formulación del tipo “soy un drogodependiente, drogadicto” (atribución interna, estable y global), sustituyéndola por otra del tipo “tengo problemas con las drogas” (atribución interna/externa, inestable y específica).

Por lo anterior, cabe la posibilidad de integrar a la intervención estrategias cognitivo-conductuales tales como detención de pensamiento, en la cual a través de ejercicios de concentración se detectan los pensamientos negativos y poco a poco se reemplazan por reflexiones positivas, complementada con técnicas de distracción que pueden ayudar a disminuir la ansiedad por consumir, cambiando esta sensación desagradable por actividades más gratificantes; entrenamiento en relajación, que ayuda a disminuir el estrés; imaginación, mediante la cual el sujeto se visualiza tomando el control de aquellas situaciones que considera se salen de su dominio; desensibilización sistemática para reducir y controlar la ansiedad y, discusión de

ideas irracionales, que brinda la posibilidad de eliminar las creencias arraigadas que contribuyen al mantenimiento del consumo de marihuana y que se encuentran directamente relacionadas con la baja percepción del riesgo y las atribuciones.

Finalmente, es necesario aludir a las limitaciones y dificultades que se presentaron en esta investigación. Éstas fueron el tamaño pequeño de la muestra, la deserción de dos de los participantes durante el proceso, lo que sin duda afectó los resultados del postest. Asimismo, el hecho de que para la sesión de seguimiento no se contó con dos de los 13 sujetos que finalizaron la intervención.

Por lo anterior, los resultados no pueden ser generalizados a toda la población. Sin embargo, contribuyen al acopio de investigaciones en cuanto a la efectividad de la Intervención Motivacional Breve en adicciones, sugiriéndose para próximas investigaciones trabajar con muestras más amplias a fin de ratificar o desvirtuar los hallazgos derivados de este estudio.

Referencias

- Agrelo, A. (2011). Sistematización de intervenciones psicoterapéuticas. La percepción de cambio del paciente adicto en función de las intervenciones del terapeuta. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15(1), 15-54.
- Alsinet, C., Pérez, R., & Agulló, M. (2003). Adolescentes y percepciones del riesgo. *Revista de Estudios sobre Juventud*, (18), 90-101.
- Allen, J., Porter, M., McFarland, F., Marsh, P., & McElhaney, K. (2008). The two faces of adolescents success with peers: adolescent popularity, social adaptation, and deviant behavior. *Child Development*, (76), 747-760. doi: 10.1111/j.1467-8624.2005.00875.x
- Arias, F. (2009). Revisión sobre el consumo de cannabis como factor de riesgo de la esquizofrenia. *Adicciones* (19), 191-204.
- Arnett, J. (2010). Emerging adulthood: a theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychology*, 55(5), 469-480.
- Asamblea Nacional Constituyente. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Recuperado de: www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/arb01/1001.html <http://www.senado.gov.co>
- Babor, T., & Higgins, J. (2001). *Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Un manual para la utilización en atención primaria*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf
- Bakalar, J., & Grinspoon, L. (1990). Arguments for a harmfulness tax. *The Journal of Drug Issues*, 20(4), 599-604.
- Banderas, C., Martínez, A., & Romo, T. (2010). Prevención integral de consumo de alcohol y drogas en estudiantes universitarios: una propuesta de intervención grupal. *Acta Colombiana de Psicología*, 13(2), 19-33.

- Barlow, D. (2007). *Psicología anormal; un enfoque integral*. México: Thomson Learning.
- Becker, M. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monograph* (2). doi: 1177/109019817400200405
- Becoña, E. (2009). Factores de riesgo y protección en la prevención de las drogodependencias en *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Cap. 5 Madrid: Imprenta Nacional del Boletín Oficial del Estado.
- Becoña, E., & Vázquez, F. (2005). Consumo problemático de sustancias. En V. Caballo (Dir.), *Manual de psicopatología clínica infantil y del adolescente*. Trastornos generales. Madrid: Siglo XXI.
- Beleño, S., & Díaz, G. (2011). *Análisis de las tendencias de consumo de drogas de abuso e impactos en la salud del individuo en países de América Latina años 2006-2010*. (TFM) Toxicología. Santa Fe de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de: www.bdigital.unal.edu.co/4266/1/598930.2011.pdf
- Bertoglia, L. (2005). La conducta de ayuda desde la perspectiva atribucionista. *Psicoperspectivas*, (IV), 37-53.
- Biblioteca Cochrane Plus (2015). Intervenciones escolares breves y resultados conductuales para los adolescentes que consumen drogas. *Revista Médica Clínica CONDES*, (1), 119-120. doi: 10.1016/j.rmclc.2015.02.012
- Cabrera, G. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 18(2), 129-138.
- Cáceres, D.; Salazar, I.; Varela, M., & Tovar, J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Universitas Psychologica*, 5(3), 521-534

- Camacho, I. (2005). *Factores psicosociales relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de secundaria*. Colombia: Universidad El Bosque.
- Carballo, J., García, O., Secades, R., Fernández, J., García, E., Erraste, J., *et al.* (2007). Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, (16), 674-679.
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) (2009). *Las escuelas de educación frente al fenómeno de las drogas en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C.
- Comisión Nacional de Investigación en Drogas. (2001). *Encuesta Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Jóvenes de 10 a 24 años*. Recuperado de: https://www.unodc.org/documents/.../Estudio_Poblacion_Escolar_2011.pdf
- Comunidad Andina de Naciones (CAN) (2013). *II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria*. Recuperado de: www.comunidadandina.org/Upload/20132718338Informe_Regional.pdf
- Congreso de la República de Colombia. (1997). *Ley 375. Ley de Juventud*. Recuperado de: www.mineduacion.gov.co/1759/articles-85935_archivo_pdf.pdf
- Concha, D., Bilbao, M., Gallardo, I., Páez, D., & Fresno, A. (2012). Sesgos cognitivos y su relación con el bienestar subjetivo. *Salud y Sociedad*, 3(2), 115-129.
- Cortés, M., Espejo, B., & Giménez, J. (2011). Características que definen el fenómeno del botellón en universitarios y adolescentes. *Adicciones*, (19), 357-372.
- Dillard, A., Midboe, A., & Klein, W. (2011). *The dark side of optimism: unrealistic optimism about problems with alcohol predicts subsequent negative event experiences*. *Pers. Soc. Psychol.*, 35(11), 1540-1550. doi: 10.1177/0146167209343124

- Dorius, C., Bahr, S., Hoffman, J., & Lovelady, E. (2007). Parenting practices as moderators of the relationship between peers and marijuana use. *Journal of Marriage and Family*, (66), 163-178. doi: 10.1111/j.0022-2445.2004.00011.x-i1
- Fabelo, J., Iglesias, S., & Núñez, L. (2011). Programa psicoeducativo para la prevención de las adicciones en el contexto universitario. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 8 (2), 1-13.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A., & Lemma, P. (2008). School-based prevention for illicit drugs' use. *The cochrane database of systematic reviews*, (2). doi: CD003020
- Fernández, R., Cornes, J., & Codesido, F. (1997). Parte primera: Aspectos teóricos y metodológicos. Cap. 4: Psicología preventiva: algunos aspectos críticos en psicología preventiva. *Avances recientes en técnicas y programas de prevención*. Buena-Casal, G., Fernández-Ríos, L. & Carrasco Giménez, T. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fineberg, H. (1988). Education to prevent AIDS: prospects and obstacles. *Science*, (239), 592-596.
- Galaif, E., Sussman, S., Chou, C., & Wills, A. (2006). Longitudinal relations among Grinspoon, L.; youth. *Journal of youth and adolescence*, (32), 243-258.
- García del Castillo, J. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Salud y Drogas*, 12(2), 133-151.
- García, L. (2008). La adolescencia y la juventud como etapas del desarrollo de la personalidad. *Boletín Electrónico de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología*, 4(1), 69-76.
- García, M., & Carrasco, A. (2006). Factores individuales, familiares y educativos asociados al consumo de alcohol en los jóvenes. *Revista de Psicología Social*, (18), 49-60.

- Gaviria, S. (2007). *Juventud y familia en Francia y en España*. Madrid: CIS
- Gold, R. (2008). Unrealistic optimism and event threat. *Psychology, Health & Medicine*, 13(2), 193-201. doi: 10.1080/13548500701426745.
- Grupo de Investigación en Sustancias Psicoactivas, Universidad Nacional (2004). *Situación del consumo de drogas de abuso dentro del campus universitario. Informe final de investigación*. Recuperado de: <http://www.unal.edu.co>.
- Gutiérrez-Baró, E., & Aneiros-Riba, R. (2004). *Toxicomanías y adolescencia: Realidades y consecuencias*. La Habana: Clínica del Adolescente.
- Harris, D., & Guten, S. (1979). Health protective behavior: An exploratory study. *J. Health Soc. Behav.*, (20), 17-29.
- Hernández, R., Batista, C., & Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación*. 6a ed. México: McGraw Hill.
- Hewitt, N., & Gantiva, C. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 27(1) 165-176.
- Hochbaum, G., Sorenson, J., & Lorig, K. (1992). Theory in health education practice. *Health Education Quarterly* Fall (8), 295-313. doi: 10.1177/109019819201900303
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Droga (NIDA). (2013). *La marihuana*. Disponible en: <http://www.drugabuse.gov/es/informacion-sobre-drogas/la-marihuana>
- Jara, C. (2008). *La motivación para el cambio de conducta y la evolución del tratamiento en pacientes dependientes a sustancias*. (Tesis doctoral). Psicología. Lima: Universidad Nacional de San Marcos. Recuperado de: <http://www.oasis.bligoo.com/media/users>
- Kirscht, J. (1974). The health belief model and illness behavior. *Health Education Monographs*, (2), 387-408. doi: 10.1177/109019817400200406

- Kirscht, J., Haefner, D., Kegeles, S., & Rosenstock, I. (1966). A national study of health beliefs. *Journal of Health and Human Behavior*, (5), 248-254.
- Lira, J.; González, F.; Carrascoza, C.; Ayala, H.; & Cruz, S. (2009). Evaluación de un programa de intervención breve motivacional para fumadores: resultados de un estudio piloto. *Salud Mental*, 32(1), 35-41.
- López, C.; Bruzzone, C.; Krebs, M., & Castro, X. (2013). La intervención motivacional y sus efectos sobre la entrada a tratamiento de adicción. *Revista de Psicología*, 22(1), 37-47.
- McConaughy, E.; Prochaska, J., & Velicer, W. (1992). Stages of change in psychotherapy: measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, (20): 368-375. doi: 1037/h0090198
- Malcolm, B. (2004). Evaluating the effects of self-esteem on substance abuse among homeless men. *Journal of Alcohol y Drug Education*, (48), 39-61.
- Maradona, J., & Rodríguez, L. (2015). Alternativas psicoterapéuticas efectivas en el tratamiento del paciente alcohólico. *Gaceta Médica Espirituana*, 17(2) 1-12.
- McGee, H., & Cairns, J. (2009). Unrealistic optimism: a behavioural sciences classroom demonstration Project. *Medical Education*, (22), 513–516.
- Ministerio de Justicia y del Derecho; Observatorio de Drogas de Colombia & Ministerio de Salud y Protección Social (2009). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia*. Recuperado de: https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf
- Ministerio de Justicia y del Derecho; Observatorio de Drogas de Colombia & Ministerio de Salud y Protección Social (2011). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia*. Recuperado de:

https://www.unodc.org/documents/colombia/2013/septiembre/Estudio_Poblacion_Escolar_2011.pdf

Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Salud y Protección Social & Dirección Nacional de Estupefacientes (2009). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia*. Recuperado de: https://www.unodc.org/documents/colombia/2013/septiembre/Estudio_Consumo_Adolescentes_en_Conflicto_2009.pdf

Ministerio de Salud Nacional (1993). *Resolución 008430* (04 de Octubre) Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Recuperado de: https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res_008430_1993_-_Salud.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2006). *Ley 1090. Código deontológico y bioético para la profesión Psicología*. Recuperado de: <http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/LEYES/1090%2006.pdf>

Montañez, N. (2012). *Efectividad de la entrevista motivacional en personas con abuso y dependencia de heroína*. (Trabajo de Especialización) Psicología Clínica. Bucaramanga: Universidad Pontificia Bolivariana. Recuperado de: <http://docplayer.es/3603348-Efectividad-de-la-entrevista-motivacional-en-personas-con-abuso-y-dependencia-de-heroina-nydia-milena-montanez-mendoza.html>

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) (2011). *Informe Anual 2011: El problema de la drogodependencia en Europa*. Recuperado de: www.emcdda.europa.eu/.../att_143743_ES_EMCDDE_AR2011_ES.pdf

- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) (2008). *Informe anual 2008: el problema de la drogodependencia en Europa*. Recuperado de: www.emcdda.europa.eu/...cfm/att_64227_ES_EMCD_DA_AR08_es.pdf
- Organización de Estados Americanos (OEA) 2011. *Informe del uso de drogas en las Américas 2011*. Recuperado de: www.cicad.oas.org/oid/pubs/Uso_de_Drogas_en_Americas2011_Esp.pdf
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) (2009). *Informe mundial sobre las drogas 2009*. Recuperado de: https://www.unodc.org/.../wdr/...2009/Executive_summary_Spanish.pdf
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), (2013). *Informe mundial y análisis sobre el uso de drogas*. Recuperado de: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/es/frontpage/2013/06/26-world-drug-report-notes-stability-in-use-of-traditional-drugs-and-points-to-alarming-rise-in-new-psychoactive-substances.html>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010). *The world health report*. Recuperado de: www.who.int/dg/.../2010/...health...20101122/en/
- Organización Mundial de la Salud (OMS), (2013). *Historia de la OMS*. Recuperado de: www.who.int/about/history/es/
- Parker, H., Aldridge, J., & Measham, F. (1998). *Illegal leisure: the normalisation of adolescent recreational drug use*. Londres: Routledge. doi: 10.1093/her/14.5.707
- Patton, G., Tollit, M., Romaniuk, H., Spence, S., Sheffield, J., & Sawyer, M. (2011). A prospective study of the effects of optimism on adolescent health risks. *Pediatrics*, 127(2), 308 -316. doi: 10.1542/peds.2010-0748

- Pedrero, E. (2002). *Atribuciones en drogodependientes*. Recuperado de: www.psiquiatria.com/adicciones/atribuciones-en-drogodependencias/
- Pérez, A. (1999). *Pilas con las drogas*. Programa Presidencial RUMBOS. Santa Fe de Bogotá: Sáenz.
- Piaget, J. (1970). La evolución intelectual entre la adolescencia y la edad adulta, en Delval, J. comp. (1978). *Lecturas de psicología del niño*. Madrid: Alianza pp. (208-213)
- Poss, J. (2001). Developing a new model for cross-cultural research: synthesizing the health belief model and the theory of reasoned action. *Advances in Nursing Science*, 23(4), 1-15.
- Prochaska, J., Norcross, J., & DiClemente, C. (1994). *Cambio para bien*. New York: Avon Books.
- Quimbayo, J., & Olivella, M. (2013). Consumo de marihuana en estudiantes de una universidad colombiana. *Revista de Salud Pública*, 15(1), 32-43.
- Ramos, A., & Fernández, J. (2003). Uso de los cannabinoides a través de la historia. *Adicciones*, 12(2), 41-58.
- Rosenstock, I. (1966). Why people use services. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, (44): 94-127. doi.org/10.1111%2Fj.1468-0009.2005.00425.x
- Rosenstock, I. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335. doi: 10.1177/109019817400200403
- Sánchez, E., & Gradolí, V. (2002) Terapia breve en la adicción a drogas. *Papeles del Psicólogo*, (83), 49-54.
- Sánchez-Vallejo, F., Rubio, J., Páez, D., & Blanco, A. (1998). Optimismo ilusorio y percepción de riesgo. *Boletín de Psicología*, (58), 7-17.
- Santos, P., González, G., Fons, M., Forcada, R., & Zamorano, C. (2001). Estadios y procesos de cambio en drogodependientes en tratamiento ambulatorio. *Adicciones*, 13(2), 147-152.

- Schaie, K. & Willis, S. (2008). *Psicología de la edad adulta y la vejez*. Madrid. Pearson Educación.
- Secades, R., & Fernández, R. (2008). *Guía de los tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína*. Madrid: Pirámide.
- Sjoberg, L. (2000). Factors in risk perception. *Risk Analysis*, 20(1), 1-12.
- Slovic, P., Finucane, M., Peters, E., & MacGregor, G. (2004). Risk as analysis and risk as feelings: some thoughts about affect, reason, risk, and rationality. *Risk Analysis*, 24(2), 311-322.
- Tejero, A., & Trujols, J. (1994). *El modelo transteorético de Prochaska y Diclemente: un modelo dinámico de cambio en el ámbito de las conductas adictivas*. Madrid: Debate.
- Téllez, J., Cote, M., Sabogal, F., Martínez, E., & Cruz, U. (2002). *Identificación de factores protectores para consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en estudiantes universitarios*. En: Memorias del Encuentro “Salud Integral y Sustancias Psicoactivas”, División de Divulgación, Sección Publicaciones de la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. Disponible en: <http://comunidad.udistrital.edu.co/udesigual/files/2013/02/kit-educativo-de-prevencion.pdf>
- Urrego, L. (2014) *Diseño de una intervención para la prevención del consumo de marihuana: una mirada desde los consumidores*. Trabajo de grado no publicado (Pregrado en psicología). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Weinberger, M., Greene, J., Mamlin, J., & Jerin, M. (1981). Health beliefs and smoking behavior. *American Journal of Public Health*, (71), 1253-1255.
- Weinstein, N. D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, (39), 806-820. doi=10.1.1.535.9244&rep=rep1&type=pdf

Apéndices

Apéndice A. Consentimiento informado

Consentimiento informado para participantes en investigación

Yo _____ identificado(a) con C.C. _____ expreso participar voluntariamente en este estudio; he sido informado(a) del objetivo de la investigación y de que asistiré a un programa de prevención del consumo de marihuana. Reconozco que se me solicitará diligenciar una serie de cuestionarios; la información que provea será estrictamente confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito. He sido informado(a) que puedo retirarme del estudio cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. Así mismo, puedo realizar preguntas sobre el proyecto en cualquier momento o pedir información sobre los resultados del estudio cuando éste haya concluido; para tal fin puedo contactar al psicólogo LUIS A. SALINAS al correo loizaluis7@gmail.com.

Firma del participante

C.C.

Fecha:

Apéndice B. Cuestionario de datos sociodemográficos

La información recolectada se empleará únicamente con fines investigativos, respetando siempre la confidencialidad de sus respuestas. Agradecemos responda con total sinceridad.

1. ¿Qué edad tiene? _____ 2. Sexo: Hombre Mujer
3. ¿Actualmente consume marihuana? Sí: No:
4. ¿Cómo consume marihuana? Fumada _____ Vaporizada _____ En comida _____
- Otra ¿Cuál? _____
5. ¿Con que frecuencia consume marihuana?

Indique su nivel de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones

		<i>Totalmente en desacuerdo</i>	<i>Parcialmente en desacuerdo</i>	<i>Parcialmente de acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>
1	La marihuana afecta el equilibrio mental de quien la consume				
2	El consumo de marihuana NO interfiere con actividades diarias de quien consume				
3	El consumo de marihuana implica riesgos para la salud				
4	La marihuana es una droga				
5	Es divertido consumir marihuana				
6	El consumo de marihuana no afecta a las neuronas				
7	Consumir marihuana es bueno para la memoria				
8	Después de consumir marihuana, uno está motivado para trabajar				
9	El consumo de marihuana NO afecta las relaciones familiares				
10	La marihuana amplifica las emociones de una manera positiva				
11	El consumo de marihuana hace perder el Autocontrol				
12	El consumo de marihuana conduce a problemas de naturaleza sexual				
13	El consumo de marihuana conduce al consumo de otras sustancias psicoactivas				
14	El consumo de marihuana fortalece las relaciones de amistad				
15	La marihuana es más peligrosa que el alcohol para la salud				
16	La marihuana NO genera dependencia				
17	El consumo de marihuana facilita la relajación				
18	El consumo de marihuana ayuda a olvidar los problemas				
19	El consumo de marihuana incrementa la creatividad				
20	Es seguro conducir después de haber consumido marihuana				

Apéndice C. Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA)

Instrucciones. Cada una de las siguientes frases describe cómo podría sentirse una persona cuando empieza un tratamiento o aborda algún problema en su vida. Por favor, indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de estas frases. En cada caso, responde en función de cómo te sientes ahora mismo, y no en función de cómo te sentiste en el pasado o de cómo te gustaría sentirte. Recuerda que siempre que aparezca la palabra problema se refiere a tu problema con la marihuana.

Valores:

1 Totalmente en desacuerdo

2 Bastante en desacuerdo

3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo

4 Bastante de acuerdo

5 Totalmente de acuerdo

1	Que yo sepa, no tengo problemas que resolver.	1	2	3	4	5
2	Creo que puedo estar preparado para mejorar de alguna manera.					
3	Estoy haciendo algo con los problemas que estoy teniendo.					
4	Puede que valga la pena que trabaje para solucionar mi problema.					
5	No soy una persona que tenga problemas. No tiene ningún sentido que yo esté aquí.					
6	Me preocupa la posibilidad de que dé un paso atrás con un problema que creo ya he solucionado. Por eso estoy aquí.					
7	Por fin estoy haciendo algo para solucionar mi problema.					
8	He estado pensando que tal vez quiera cambiar algo de mí mismo.					
9	He trabajado con éxito en mi problema pero no estoy seguro de que pueda mantener el esfuerzo yo solo.					
10	A veces mi problema se me dificulta, pero estoy trabajando para resolverlo.					
11	Para mí, el hecho de estar aquí es casi como perder el tiempo, ya que el problema no tiene que ver conmigo.					
12	Espero que en este lugar me ayuden a comprenderme mejor a mí mismo.					
13	Supongo que tengo defectos, pero no hay nada que yo necesite realmente cambiar.					
14	Me estoy esforzando realmente mucho para cambiar.					
15	Tengo un problema y pienso realmente que debo afrontarlo.					
16	No me siento capaz de mantener lo que he cambiado en la forma que yo esperaba, y estoy aquí para prevenir una recaída en ese problema.					
17	Aunque no siempre consigo resolver con éxito mi problema, al menos lo estoy intentando.					

18	Pensaba que una vez hubiera resuelto mi problema me sentiría liberado, pero a veces aún me encuentro luchando con él.	1	2	3	4	5
19	Me gustaría tener más ideas sobre cómo resolver mi problema.					
20	He empezado a hacer frente a mis problemas pero me gustaría que alguien me ayudara.					
21	Quizás en este lugar me puedan ayudar.					
22	Puede que ahora necesite un impulso para ayudarme a mantener los cambios que ya he llevado a cabo.					
23	Puede que yo sea parte del problema, pero no creo que realmente sea así.					
24	Espero que aquí alguien me pueda dar algún buen consejo.					
25	Cualquier persona puede hablar sobre el cambio; yo en cambio, estoy haciendo algo para cambiar.					
26	Toda esta charla psicológica es aburrida. ¿Por qué la gente no podrá simplemente olvidar sus problemas?					
27	Estoy aquí para prevenir la posibilidad de recaer en mi problema.					
28	Es frustrante, pero siento que podría reaparecer el problema que pensaba haber resuelto.					
29	Tengo tantos problemas como cualquier otra persona. ¿Por qué perder el tiempo pensando en ellos?					
30	Estoy trabajando activamente en mi problema.					
31	Asumiría mis defectos antes que intentar cambiarlos.					
32	Después de todo lo que he hecho para intentar solucionar mi problema, de vez en cuando vuelve a aparecer y me preocupa.					

Adaptada de: Trujols, Tejero y Bañuls (2003). Evaluación de estadios y procesos de cambio en la dependencia de cocaína. Disponible en: http://www.imedicinas.com/pfw_files/cma/pdf/PerezdelosCobos/C04706051.pdf

Apéndice D. Inventario de Procesos de Cambio (IPC)

Instrucciones: a continuación encontrarás una serie de comentarios referentes a conductas, pensamientos y sensaciones de algunos adictos y ex-adictos. Léelos atentamente e indica utilizando el número de la escala que encontrarás a continuación, la frecuencia con que últimamente te ocurren cosas que en ellos se describen.

0 No es en absoluto mi caso 1 Algunas veces es mi caso

2 Bastantes veces es mi caso 3 Muchas veces es mi caso

		0	1	2	3
1	Voy comprometiéndome a no consumir marihuana.				
2	Me molesta ser rechazado por los demás por el hecho de ser consumidor de marihuana.				
3	Existen personas en mi vida diaria que se preocupan de que me sienta bien cuando no consumo marihuana.				
4	Ver a otros consumidores de marihuana en pésimas condiciones físicas me hace sentir mal.				
5	Me siento a disgusto cuando pienso en mi problema con la marihuana.				
6	Pienso que mi vida familiar, afectiva o amorosa sería mejor si no consumiera marihuana.				
7	A veces pienso en artículos de periódico o programas de televisión o de radio que hablan sobre los problemas que enfrenta un consumidor de marihuana cuando la deja.				
8	A través de los medios de comunicación me entero de los programas que se llevan a cabo contra la marihuana.				
9	Creo que si dejamos la marihuana, los consumidores podemos llegar a ser personas tan útiles para la sociedad como aquellas que no la consumen.				
10	Pienso en la información que la gente me ha dado sobre los beneficios de dejar la marihuana.				
11	La gente piensa que ser consumidor de marihuana es ser un delincuente o enfermo de Sida.				
12	Quito de en medio cosas de mi casa que me provocan ganas de consumir marihuana.				
13	Cuando tengo ganas de consumir marihuana realizo alguna actividad física para que desaparezcan.				
14	Mi dependencia de la marihuana me hace sentirme a disgusto conmigo mismo.				
15	Suelo abrirme o sincerarme con alguna persona para explicarle mis experiencias con la marihuana.				
16	Pienso en la información que encuentro en los medios de comunicación sobre cómo dejar la marihuana.				
17	Creo que el que yo consuma marihuana perjudica a las personas que me rodean.				
18	Acostumbro a poner en los lugares donde estoy (casa, habitación, trabajo, bar, etc.) cosas que me recuerden que no debo consumir marihuana.				
19	Saber que consumir marihuana puede ocasionar enfermedades o problemas de salud me afecta (me pone nervioso, preocupado, etc.).				
20	Evito ir a divertirme a lugares donde sé que van personas que consumen marihuana.				
21	Para no consumir marihuana, me desplazo por barrios en donde no puedo encontrarla.				
22	Hay algunas personas especiales en mi vida que me aceptan como soy, un ser humano, tanto si consumo marihuana o no.				
23	Me digo a mí mismo que soy capaz de dejar la marihuana si así lo quiero.				
24	Sé que los demás piensan que si consumo marihuana es porque soy una persona peligrosa, que crea problemas, pero yo sé que no es cierto y quiero dejar la marihuana para demostrarlo.				

		0	1	2	3
25	Cada vez más la gente de mi ciudad es consciente del problema de las toxicomanías y se moviliza para prevenirlas.				
26	Creo que consumir marihuana afecta las relaciones que tengo con las demás personas.				
27	Cuando estoy tentado de consumir marihuana, pienso en cualquier otra cosa que pueda distraerme.				
28	Me digo a mí mismo que puedo escoger entre consumir marihuana y no consumirla.				
29	Recuerdo la información que la gente me ha dado sobre cómo dejar la marihuana.				
30	Pienso que para poder estar bien conmigo mismo debo dejar de consumir marihuana.				
31	Me felicito, me recompensó o me regalo a mí mismo cuando no consumo marihuana.				
32	Cuando necesito relajarme para enfrentar mis tensiones o problemas, hago otra cosa en lugar de consumir marihuana.				
33	Evito encontrarme con amigos que sé que están consumiendo marihuana.				
34	Me afecta emocionalmente (me siento tenso, preocupado, etc.) cuando me advierten de los problemas de relación (familiares, de pareja o de amistad) que supone el consumir marihuana.				
35	Sé que alguien me felicitará o me recompensará si no consumo marihuana.				
36	Tengo a alguien con quien puedo contar cuando tengo problemas con la marihuana.				
37	Me digo a mí mismo que si lo intento con bastante firmeza puedo estar sin consumir marihuana.				
38	Los consejos o advertencias sobre lo peligroso que resulta para la salud consumir marihuana me afectan emocionalmente (me siento nervioso, preocupado, etc.).				
39	Tengo alguien que me escucha cuando necesito hablar sobre mi relación con la marihuana.				
40	Existen algunas personas que cuando no consumo marihuana me recompensan o me felicitan.				

Adaptada de: Tejero y Trujols (1994). Procesos de cambio en conductas adictivas: Influencia de variables psicopatológicas y de consumo. Disponible en: <http://www.adicciones.es/files/06%20Procesos%20de%20cambio.pdf>

Apéndice E. Programa de intervención

El programa propuesto fue previamente elaborado por Urrego (2014) quien luego de culminar su investigación autorizó al proponente de este trabajo realizar la implementación del mismo, de tal manera que la descripción de las sesiones de trabajo bajo la modalidad de taller, sus objetivos y estructura se mantienen tal cual fue su diseño original.

Objetivo: manejar las variables psicosociales y los procesos motivacionales que sugiere el MTT, para que los jóvenes precontempladores y contempladores avancen hacia etapas de preparación para el cambio, y tengan conciencia acerca del tipo de procedimientos a implementar para poder transformar esa preparación en un plan y en una verdadera acción (disminución o abandono del consumo) con respecto al consumo de marihuana. Para dar cumplimiento al objetivo propuesto, se plantean seis sesiones, y una sesión de seguimiento, cada una con objetivos específicos, que se observan a continuación:

Dinámicas de la intervención - Sesión 1

El objetivo de esta primera sesión es dar a conocer el taller a los participantes; “romper el hielo” y escuchar sus inquietudes.

1. Presentación del tallerista

Se ofrecerá a los participantes información que les permita identificar al tallerista.

2. Presentación del taller

Se explicará a los asistentes que el taller a desarrollar durante seis semanas, NO tiene como objetivo castigar el consumo de marihuana.

Se presentará el taller como una actividad dirigida a:

a) A personas que consumen moderadamente aún, pero que están en RIESGO de convertirse en consumidores excesivos: para que identifiquen qué pueden hacer a fin de evitar ese riesgo y mantenerse como consumidores NO excesivos.

b) A personas que consumen excesivamente, para que identifiquen qué procesos les han llevado a convertirse en abusadores de la marihuana y logren revertir esos procesos o, si no lo logran en este taller, asistan al taller de prevención, donde recibirán una ayuda más personalizada.

Se plantea a los jóvenes que la intención última del taller es que se reconozca que es imprescindible aprender a moderar el consumo de marihuana para evitar todo tipo de consecuencias negativas.

3. El Nudo humano

Para iniciar la actividad se indica a los participantes que hay dos reglas: a) estar en absoluto silencio y b) jamás soltarse de las manos. El incumplimiento de cualquiera de las reglas hará que se reinicie la actividad.

Una vez aclarado lo anterior, se hace una ronda (no un círculo) con los participantes. Se les indica levantar la mano derecha y darle esta mano a alguien que no esté inmediatamente junto a él (ni a los lados, ni delante, ni atrás). Se les indica levantar la mano izquierda y darle esta mano a otra persona que no esté a sus lados.

Una vez todos los jóvenes estén tomados de las manos se ha formado un nudo humano que tienen que deshacer sin soltar las manos y en silencio. Pasados 15 minutos, el tallerista debe hacer una pausa indicando a los jóvenes que tienen cinco minutos para conversar entre ellos (sin soltarse las manos) y buscar una forma de deshacer el nudo; cumplido este tiempo, deberán volver a estar en silencio y trabajar para resolver el nudo.

Dinámicas de la intervención - Sesión 2

En esta sesión se busca que los participantes tengan claro que la marihuana es una droga adictiva, sus componentes, los daños que esta sustancia puede ocasionar al organismo y cómo debido a su consumo también se pueden tener consecuencias negativas en las relaciones interpersonales.

4. Sube y baja

Se les pide a los participantes que se ubiquen en parejas, frente a frente y se cojan de los brazos, apoyando los pies del uno en la punta de los pies del otro. Estando en esa posición, se les pide que bajen, de manera intercalada como si estuvieran en un sube y baja.

Luego se les pide que se ubiquen de lado, hombro con hombro, mirando cada uno en sentido contrario a su compañero, apoyando su pie interno en el de la otra persona. Estando en esa posición y cogiéndose de los brazos, deben empezar a alejarse, quedando casi suspendidos de los brazos, sin caerse. Se repiten las actividades en grupos cada vez más grandes.

5. Carrera de observación

Organizados en parejas, los asistentes tendrán que desplazarse por varias bases (mínimo tres, máximo cinco). En cada base, se realizará una prueba diferente que les permitirá continuar a la siguiente, con ayuda de las preguntas de la lista, que deberán indicar la ubicación de la siguiente base. Las pruebas deberán intercalarse entre penitencias divertidas y preguntas relacionadas con el consumo de marihuana. Quien no responda adecuadamente las preguntas relacionadas con el consumo, tendrá que pasar a una penitencia para poder continuar.

El grupo ganador será aquel que llegue primero a la última base y complete la última prueba adecuadamente. Al final se retoman las preguntas que se hicieron a todos los grupos referentes al consumo de marihuana, se socializan y se aclaran sus respuestas.

Preguntas acerca de la marihuana:

1. ¿Cuál es el principal componente psicoactivo de la marihuana? ¿Cómo es el proceso de absorción de esta sustancia por el cuerpo cuando se fuma?

El THC pasa rápidamente de los pulmones al torrente sanguíneo, llegando hasta el cerebro, sobreestimulando artificialmente a los receptores de cannabinoides, de manera que altera su sistema y da paso a los efectos.

2. Diga al menos cinco efectos inmediatos de la sustancia

Euforia, relajación, intensificación de las experiencias sensoriales ordinarias, desinhibición, disminución de los reflejos, poca coordinación del movimiento y poco equilibrio, ganas de hablar y reír, y enrojecimiento de los ojos, mientras los latidos del corazón se aceleran y el apetito y la sensación de sed aumentan.

3. Explique en qué niveles se clasifica el consumo de marihuana

Intoxicación aguda, abuso y dependencia. La intoxicación aguda se define por un consumo de grandes dosis en un corto periodo de tiempo, mientras que el abuso se refiere a un consumo intermitente a través del tiempo y la dependencia se caracteriza por la tolerancia y la abstinencia.

4. ¿Existe predisposición genética al consumo y abuso de la marihuana?

Sí, la evidencia parece indicar que existen predisposiciones genéticas

5. ¿Qué consecuencias negativas tiene el consumo de marihuana en el cuerpo?

Entre los problemas que se relacionan con el consumo de marihuana se encuentran problemas pulmonares, cardiovasculares, reproductivos, teratogénicos, y oncológicos, pero ninguno de ellos tiene evidencia concluyente.

Las consecuencias más comúnmente asociadas al consumo de marihuana son de tipo cognitivo, en especial aquellas funciones cognitivas involucradas en el aprendizaje como la memoria, la atención y la concentración. Deterioro agudo de habilidades de manipulación neuromotora que son necesarias, como por ejemplo para conducir vehículos (como procesamiento de información, reacción temporal, coordinación perceptual-motora, acción motora, memoria de trabajo y atención).

6. ¿Qué problemas de salud mental podrían ser causados por la marihuana?

Los problemas de salud mental que también podrían estar siendo causados por esta sustancia, incluyen principalmente la psicosis no-afectiva (especialmente, la esquizofrenia) y la depresión.

7. ¿El consumo de marihuana conduce a problemas de naturaleza sexual?

8. ¿Es la marihuana adictiva?

Una droga es adictiva cuando causa un deseo de búsqueda y consumo compulsivo e incontrolado a pesar de los efectos adversos sociales y sobre su salud. La marihuana cumple estos requisitos. Anualmente, más de 120.000 personas buscan tratamiento para su adicción primaria a la marihuana. Además, estudios hechos en animales indican que la marihuana puede causar dependencia física, y algunas personas han declarado tener síntomas asociados con la abstinencia.

9. ¿La marihuana es una droga?

Sí, una droga es una sustancia vegetal, mineral o animal que tiene efecto estimulante, alucinógeno, narcótico o deprimente. Se conoce como droga blanda a aquella que tiene un bajo grado adictivo, como el cannabis, mientras que una droga dura es fuertemente adictiva (como la cocaína y la heroína).

6. ¿Qué puedo ganar?

Para responder a las preguntas: ¿Sé cuáles son las consecuencias de consumir marihuana?

¿Qué podría ganar moderando mi consumo? Y teniendo en cuenta que la mayoría de personas que participaron en este estudio, hablan de poca funcionalidad (social) y poco tiempo para desarrollar otras actividades como consecuencias principales del consumo, se plantea entonces:

1. En papelitos de colores, de manera individual, los participantes responderán la siguiente pregunta:

¿Cuáles son mis metas (inmediatas, mediano y largo plazo)?

Para ello se les darán 15 minutos y luego se socializarán estas metas.

2. Continuando en la socialización, se les planteará la siguiente pregunta: ¿Consumiendo de manera excesiva puedo lograr estas metas?

Para esta socialización se tomarán 10 minutos.

3. Por último se les pregunta: Además de esto ¿qué otros beneficios puedo obtener si moderó mi consumo?, ¿qué beneficios puedo obtener si abandono mi consumo? Se socializa y se les pide que de nuevo, de manera individual anoten en otro papelito de otro color, sus propias conclusiones de esta reflexión. (15 minutos). Todo este material deberá ser recogido, para ser utilizado en próximas sesiones.

Dinámicas de la intervención - Sesión 3

El objetivo de la tercera sesión es identificar las intenciones de cambio de los participantes.

7. Preguntas explosivas

Se tendrá una bomba amarrada a un hilo que se prenderá para que la bomba explote en determinado momento, cuando este hilo se acabe. La bomba irá pasando de mano a mano entre los participantes, quienes tendrán que ir respondiendo preguntas al azar sobre cualquier tema (una por ronda). Aquellos a los que se les explote la bomba primero, se les encargará pensar en situaciones donde su consumo de marihuana es más frecuente, para la siguiente dinámica.

8. Juego de roles

Se les pedirá a los participantes que interpreten diferentes roles por grupos, en frente de los demás. Estos roles tendrán que relacionarse con aquellas situaciones pensadas por los participantes en el juego anterior, situaciones en las que consumen marihuana, haciendo lo más explícitas posible, las razones por las cuáles lo hacen, qué ocurre en esos momentos y cómo

reaccionan tanto ellos como otras personas; planteándose las preguntas para reflexionar y socializar al final:

¿Soy capaz de dejar de consumir marihuana? ¿Soy capaz de reaccionar de maneras diferentes a estas situaciones?

Dinámicas de la intervención - Sesión 4

En esta sesión se busca que los participantes reflexionen acerca de su postura frente al consumo y los problemas que suceden en el mundo debido a ello. Adicionalmente, se busca que piensen en sus seres queridos y cómo a ellos también les afecta.

9. El mundo, yo y la marihuana. Parte I

El mundo y el consumo. Cartografía. (Se les pasará una cartulina junto con un papel en forma de planeta Tierra y un papel en forma de Colombia, relativamente grandes. Con estos materiales se les pedirá que piensen y escriban o dibujen como deseen lo que pasa con el consumo a esos niveles (global, en el país y en los círculos más cercanos como lo son Bogotá, la universidad, el barrio, etc.) principalmente con lo que piensan las personas acerca del consumo. Se socializará y discutirá.

10. Sinergia

Se ubicarán todos los participantes sentados en sillas en círculo, todos de lado, mirando hacia el mismo sentido (la espalda del otro). De esta manera, se inclinarán hacia atrás, quedando la espalda apoyada en las piernas de la persona que está atrás. Cuando estén todos listos, se les indicará que deberán apoyar muy bien sus pies en el piso para proceder a quitar las sillas que los sostienen. La estructura quedará exactamente igual, sosteniéndose los unos a los otros. Para quitarse, deberán bajar todos al tiempo al piso, sentándose.

Esta actividad continúa con la reflexión de la importancia que tienen los demás en la vida de cada persona como compañía, apoyo, etc. Y sirve de apertura para la siguiente actividad.

11. El mundo, yo y la marihuana. Parte II

Las personas más importantes para mí. Ahora se les darán papeles con siluetas de personas, se imaginarán son las más importantes en su vida y en cada uno anotarán qué piensa esa persona del consumo, qué piensa de su consumo, qué problemas ha tenido con esa persona por eso y qué problemas podría llegar a tener.

Se socializará, y se les pedirá al final que resalten aquellas cosas con las que están de acuerdo o que les importan mucho.

Dinámicas de la intervención - Sesión 5

El objetivo de esta sesión es que los integrantes evalúen los costos y beneficios del consumo, poniéndolos en una balanza interior, lo cual puede ayudarles a decidirse por el cambio.

12. Dinámica del balón

Se ubicarán todos en un círculo, con las piernas abiertas un poco más del ancho de los hombros, apoyando el borde los pies en los pies de las personas de los lados. Se les pasará un balón y tendrán que lanzarlo aleatoriamente hacia cualquier parte del círculo casi a la altura del piso, estando agachados. Las personas que dejen pasar el balón hacia afuera del círculo, pierden y tendrán que decir un costo o un beneficio del consumo de marihuana, según se lo indique el tallerista. Si deja salir el balón por segunda vez, sale del juego.

13. Decisiones

Se utilizará el material realizado en las anteriores sesiones y la información recolectada en la dinámica anterior para, de manera individual, resumir en un formato los costos y beneficios de moderar o abandonar el consumo de marihuana.

14. Mi compromiso

Al finalizar la dinámica anterior, se les indicará que llegó el momento de tomar las decisiones de manera consciente frente al consumo de marihuana, teniendo en cuenta el balance anteriormente realizado y todo el proceso llevado a cabo hasta el momento.

Se solicitará a los participantes diseñar una manualidad o realizar un escrito que les demande creatividad (dibujo en lápiz, colores, papel periódico, origami, escribir una historia, un poema, entre otras) indicando que dicho material debe representar de la mejor forma la meta auto-establecida con respecto al consumo de marihuana (no consumirla o consumirla moderadamente).

Los que deseen pueden compartir su decisión, lo cual es una buena motivación para su cumplimiento. Se hace el cierre de la actividad con comentarios generales en los cuales participan todos los asistentes.

Se les enfatiza que conserven sus contratos como recuerdo del taller y como una guía a tener presente para lograr la meta que cada uno se propuso.

Dinámicas de la intervención - Sesión 6

Se pretende analizar situaciones en las que la decisión de cambiar pueda debilitarse y cómo afrontar dicha situación; así mismo se les darán pautas para un consumo responsable.

15. Tingo, tingo, tango

Se jugará tingo, tingo, tango para motivar la participación e introducir el tema de la sesión. Quienes pierdan tendrán que decir una situación en la que crean que se puedan sentir vulnerables a retomar su consumo; si no pueden decir ninguna, con el grupo se les pondrá una penitencia. Cada una de estas situaciones nombradas se anotarán en un papelito.

16. El juego de la vida

El juego de la vida. Se realizará un juego de mesa tipo escalera, en el que determinadas casillas tendrán una prueba.

Existirán tres tipos de casillas de prueba. Las primeras (color naranja) consistirán en buscar salidas alternativas y eficaces a los problemas que en el punto anterior ellos mismos plantearon y se encuentran anotados en los papelitos.

Con las segundas (color verde) les solicitará a los participantes una norma, regla o consejo para un consumo responsable de marihuana.

Las terceras (color rojo) se utilizarán para que no se pierda el sentido de que es un juego y que sea más divertido, teniendo que contar con penitencias que pueden, incluso, ser propuestas también por el mismo grupo de juego.

Este juego se puede realizar como una competencia individual o grupal dependiendo del número de participantes y preferiblemente, se debe pensar en una recompensa para el o los ganadores finales.

17. Un consumo responsable

En esta dinámica se retoman las normas, reglas y consejos dados por los participantes durante el juego anterior, para aclarar aquellas normas que son precisas para un consumo responsable de la marihuana.

Principios de un consumo responsable

Principio	Descripción
Forma	Uno de los aspectos fundamentales en el consumo de marihuana es la forma. Como se sabe, de los principales riesgos que se tiene son de tipo pulmonar y cardiovascular, debido a la inhalación de la sustancia; por esto es recomendable para consumirla de manera menos dañina, en la comida, infusiones o usar bongs y vaporizadores que reducen notablemente los elementos dañinos causados por la combustión. Además, evitar siempre usar pipas y tuqueros de materiales tóxicos para el cuerpo como el plástico, o pipas de bronce; al calentarse, estos materiales desprenden gases muy tóxicos. Otro aspecto importante es evitar la combinación de la marihuana con cualquier otra sustancia. Entre las más comunes están el tabaco encontrado dentro de la misma yerba, el alcohol y la cocaína. No es buena idea fumar y beber alcohol, o consumir cualquier otra sustancia al mismo tiempo, ya que cambian los efectos y puede convertir un subidón en una depresiva bajada.
Comida (antes, durante)	En cuanto a la comida, hay que tener en cuenta que a veces el consumo de cannabis puede provocar bajadas de tensión, vómitos o malestar, por lo que es mejor si no se tiene el estómago vacío y se cuenta con comida con carbohidratos a la mano como chocolates, azúcares, etc., además de tener agua siempre a la mano para contrarrestar el posible efecto de resequedad en la boca.

Compañía, lugar y momento	<p>Esta regla se divide en varios aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La marihuana continúa siendo una sustancia ilegal, por lo que fumarla en lugares públicos aumenta los riesgos, además de incomodar a otras personas. 2. El cannabis afecta la capacidad de concentración, memoria y aprendizaje, además de afectar otras habilidades motrices. Por tanto, si hay que estudiar, trabajar, conducir un coche o manejar cualquier tipo de maquinaria, no es un buen momento para fumar. 3. En algunas ocasiones puede ocasionar ataques de ansiedad, paranoia, temor, pánico o efectos físicos adversos debidos al efecto vasodilatador y al bajar la presión arterial. Por esto es recomendable que siempre se esté en un lugar seguro y con compañía que sea confiable. Si se siente algún malestar de este tipo se debe mantener la calma, buscar un lugar más tranquilo, (comer e hidratarse como ya se dijo en el punto anterior) y acostarse 4. Sin embargo ¡cuidado! Es mejor si no se duerme, ya que el cerebro no descansa correctamente y no alcanza a asimilar todo lo procesado en el día.
Situación personal y del entorno (motivación para fumar)	<p>Además del momento adecuado, existen ciertas características personales que no hacen recomendable el uso de la marihuana. Entre estas circunstancias se encuentran: el embarazo, problemas pulmonares o cardíacos, problemas de ansiedad, psicosis, esquizofrenia o depresión. Éstas son condiciones de cuidado si se piensa iniciar o mantener el consumo, ya que tiene diversos efectos poco predecibles y en general poco beneficiosos para el consumidor. “Los motivos para fumar pueden ser muchos: pasarlo bien, liberar energías creativas, meditar, socializar, pero no esperes que un porro solucione tus problemas”. Es importante sentirse bien para que “el viaje” sea más placentero y provechoso. No se debe usar la marihuana como un modo de escape a los problemas, esto puede crear un “mal viaje” o sencillamente que al volver a la realidad, los problemas sigan ahí, incluso habiendo empeorado. No convertir este consumo en un hábito y buscar otras maneras más sencillas de lograr los mismos objetivos que se buscan fumando, es una buena opción. Por ejemplo, si se busca relajarse, existen otros medios como escuchar buena música, dormir, caminar, tomar infusiones o si es necesario practicar algún deporte o tipo de meditación. Por último: respeta la decisión de quien quiere, como de quien no quiere consumir. Consumir o no consumir es una decisión personal. ¡Si no quieres consumir, no consumas!</p>

18. Mi propio plan

Al haber terminado el juego, se volverá a trabajar de manera individual en una hoja, en los planes que necesiten para aquellas situaciones que crean que se les pueden presentar, de manera más personalizada y específica.

Como se agregaron situaciones e información que tal vez, los participantes no habían tenido en cuenta a la hora de proponer su meta en la sesión anterior, se les dará este espacio para que también corrijan, mejoren o solamente recuerden el compromiso que ellos mismos se pusieron como resultado final del taller.

19. Brindis simbólico

El tallerista entregará a cada participante un vaso para brindar. Antes de consumir la bebida cada participante deberá hacer un brindis haciendo alusión a lo que le gustó o no, lo que aprendió o lo que le faltó al taller.

Una vez todos los asistentes hagan su brindis, el tallerista agradecerá a los participantes por su colaboración y los invitará a brindar por el aprendizaje elaborado y su excelente participación. Con esta actividad el tallerista dará por terminado el taller.

Dinámicas de la intervención - sesión de seguimiento

A través de una lista de chequeo se evalúa hasta qué punto han logrado modificarse los hábitos de consumo en los participantes, qué dificultades se han presentado para conseguirlo y con su participación activa, se diseñan estrategias que les permitan fortalecerse y llegar a cumplir la meta.

20. Entrevista semiestructurada con lista de chequeo.

Para esta entrevista se plantean algunas preguntas básicas pero habrá que tener en cuenta en cada caso, los planes que se hayan elaborado y las metas que se hayan propuesto por cada uno. Algunas preguntas que pueden guiar la entrevista son:

1. ¿Considera que ha logrado cumplir con su meta propuesta (de moderación o abandono del consumo) luego del taller?
2. ¿El plan que diseñó le ha parecido útil y suficiente para sortear las dificultades que se le han presentado?
3. ¿Qué dificultades nuevas se le han presentado?
4. ¿Cómo ha solucionado estas nuevas dificultades?
5. ¿Qué dificultades no ha podido solucionar?
6. ¿Qué fortalezas y factores protectores ha encontrado o desarrollado en usted desde que comenzó la ejecución del plan?

La lista de chequeo también será modificada según sea el caso y se llenará con relación a las preguntas de la entrevista. Principalmente, lo que se debe evaluar es: el cumplimiento de la meta, el cumplimiento del plan, la efectividad del plan y la eficacia del individuo en la búsqueda de soluciones alternas a dificultades que no se habían planificado o para las que las soluciones preparadas no fueron suficientes.

21. Corrijo mi plan.

Teniendo en cuenta el plan diseñado por el participante y las dificultades reportadas por él sumadas a lo que se observe en entrevistas y evaluaciones, se realizarán medidas correctivas del plan en conjunto con el sujeto, con el fin de mejorar su ejecución y progreso con respecto a la meta pactada en el taller.