



**Centros de Integración
Juvenil, A.C.**

Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones

11ª Generación

2014 – 2015

Reporte de Investigación

Para obtener el Diploma y Cédula de

Especialista para el Tratamiento de las Adicciones

**TEMA: TALLER DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE MARIJUANA PARA
ESTUDIANTES DE NIVEL MEDIO SUPERIOR**

Alumna: Dra. Blanca Elena Reséndiz Rojas

Asesora: Mtra. Lizbeth Roberta García Quevedo

Firma:

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO 1. EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE MARIGUANA EN JÓVENES	7
1.1. Consumo de marihuana en la Región de las Américas	7
1.2. Consumo de marihuana en México	12
1.3. Consumo de marihuana en población estudiantil	14
CAPÍTULO 2. GENERALIDADES SOBRE EL CONSUMO DE LA MARIGUANA.	18
2.1. Características farmacocinéticas y farmacológicas de la marihuana.....	18
2.2. Factores de riesgo y protección asociados con el consumo de marihuana	23
2.3. Daños a la salud por consumo de marihuana.....	27
2.4. Legislación sobre disponibilidad de marihuana en México	29
CAPÍTULO 3. ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN JÓVENES	34
3.1. Estándares internacionales globales	34
3.2. Programas de entrenamiento en habilidades para la vida.....	35
3.3. Estándares europeos de calidad en prevención de drogas	38
3.4. Estrategias aplicadas en México para la prevención del consumo de drogas en estudiantes	40
CAPÍTULO 4. PLANEACIÓN DEL ESTUDIO.....	47
4.1. Relevancia del estudio.....	47
4.2. Planteamiento del problema	47
4.3. Pregunta de investigación.....	48
4.4. Objetivo Principal.....	48

4.5. Objetivos Específicos.....	48
4.6. Justificación	48
4.7. Hipótesis	49
4.8. Método.....	49
4.8.1. Tipo de estudio.....	50
4.8.2. Duración del estudio.....	50
4.8.3. Cálculo de la muestra.....	50
4.8.4. Descripción de la población	50
4.8.5. Criterios de inclusión	51
4.8.6. Criterios de exclusión	51
4.8.7. Criterios de eliminación	51
4.8.8. Procedimientos de reclutamiento	51
4.9. Definición de variables de estudio	51
4.10. Instrumentos	51
4.11. Procedimiento.....	52
CAPÍTULO 5. RESULTADOS	54
5.1. Análisis de datos.....	54
5.2. Ética y confidencialidad	65
5.3. Discusión y conclusiones.....	66
5.4. Aportaciones y limitaciones	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
APÉNDICES.....	75
APÉNDICE 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2016	76
1.2. Consumo de marihuana en México.....	76

1.3. Consumo de mariguana en población estudiantil.....	76
APÉNDICE 2. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	78
APÉNDICE 3. CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS.....	79
APÉNDICE 4. CARTA DESCRIPTIVA DEL TALLER DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE MARIGUANA PARA ESTUDIANTES DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR	80
APÉNDICE 5. DIAPORAMA: MITOS Y REALIDADES DE LA MARIGUANA....	88

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Lic. Carmen Fernández Cáceres, Directora General de Centros de Integración Juvenil, A.C., al Dr. Jaime Arturo Quintanilla Bendek, Director de Investigación y Enseñanza y a la Lic. Maritza Guadalupe Jiménez Landa, Subdirectora de Capacitación, así como a las profesoras y profesores de la Especialidad en el Tratamiento de las Adicciones, por el excelente trabajo de coordinación que hace posible la formación de nuevos profesionales de la salud en el tema de las adicciones, y por brindarme la oportunidad de formar parte de la 11ª. Generación.

A las autoridades de la Escuela Benjamín Franklin, por su decidido impulso al desarrollo de sus estudiantes, no sólo en el ámbito académico sino también personal, y por confiar en esta propuesta de prevención en un tema tan delicado como es el de las adicciones, gracias a lo cual fueron tan amables de permitir el uso de sus instalaciones para llevar a cabo las actividades con las madres y padres de familia, así como con las y los alumnos del plantel.

A las Madres y Padres de Familia, quienes mostraron un gran interés y disposición para que sus hijos participaran en las actividades del Taller, aún fuera del horario escolar.

A las Alumnas y a los Alumnos que aceptaron participar en esta aventura, a quienes les deseo que cada vez adquieran nuevas habilidades para ir construyendo un presente seguro y un futuro pleno y feliz.

A mi Asesora de Tesis, la Mtra. Lizbeth Roberta García Quevedo, Subdirectora de Coordinación con Entidades Federativas en la Comisión Nacional contra las Adicciones de la Secretaría de Salud. Egresada del Programa de Maestría y Doctorado de la Universidad Nacional Autónoma de México, académica brillante y reconocida profesional en el ámbito de las adicciones quien, con una gran calidad humana y profesional, y a pesar de sus múltiples obligaciones laborales, fue tan gentil de dedicarme pacientemente su tiempo y compartir sus conocimientos y su amplia experiencia para apoyarme en el desarrollo y conclusión de este trabajo.

A mi madre e hijos, Víctor y Ale por estar, creer y permitirme con su inagotable cariño y apoyo incondicional dar un paso más en mi formación profesional, personal y como mujer.

A mi querida y gran amiga, la Dra. Ma. Teresa Oviedo Gómez quien siempre, siempre estuvo presente con su calidez humana, para darme su mano e invaluable experiencia profesional, que enseña a trabajar con responsabilidad, constancia y fe en lo que se cree para llegar a un buen fin.

Blanca Elena, Abril de 2016

INTRODUCCIÓN

El trabajo cotidiano con estudiantes de nivel medio superior, donde cada día se expresan múltiples demandas de atención y apoyo para fortalecer su desarrollo físico y psicosocial, constituye un medio idóneo para poner en práctica las aportaciones de la ciencia preventiva ante el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

Una premisa fundamental para la aplicación de acciones de prevención en el medio educativo es la influencia del grupo de pares en el consumo de drogas (Becoña, 2002). A partir de una aproximación a las teorías del aprendizaje y del desarrollo adolescente, así como a los supuestos que subyacen a los modelos holísticos o integradores para la prevención de adicciones, el presente estudio se propone realizar una estrategia que favorezca la difusión de información científica que armonice con un entrenamiento breve destinado a incrementar la percepción del riesgo y prevenir el consumo de marihuana, en estudiantes que asisten a una escuela del nivel medio superior en la ciudad de México.

En este sentido, el Taller de Prevención del Consumo de Marihuana para Estudiantes de Nivel Medio Superior fue diseñado con el fin de brindar información científica sobre los daños a la salud producidos por el consumo de esta droga, así como para incrementar la percepción de riesgo y desalentar a las y los estudiantes para iniciarse en el consumo. Se elaboró un material específico para reflexionar sobre algunos “*Mitos y Realidades del Consumo de Marihuana*”, promoviendo el diálogo, la exposición de dudas y la apertura a la voz de los adolescentes desde su ámbito escolar.

Las y los jóvenes que participaron en esta experiencia, mostraron una gran disposición e interés por abordar este tema, lo que favoreció el trabajo con la investigadora en un ambiente de confianza y cordialidad durante las sesiones que conformaron el taller.

Al final de la experiencia, consideramos la necesidad de multiplicar las acciones preventivas en torno al consumo de una droga que no está lejos de llegar a convertirse en una droga de curso legal en nuestro país, por lo que los resultados de esta experiencia podrán ser útiles para validar la incorporación de actividades como ésta en la dinámica de las escuelas en el nivel medio superior.

CAPÍTULO 1. EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE MARIGUANA EN JÓVENES

El consumo de sustancias psicoactivas en el mundo es un fenómeno global, al que diariamente se suman jóvenes y adolescentes de edades cada vez más tempranas. Este problema trae como consecuencia el deterioro de la calidad de vida de las personas y la de sus familias, representa un alto costo en salud, debido a la morbi-mortalidad asociada, así como también una gran afectación al tejido social al estar asociado con problemas tales como diversos tipos de violencias y otros delitos (CONADIC, 2015).

De acuerdo con todas las estadísticas disponibles, la **mariguana**, es la droga ilícita que se consume con mayor frecuencia en la población en general, y la que más rápidamente ha incrementado su prevalencia de consumo en los años recientes en nuestro país entre los jóvenes.

Los adolescentes son la población con mayor riesgo para iniciarse en el consumo de mariguana, ya que en esta etapa de la vida existen factores de riesgo que, si bien son comunes en el consumo de otras drogas, son específicos para la mariguana; por ejemplo: un factor de alto riesgo es tener pares que sean usuarios de esta sustancia (Del Bosque, Fernández, Sánchez Huesca, Díaz, Gutiérrez López, Espínola, et al., 2013).

Otros factores de riesgo asociados son: la baja percepción de riesgo al consumo y la elevada accesibilidad de esta sustancia, así como actitudes y expectativas positivas respecto al consumo y un bajo control conductual percibido frente a situaciones que favorecen el uso de sustancias, baja autoestima, desesperanza y otros síntomas depresivos más o menos severos (Del Bosque et al., 2013).

Como se verá a continuación, en este capítulo se describe como en los países de América como en México, existe un consumo importante de mariguana entre los jóvenes entre los 12 y los 17 años.

1.1. Consumo de mariguana en la Región de las Américas

El Informe sobre el Uso de Drogas en las Región de las Américas en 2015, refiere cómo el consumo de drogas se manifiesta de manera diferente según sea la realidad específica de cada nación, y dependiendo del nivel de desarrollo económico, las estructuras institucionales y las prioridades políticas de cada país. Del mismo modo, dicho informe alude a que los patrones de consumo de las

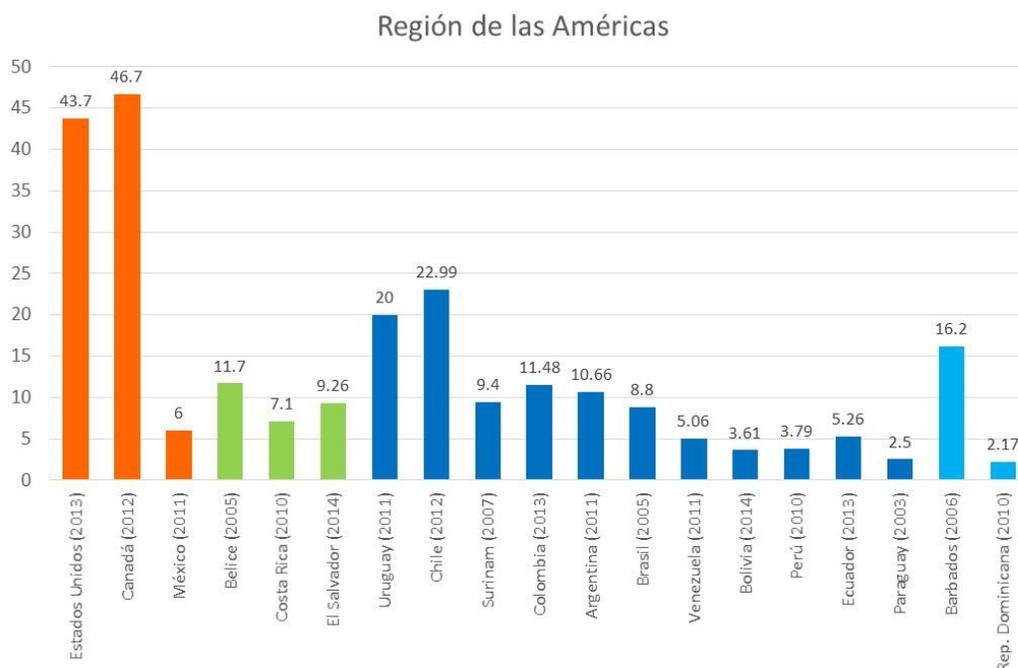
diferentes sustancias psicoactivas, los problemas de salud asociados y los efectos del crimen organizado vinculado al tráfico de drogas ilícitas, pueden variar ampliamente dependiendo de la subregión de que se trate (CICAD, 2015).

No obstante, el Informe permite hacer comparaciones generales en cuanto al consumo de las diferentes drogas en población general de los países de América para dimensionar su magnitud epidemiológica. Muestra que las principales sustancias psicoactivas que se consumen, tanto en población general como en estudiantes son: el **alcohol** y el **tabaco**, que son consideradas como drogas lícitas, seguidas principalmente por la **mariguana** y la **cocaína**, y aunque no todos los países cuentan con información de los mismos años de estudio, existen datos suficientes que permiten hacer comparaciones sobre la prevalencia y las tendencias de este problema de salud pública en esta región (CICAD, 2015).

Cabe mencionar que los datos de consumo de sustancias psicoactivas que se analizan en este Informe, incluyen información sobre estudios realizados en población en edad escolar, es decir, en adolescentes con edades que van desde los 12 hasta los 17 años, independientemente de la nomenclatura escolar que cada país define (CICAD, 2015).

Considerando **exclusivamente el consumo de mariguana en población general**, es en la subregión norte donde se observa la prevalencia de vida más elevada de la Región de las Américas, en donde destaca Canadá (46.7%) y los Estados Unidos (43.7%), seguidos por Chile y Uruguay (22.9% y 20% respectivamente), que son países de la subregión sur. Asimismo, el Informe refiere que la prevalencia de consumo de mariguana *alguna vez en la vida* en nuestro país, es apenas de 6% en población general. (ver gráfico 1).

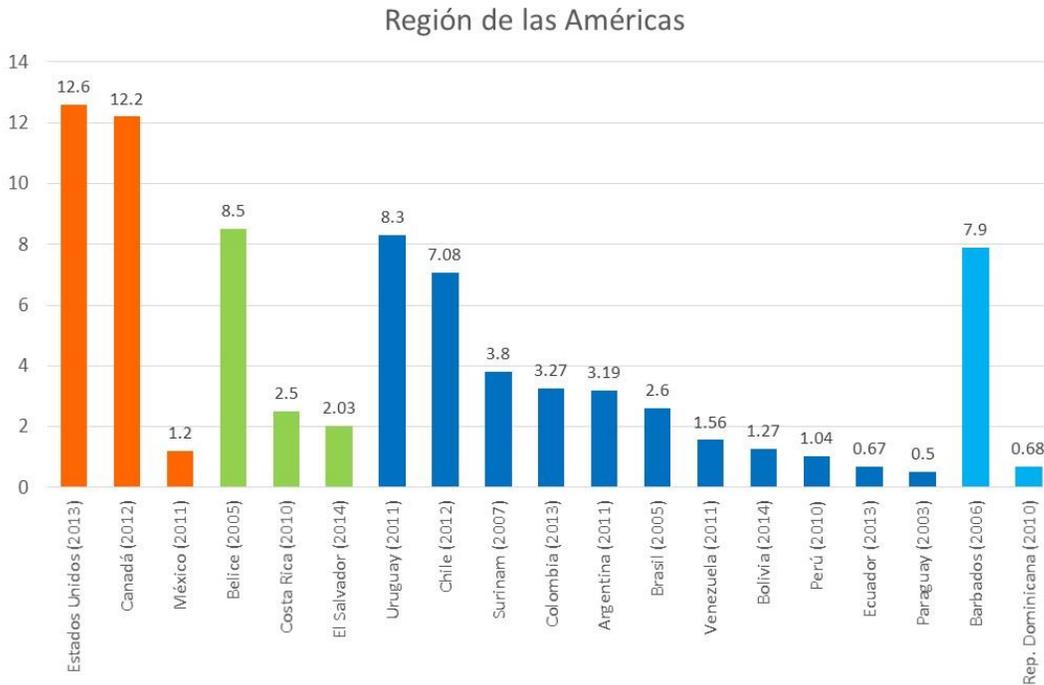
Gráfico 1. Prevalencia de vida de uso de marihuana en población general, ordenada por subregión



Fuente: CICAD-OEA. Informe del uso de drogas en las Américas, 2015. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (OAS. Documentos oficiales; OEA/Ser.L/XIV.6.6 2015).

Si se toma en cuenta el **consumo de marihuana en el último año**, siguen siendo Canadá y Estados Unidos (12.2% y 12.6%), los países que presentan los mayores índices de consumo, seguidos igualmente de Chile y Uruguay (7.08% y 8.3%), así como de Belice y Barbados (8.5% y 17.9%), mientras que en México el porcentaje también es más bajo (1.2%) (ver gráfico 2) (CICAD, 2015).

Gráfico 2. Prevalencia de último año de consumo de marihuana en población general, ordenada por subregión

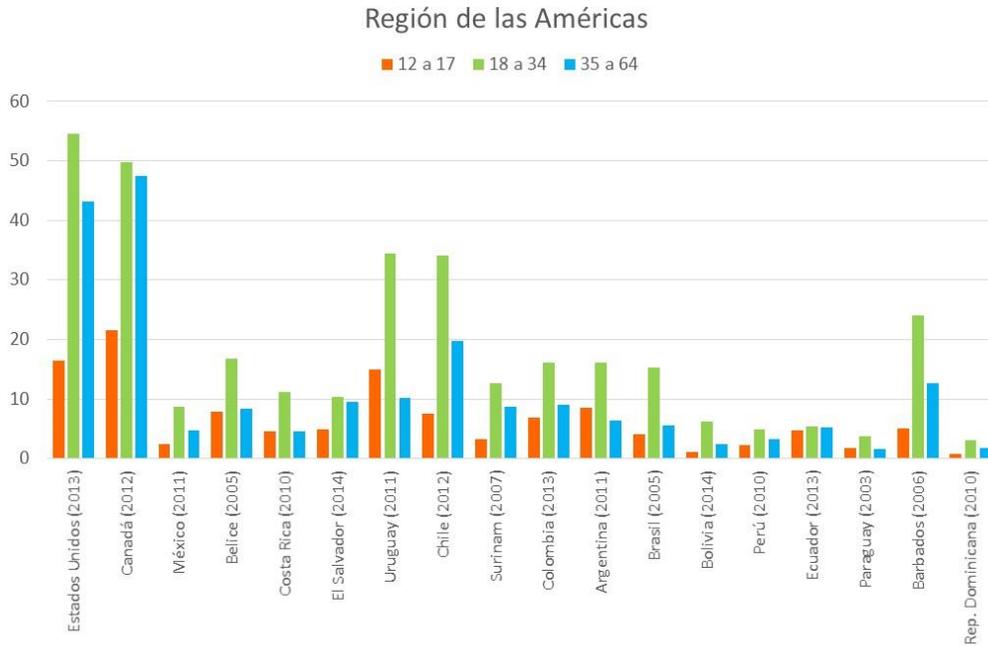


Fuente: CICAD-OEA. Informe del uso de drogas en las Américas, 2015. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (OAS. Documentos oficiales; OEA/Ser.L/XIV.6.6 2015).

- Consumo en adolescentes y percepción de riesgo

Como se observa en el Gráfico 3, la prevalencia de consumo de marihuana en el último año es generalmente más baja en el grupo de edad de 12 a 17 años, pero es más alta en el grupo etario de 18 a 34 en casi todos los países. De ahí que sea tan importante considerar la necesidad de llevar a cabo más acciones de prevención entre los adolescentes.

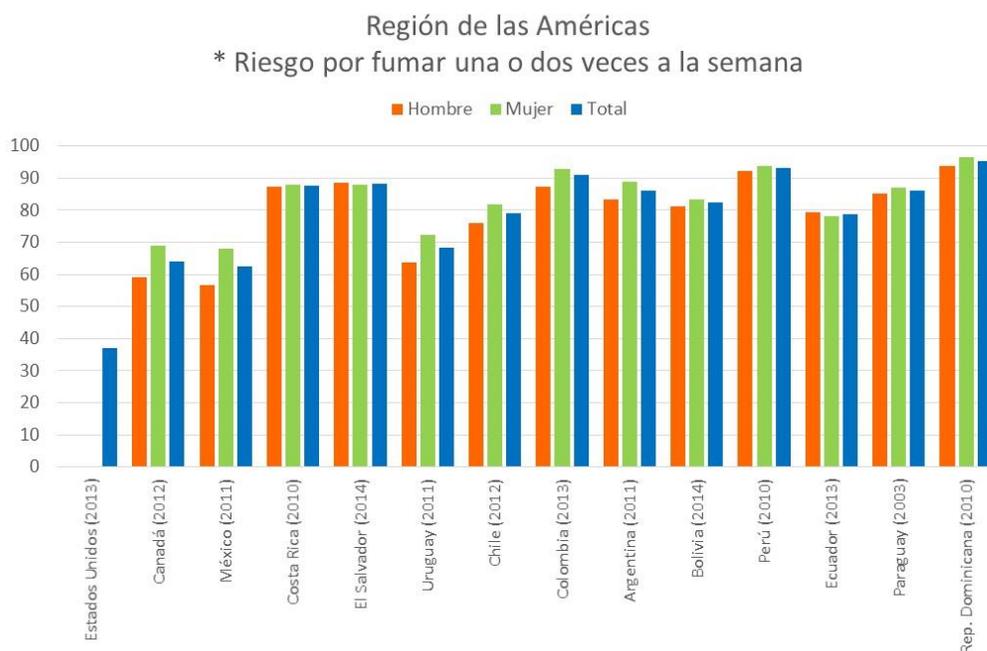
Gráfico 3. Prevalencia de vida de uso de marihuana en población general por grupo de edad, ordenada por subregión



Fuente: CICAD-OEA. Informe del uso de drogas en las Américas, 2015. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (OAS. Documentos oficiales; OEA/Ser.L/XIV.6.6 2015).

Sólo en los Estados Unidos se presenta un porcentaje de percepción de gran riesgo por fumar marihuana una o dos veces por semana, menor al 40%. Las demás naciones de la Región de las Américas presentan una percepción de gran riesgo mayor al 60% (ver gráfico 4).

Gráfico 4. Percepción de gran riesgo* de uso de marihuana en población general por sexo, ordenada por subregión



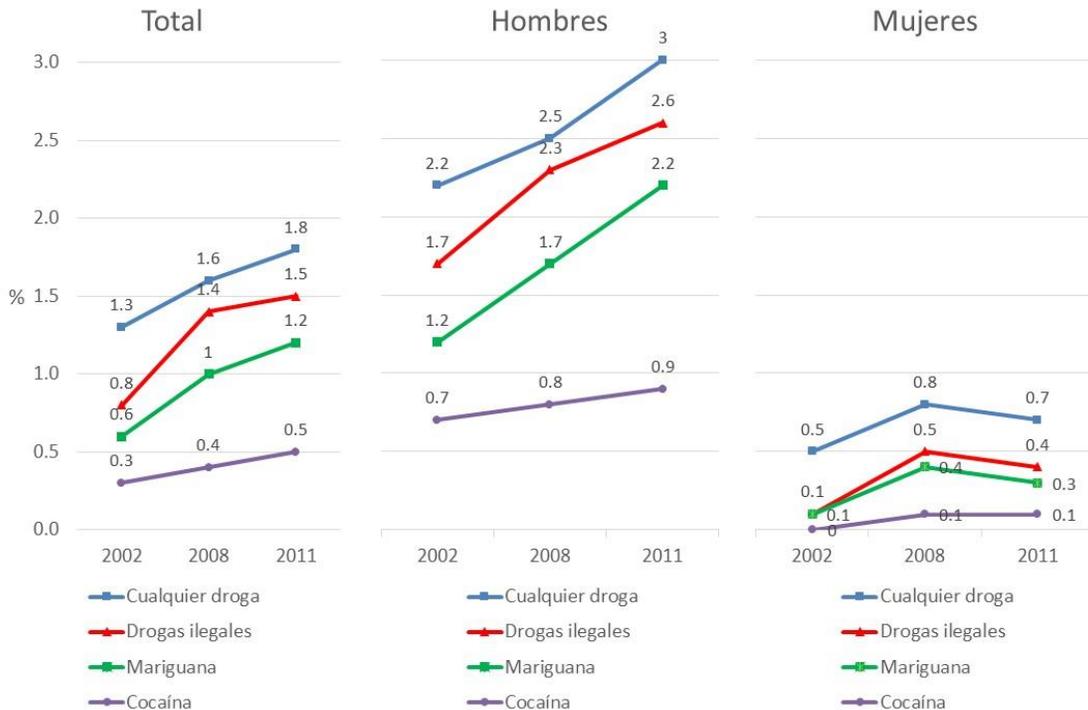
Fuente: CICAD-OEA. Informe del uso de drogas en las Américas, 2015. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (OAS. Documentos oficiales; OEA/Ser.L/XIV.6.6 2015).

1.2. Consumo de marihuana en México

La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), estudio que desde 1988 se lleva a cabo en nuestro país de manera periódica en población general, con edades entre 12 a 65 años, describe a partir de 2002 datos sobre consumo de alcohol, tabaco, drogas ilícitas y drogas médicas en población rural, además de la población urbana. Esto ha permitido contar con un instrumento más amplio para realizar el análisis del consumo de drogas en México. A pesar de no ser tan reciente, la ENA 2011 (Villatoro Velázquez, Medina Mora, Fleiz Bautista, Téllez Rojo, Mendoza Alvarado, Romero Martínez, et al., 2012), es el estudio más completo y confiable con que cuenta nuestro país para estimar la magnitud del problema en población general a nivel nacional.

Con relación a la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en el último año, la ENA 2011 (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud, 2012), refiere que la marihuana es la droga ilícita que más se consume en población general y por ambos sexos (Gráfico 5).

Gráfico 5. Tendencias del consumo de drogas “en el último año”, Población total y por género de 12 a 65 años.



Fuentes: Encuestas Nacionales de Adicciones 2002, 2008 y 2011.

Los hombres presentan la prevalencia más alta para el consumo de cualquier droga, con un incremento estadísticamente significativo pasando de 3.4% en 2008 a 4.7% en 2011. En las mujeres de este grupo de edad, el consumo de cualquier droga se mantuvo estable en 1.1%, con consumos bajos de marihuana y de otras drogas (ENA, 2011).

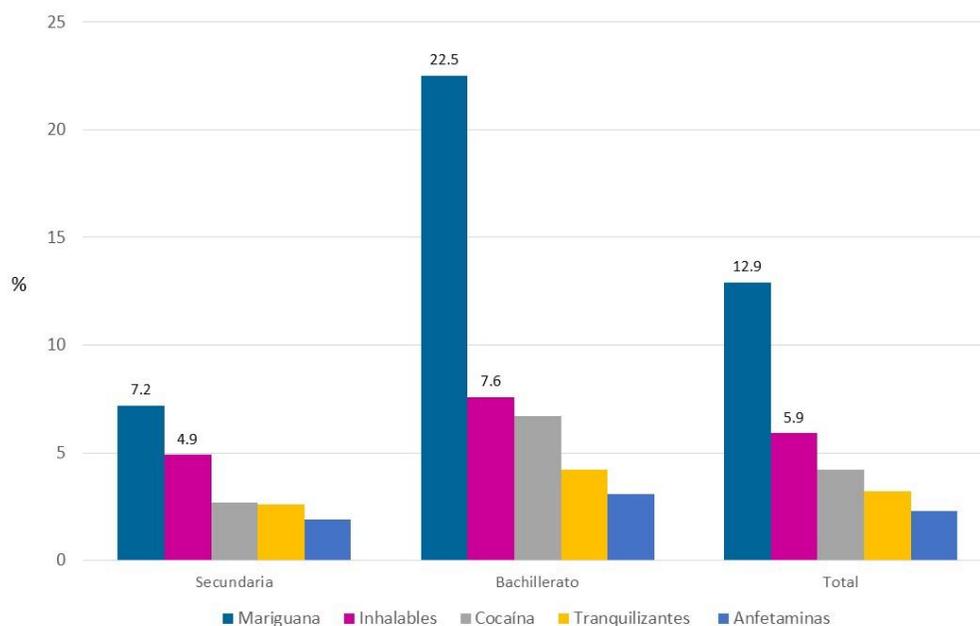
En el grupo de 12 a 17 años, el consumo de marihuana también es el más frecuente entre las drogas ilícitas (1.3%), seguido por cocaína (0.4%) e inhalables (0.3%). Entre los hombres, el consumo de marihuana es de 2%, de inhalables es 0.6% y de cocaína es 0.4%. Lo mismo ocurre con las mujeres, el consumo de marihuana es (0.6%), de cocaína 0.4% y de cualquier droga 1.1%, aunque su consumo es menor que el mostrado por los hombres (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente et al., 2012).

1.3. Consumo de marihuana en población estudiantil

La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014 (ENCODE), estudio que por primera vez evalúa a nivel nacional la prevalencia de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en estudiantes de 5° y 6° grados de educación primaria además de los tres grados de secundaria y los tres de bachillerato en México, refiere que la prevalencia alguna vez de consumo de cualquier droga (médica e ilegal) en los estudiantes de secundaria y bachillerato es de 18.6% para los hombres y de 15.9% para las mujeres, de manera que la prevalencia total del consumo es de 17.2% (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Comisión Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud, 2015).

Con base en el nivel educativo, la sustancia consumida y el sexo de los estudiantes que fueron encuestados, la marihuana es la droga que más se consume a nivel nacional (incluye ámbito urbano y rural) (ver gráfico 6).

Gráfica 6. Prevalencia del consumo de diferentes drogas en población estudiantil, según sexo. ENCODE 2014.



Fuente: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Comisión Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud (2015).

En particular, en los hombres la prevalencia total cambia del 12.8% en secundaria al 28.4% en el bachillerato. Para las mujeres, el cambio es de 12.1% al 21.9%. (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRF), et al., 2015).

En cuanto a los resultados por droga, en la prevalencia total, el mayor consumo corresponde a la marihuana (12.9% en los hombres y 8.4% en las mujeres), seguida por los inhalables (5.9% hombres y 5.8% mujeres) y los tranquilizantes (3.2% hombres y 4.3% en las mujeres), mientras que en los hombres el consumo de cocaína (4.2%) es mayor que el de los tranquilizantes.

Por nivel educativo, en los hombres la marihuana casi se triplica de secundaria a bachillerato (7.2% a 22.5%). En relación a la prevalencia por edad, es notable el mayor crecimiento se observa en la marihuana a partir de los 12 años, alcanzando el 21.3% en quienes tienen 17 años y a 29% en la población mayor de edad que asiste a la escuela.

Comportamiento similar tanto en hombres como en mujeres; con prevalencia total de cualquier droga en escuelas urbanas de 19.5% (13.9% en marihuana), en escuelas ubicadas en comunidades rurales es de 13.5% (7.1% en marihuana).

Cuando se observa la variable de comunidad (rural-urbana) con el nivel educativo (secundaria-bachillerato), en ambas comunidades hay un crecimiento al pasar de secundaria a bachillerato, el cual es ligeramente más pronunciado en las escuelas ubicadas en comunidades urbanas (INPRF, 2015).

Con relación a las variaciones estatales en secundaria y bachillerato, en cuanto al consumo de cualquier droga, los estados con las prevalencias totales significativamente mayores al promedio nacional (17.2%), son Ciudad de México (25%), Quintana Roo (22%), Estado de México (21.1%), Jalisco (20.1%) y Chihuahua (19.8%). Los datos según sexo, refieren que los estudiantes hombres de la Ciudad de México (25.2%) y de Quintana Roo (25%), es con quienes se encontraron las mayores prevalencias totales; en tanto que, en las mujeres, esto ocurrió también en la Ciudad de México (24.9%) y en Quintana Roo (18.8%) y se agregaron las estudiantes del Estado de México (20.9%) y de Morelos (19.9%).

Específicamente, el consumo de la marihuana muestra un comportamiento similar para la población escolar de secundaria y bachillerato, de manera que es en Ciudad de México (18.2%), Quintana Roo (14.6%) y Estado de México (13.8%) donde se encontraron las prevalencias totales mayores en el país (INPRF, 2015).

Para los hombres son estos mismos tres estados los que tienen las prevalencias más altas (19.7%, 18.2% y 15.9% respectivamente). En las mujeres la dinámica es similar (16.5%, 11% y 11.5%), aunque en ellas se agrega el estado Morelos (11.2%).

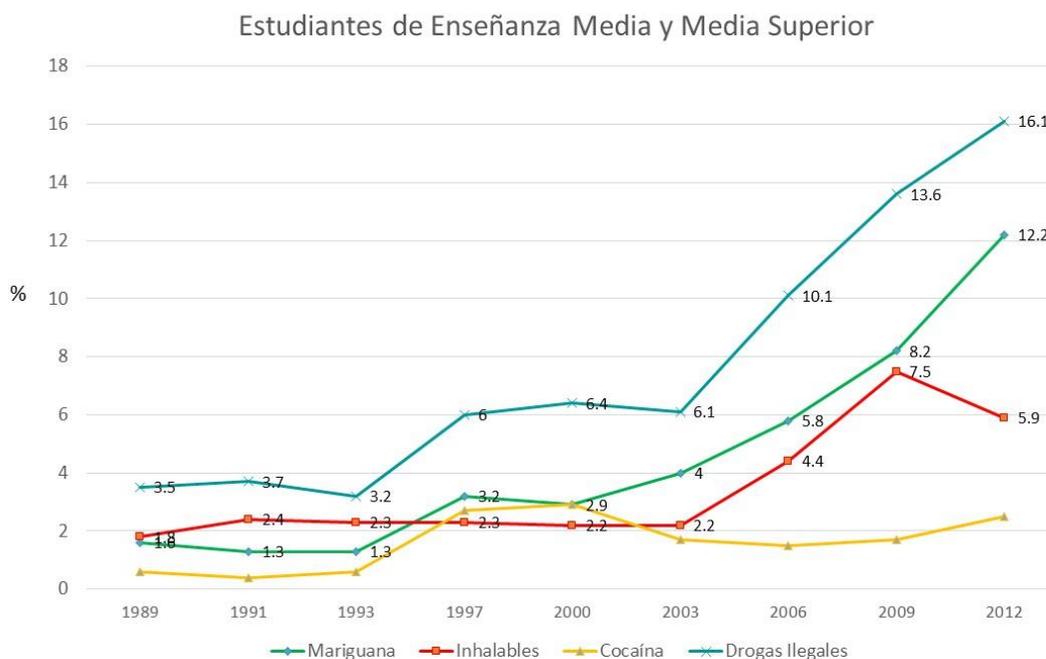
- Consumo de marihuana en la Ciudad de México

La Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes de la Ciudad de México es una medición que se realiza periódicamente, desde hace más de 25 años, con estudiantes de niveles de secundaria, bachillerato y equivalentes de la Ciudad de

México, y muestra la prevalencia del consumo de tabaco, alcohol, drogas médicas usadas fuera de prescripción en esta población (Villatoro et al., 2013).

Con relación al consumo de sustancias psicoactivas la prevalencia total de consumo de drogas fue de 24.4%, porcentaje estadísticamente mayor a la medición de 2009. El consumo en el último año y en el último mes, fue de 18.2% y 10.3% respectivamente.

Gráfico 7. Tendencias del Consumo Último Año de Drogas en población estudiantil de la Ciudad de México



Fuente: De la Serna y cols., 1991; Medina-Mora y cols., 1991; Villatoro y cols., 1997, 2000, 2003, 2006, 2010, 2013.

Por nivel educativo, el consumo total de sustancias, es mayor para los/las adolescentes de bachillerato (33.6%). Se observa principalmente el consumo de mariguana (25.9%), inhalables (11.0%), cocaína y tranquilizantes (6.9% y 5.8% respectivamente) (Villatoro et al., 2013).

Con relación a cada sustancia, la mariguana (15.9%) ocupa el primer lugar de preferencia en los/las adolescentes, seguida de los inhalables (10.0%) y cocaína (5.0%); en este sentido, las mujeres reportan incrementos importantes en el consumo de marihuana (9.9%) y cocaína (2.1%) en el último año.

La proporción de hombres que consumió estas sustancias durante el último año es mayor a la de las mujeres. Respecto al 2009, el consumo de mariguana y cocaína

presentó un patrón similar al del consumo de las mujeres, con un aumento significativo en ambas sustancias, mientras que el consumo de inhalables disminuyó, pasando de 7.7% a 5.2% (Villatoro, 2013).

Las principales drogas de preferencia para las mujeres son: la marihuana (12.9%), seguida de los inhalables (10.3%), los tranquilizantes (5.6%) y la cocaína (4.0%). En tanto para los hombres las drogas de preferencia son: la marihuana (18.8%), los inhalables (9.7%), la cocaína (6.0%) y los tranquilizantes (3.9%).

Cabe destacar la tendencia descendente respecto al consumo de tabaco y el lugar preponderante que ocupa el consumo de alcohol que se constituye el principal problema de consumo de drogas entre la población estudiantil (Villatoro, 2013)

En resumen, puede afirmarse que la marihuana es la droga ilegal con el mayor nivel de consumo en población estudiantil, al igual que en población general, situación que muestra un crecimiento continuo del consumo de la secundaria al bachillerato, que es el nivel educativo en donde se observan los principales focos de alerta que conducen al reforzamiento de acciones preventivas específicas.

Las tendencias en cuanto al consumo de marihuana en la población estudiantil mexicana, señalan un rápido desplazamiento hacia los grupos de menor edad y al grado escolar de secundaria, así como también en las zonas rurales, lo que hace evidente la necesidad de implementar también, acciones preventivas específicas dirigidas a estos subsectores de la población.

CAPÍTULO 2. GENERALIDADES SOBRE EL CONSUMO DE LA MARIGUANA

En este capítulo se describen de manera general las características farmacocinéticas y farmacológicas de la marihuana, así como sus efectos en el organismo y daños a la salud. Después se refiere una breve descripción del contexto en el cual interactúan los factores de riesgo y protección, tanto para iniciarse, como para mantener su consumo en población adolescente.

Al final se hace referencia al marco normativo y jurídico en el que se inscribe el cultivo, distribución y consumo de marihuana en México, así como a los diferentes acuerdos y convenios que han derivado en la situación que guarda actualmente el consumo de esta droga en nuestro país.

2.1. Características farmacocinéticas y farmacológicas de la marihuana

Compuesta por hojas y tallos secos de la planta *Cannabis sativa*, ésta puede alcanzar alturas de 1.6 a 6 metros; sus variedades indica y americana son las más comunes, y es una planta anual dioica (con sexos separados: tallo macho y tallo hembra) que es típica de zonas templadas, aunque su cultivo silvestre también está muy extendido (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2010).

Siendo las plantas hembras más frondosas y duraderas, con sus hojas dispuestas en forma de palma con unas 5-7 hojas, de color verde oscuro en contraste con el color más claro del envés, tienen forma alargada y con el borde dentado. La superficie de las hojas está cubierta por vellosidades secretoras más numerosas en el reverso.

La planta macho tiene una cabeza en flor que produce polen, mientras que las flores en la planta hembra son mucho más pequeñas. Es muy resistente y tolera bien los cambios climáticos, excepto la congelación; sus semillas pueden crecer en muy diferentes tipos de suelos y climas, además de que requiere muy poco cuidado una vez que ha hundido la raíz en el suelo (Netzahualcoyotzi Piedra, Muñoz Arenas, Martínez García, Florán Garduño, Limón Pérez de León, 2009).

Las sustancias psicoactivas denominadas cannabinoides están presentes en la mayor parte de la planta, incluyendo las hojas y las flores; sin embargo, están altamente concentradas en la resina o hachís producida por las glándulas de la base de la fina capa de vellosidades de la hoja y particularmente en las brácteas

de las cabezas en flor de la planta hembra. En la marihuana se han identificado más de 400 sustancias, de las cuales 60 son cannabinoides, los tres más abundantes son el delta 9-tetrahidrocannabinol (THC) el cannabinal (CBN) y el cannabidiol (CBD). De estos, el componente psicoactivo es el delta9-tetrahidrocannabinol, el cual presenta propiedades lipofílicas, lo que facilita su absorción en el organismo y la consecuente rapidez en la aparición de sus efectos (Netzahualcoyotzi Piedra, et al., 2009).

El CBN también posee propiedades psicoactivas; sin embargo, éstas son mucho menores que las descritas para el delta9-tetrahidrocannabinol TCH.

La planta contiene además compuestos no cannabinoides; entre ellos, los terpenoides (que da el olor característico del cannabis) y los flavonoides, que también poseen actividad farmacológica. La mayoría de estos compuestos son volátiles y pueden interactuar farmacológicamente con el THC (Abanades, Cabrero Castel, Fiz y Farré, 2005).

En los últimos 30 años el cultivo complejo de la planta y las técnicas de mezclado han aumentado considerablemente la concentración de delta9-tetrahidrocannabinol, así en los años 60's y 70's el contenido de delta-9-tetrahidrocannabinol de un cigarrillo de marihuana era del orden de 10 mg. Actualmente, uno producido por técnicas especiales puede contener de 150 a 300 mg de delta9-tetrahidrocannabinol; por esta razón el fumador actual de marihuana tiene mayor riesgo de intoxicación que el usuario de hace 30 o 40 años y los efectos y de las dosis altas sobre la salud de los usuarios tiene que revisarse y actualizarse (Rodríguez, 2012).

El término marihuana describe al preparado elaborado a partir de las flores, hojas y tallos pequeños provenientes de la Cannabis sativa; hachís es el término que describe a una pasta hecha con la resina prensada y cannabinoides se refiere a todas las moléculas que se unen a receptores cannabinoides incluidos los ligandos endógenos (endocannabinoides) y los análogos sintéticos (Rodríguez, R., 2012).

La marihuana puede administrarse por varias vías, la preferida por los usuarios es la inhalada, a partir de este momento el humo se absorbe rápido y la cantidad absorbida depende de la manera en que se fume. El humo llega a los pulmones y la alta liposolubilidad de sus componentes, en especial del delta 9-THC, favorece su paso rápido a través de la membrana de los capilares alveolares y alcanza la circulación pulmonar, la sistémica y, finalmente, llega al Sistema Nervioso Central, donde ejerce sus efectos principales (Rodríguez, 2012).

Con fines terapéuticos se han estudiado otras vías y formas de administración: ocular, sublingual, dérmica, oral y rectal. Con la administración oral, la absorción

de los componentes de la planta suele ser errática y las concentraciones plasmáticas de delta 9-THC aumentan lentamente (1–3 horas); alcanzando concentraciones máximas en 120–180 minutos, que persisten por 5–12 horas sin un efecto pico definido (Rodríguez, 2012).

Por esta vía, el fenómeno de primer paso es importante; sin embargo, no resulta en pérdida total de la actividad, ya que la cantidad de delta 9-THC que se absorbe equivale a un 25–30% de la que se absorbería fumando la misma cantidad. Cabe agregar que la administración rectal resulta en una biodisponibilidad mayor que la vía oral. Al igual que otras moléculas liposolubles, su componente principal (delta 9-THC) se une poco a las proteínas plasmáticas, se distribuye ampliamente en el organismo y sólo de 5% a 24% alcanza el sistema nervioso central. Se acumula en el tejido adiposo y en el bazo, reservorios de los cuales se desprende lentamente. Por su alta liposolubilidad cruza las barreras hematoencefálica y placentaria y llega a la leche materna. Los componentes de la marihuana se metabolizan principalmente en el hígado (Rodríguez, 2012).

Se han identificado cerca de 100 metabolitos del delta 9-THC, algunos de ellos son activos. Su vida media es muy variable y se estima que es de 24 a 72 horas. Su metabolito principal es el 11-OH- Δ 9-THC, el cual tiene una vida media plasmática de 15 a 18 horas. Se ha reportado que el delta 9-THC puede ser retenido en el cuerpo hasta 45 días después de su administración, y que los metabolitos de una sola dosis de delta 9-THC pueden ser detectados en la orina de tres a cinco días después de su administración (Rodríguez, 2012).

- Clasificación

Como todas las drogas, la intensidad de los efectos por su consumo también depende de quién las consuma, la cantidad y calidad de la sustancia, entre otras. Algunas clasificaciones la describen como estimulante o depresor, de acuerdo al contexto y, su consumo en grandes cantidades produce efectos alucinógenos.

La Ley General de Salud se refiere a esta sustancia psicotrópica en los listados del Art. 245, donde el tetrahidrocannabinol y sus variantes están clasificados dentro del Grupo I: Las que tienen valor terapéutico escaso o nulo y que son susceptibles de uso indebido o a un problema especialmente grave de salud pública (Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), 2015).

- Formas de uso y administración

La marihuana ha sido usada terapéuticamente por sus propiedades analgésicas, antiinflamatorias, relajantes musculares, anticonvulsivas, ansiolíticas, pero estos aspectos ocupan un pequeño lugar frente al uso recreativo que ha tenido a lo largo de la historia que es el uso fundamental en la actualidad, más allá de hechos anecdóticos de su posible o probable lugar en la terapéutica (Tamosiunas, Pagano y Artagaveytia, 2013).

La modalidad de consumo más frecuente de la marihuana es fumada, ya sea en cigarrillos hechos a mano (baret o joint), en pipas comunes o pipas de agua (bongs). El humo llega a los pulmones y debido a la alta liposolubilidad de sus componentes, en especial el delta9-tetrahydrocannabinol, favorece su paso rápido a través de la membrana de los capilares alveolares y alcanza la circulación sistémica y, finalmente, llega al sistema nervioso central, donde ejerce sus efectos principales (Rodríguez, 2012).

También se fuma en caños –cigarros vacíos- que se rellenan en parte o totalmente con marihuana; mediante vaporizadores como alternativa para evitar la inhalación del humo. Estos aparatos extraen los ingredientes activos de la marihuana (incluyendo el THC), y coleccionan su vapor en un compartimiento de almacenamiento, de esta forma la persona inhala el vapor de humo (NIDA, 2015).

El uso de extracciones de concentrados de marihuana altos en THC sigue incrementando una práctica conocida como *dabbing*, que consiste en inhalar el BHO (aceite de hachís, por sus siglas en inglés) con una pipa de agua llamada "anillo de aceite", que contiene piezas metálicas. Por lo tanto, además de los riesgos de calentar el dispositivo, están los peligros potenciales para la salud de inhalar gases nocivos, restos de óxido metálico y benceno (Boggs, 2015).

Algunas formas de estos extractos son:

- Aceite de hachís o aceite de miel –un líquido viscoso
- Cera o budder –una sustancia sólida con una textura parecida a la del bálsamo para labios
- Shatter – una sustancia dura y sólida, de color ámbar

Si la administración se lleva a cabo por vía intravenosa, la concentración del delta-9-tetrahydrocannabinol se alcanza de inmediato, así como sus efectos psicoactivos; por lo que esta vía ofrece una gran ventaja para obtener efectos casi inmediatos (Netzahualcoyotzi Piedra, et al, 2009).

Se han estudiado otras vías y formas de administración: ocular, sublingual, dérmica, oral y rectal. Mediante la administración oral la absorción de los componentes de la planta suele ser errática y las concentraciones plasmáticas de delta-9-tetrahydrocannabinol aumentan lentamente (1-3 horas); la cantidad de este

componente que se absorbe equivale a un 25-30% de la que se absorbería fumando la misma cantidad. La administración rectal resulta en una biodisponibilidad mayor que la vía oral (Rodríguez, 2012).

Respecto a la relación existente entre las concentraciones plasmáticas del delta9-tetrahydrocannabinol y sus efectos neuropsicológicos, ésta continúa siendo confusa debido al patrón farmacocinético multi-compartimental, con una fase de distribución y caída rápida de las concentraciones plasmáticas (Netzahualcoyotzi Piedra, et al., 2009).

Los metabolitos activos e inactivos son eliminados por la orina y por heces; por su parte el delta9-tetrahydrocannabinol es reabsorbido en los túbulos renales y casi no se detecta en orina; sin embargo, aparece en otros líquidos biológicos como el sudor, la saliva, el cabello, e incluso en la leche materna.

- Mecanismo de acción

El THC y otros químicos cannabinoides en la marihuana son similares a los químicos cannabinoides que el cuerpo produce naturalmente y que afectan las regiones del cerebro y que influyen el placer, la memoria, el pensamiento, la concentración, el movimiento, la coordinación, la percepción sensorial y temporal (NIDA, 2015).

Debido a esta similitud, el THC puede conectarse a los receptores cannabinoides y activar el sistema de gratificación del cerebro que incluye las regiones cerebrales que regulan las respuestas saludables a comportamientos placenteros como el sexo y el comer.

Así, a partir de la liberación y flujo de dopamina a niveles más altos de los que normalmente son liberados como respuesta a estímulos naturales, contribuye a la sensación placentera de “doparse” que buscan las personas que usan marihuana recreacionalmente (NIDA, 2015).

Esta modulación del sistema de recompensa por los cannabinoides se asocia a la inducción de cambios en los umbrales de auto-estimulación eléctrica intracraneal, la inducción de condicionamientos de lugar preferencial y la autoadministración intravenosa en modelos animales (Sperlágha, Windisch, Andó & Vizia, 2009). Todos estos hallazgos sostienen la hipótesis de que el cannabis es una droga de abuso como la heroína, el alcohol, los psico-estimulantes o la nicotina. (Araos, Calado, Vergara-Moragues, Pedraz, Pavón y Rodríguez de Fonseca, 2014; NIDA, 2015).

El THC también es capaz de modular los circuitos emocionales y de respuesta a estrés, incluyendo los circuitos que desde la amígdala y el hipotálamo utilizan en neurotransmisor la hormona liberadora de corticotropina (CRH) y que regulan la respuesta emocional adaptativa a las drogas de abuso.

Asimismo, el THC modula las funciones ejecutivas y la toma de decisiones, actuando en la corteza prefrontal mediante la modificación ésta y sus proyecciones a los ganglios basales y el mesencéfalo, que median la planificación y ejecución de los actos motivados (Araos et al., 2014).

El TCH es capaz de interferir con los procesos de aprendizaje de base hipocampal, necesarios para el establecimiento de memorias episódicas y afectivas. Todas estas acciones son dependientes del receptor cannabinoide CB1 que, aunque no está presente en las neuronas dopaminérgicas, sí lo está en todas las neuronas que expresan receptores de dopamina y son inervadas por el circuito de refuerzo y recompensa (Maldonado, Valverde, Berrendero, 2006, Rodríguez de Fonseca, Carrera, Navarro, Koob, Weiss, 1997).

Por último, hay que destacar que los propios endocannabinoides (no sólo aquellos exógenos) actúan como agentes capaces de modificar los procesos de refuerzo y recompensa, y por tanto participan en la fisiopatología de la adicción (Rodríguez de Fonseca, Carrera, Navarro y Koob, 1997, Maldonado & Rodríguez de Fonseca, 2002; Maldonado et al., 2006).

Debido a este perfil farmacológico que poseen los principios activos del cannabis, los animales y los humanos se auto-administran cannabinoides psicoactivos, y desarrollan tolerancia y dependencia tras su consumo crónico. Mismos que se producen a través de fenómenos adaptativos celulares idénticos a los que se producen tras la estimulación de los receptores opioides con morfina.

2.2. Factores de riesgo y protección asociados con el consumo de marihuana

Aunque se podría argumentar que el origen del consumo de drogas se sitúa en la infancia temprana, la iniciación real en el consumo comienza normalmente, para la mayoría de los individuos, en la adolescencia temprana, y avanza a partir de aquí, según una secuencia bastante bien definida, a lo largo de la adolescencia media (Millman y Botvin, 1992).

En sus primeras etapas, el consumo de drogas es infrecuente, se limita a una única sustancia y a situaciones sociales determinadas, sin embargo en la medida que aumenta la implicación, el consumo se incrementa tanto en frecuencia como

en cantidad y progresa hacia múltiples sustancias. Conocer los factores de riesgo y de protección se convierte así en un punto de gran relevancia para la prevención de las drogodependencias (Becoña, 2002).

El factor de riesgo es «un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento). Asimismo, un factor de protección es «un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas (Becoña, 2002).

Ambos tipos de factores pueden afectar a las personas durante diferentes etapas de sus vidas. En cada etapa se enfrentan riesgos que es posible cambiar a través de una intervención preventiva; por ejemplo, en los niños se pueden modificar o prevenir los riesgos durante los años preescolares, tales como una conducta agresiva, con intervenciones familiares, escolares y comunitarias dirigidas a propiciar que los niños desarrollen conductas positivas. Si no son tratados, los comportamientos negativos pueden llevar a riesgos adicionales, como el fracaso académico y problemas sociales, los cuales aumentan las posibilidades de que se abuse de las drogas en el futuro (Becoña, 2002)

A manera de esquema, el siguiente cuadro describe cómo los factores de riesgo y de protección afectan a las personas en cinco ambientes, en los que se pueden realizar las intervenciones preventivas.

Ambiente	Factor de riesgo	Factor de protección
Individual	Conducta agresiva precoz	Autocontrol
Familia	Falta de supervisión de los padres	Monitoreo de los padres
Compañeros	Abuso de sustancias	Comunicación entre pares
Escuela	Disponibilidad de drogas	Políticas antidrogas
Comunidad	Pobreza	Fuente de apego al barrio

Fuente: Prevención de las Adicciones y Promoción de conductas saludables para una nueva vida. Guía para el promotor de “Nueva Vida”. Capítulo II, Factores asociados al consumo de drogas. CONADIC.

Según diversos estudios, el consumo de sustancias ilícitas es un problema complejo, vinculado con factores de muy diversas índoles que se pueden incorporar a modelos multifactoriales más o menos abarcadores. Newcomb 1995,

cita entre otros factores a los socioculturales, familiares, interpersonales, demográficos, individuales. En México se ha documentado la relación entre el consumo de drogas ilícitas por parte de los jóvenes y algunos factores, como ser varón y tener una baja percepción del riesgo de consumir drogas; en cuanto al dominio familiar, se ha asociado significativamente con la desorganización y la falta de apoyo y control familiar, la pérdida del sentido de pertenencia (Díaz Negrete y García-Aurrecochea, 2008).

En el contexto escolar, se han identificado como factores de predisposición la baja adherencia escolar, el poco interés por el estudio, el bajo desempeño académico y la separación del sistema escolar. Algunos de los factores individuales mencionados son, la baja autoestima, la insuficiente asertividad y las estrategias de afrontamiento ineficaces implican un mayor riesgo de consumir sustancias ilícitas (Díaz Negrete y García-Aurrecochea, 2008).

Investigaciones en donde se ha aplicado el Inventario de Tamizaje sobre el Consumo de Drogas (Drug Use Screening Inventory, DUSI) han demostrado que existe una relación significativa entre el consumo de drogas, por una parte, y los trastornos de conducta, que aplicados en poblaciones latinoamericanas indican que el consumo de drogas ilícitas está relacionado principalmente con alteraciones de la conducta, problemas familiares y de ajuste escolar o laboral, el establecimiento de relaciones con amigos desviantes y que consumen drogas.

Similares hallazgos se han obtenido en estudios realizados en población mexicana, en los que se han identificado una mayor asociación entre el consumo de drogas, por una parte, y un bajo control conductual, la pertenencia a redes sociales disfuncionales, una baja adherencia escolar y, en menor proporción un inadecuado uso del tiempo libre (Díaz Negrete-García-Aurrecochea, 2008).

Numerosos estudios señalan que durante la adolescencia, la asociación con iguales que consumen drogas es un potente predictor del consumo de las mismas, por dos motivos esenciales: (a) refleja el efecto del modelado del grupo y (b) la disponibilidad de drogas por parte de esos modelos. En este mismo sentido y vinculando esta relación con el proceso de transición hacia el uso de drogas, la evidencia sugiere que la influencia de los amigos es mayor y más relevante a la hora de iniciar el uso ilícito de drogas, es decir, en las etapas iniciales de implicación con las mismas (Graña Gómez y Muñoz Rivas, 2000).

Un estudio de los factores que predicen el consumo de drogas en los estudiantes de enseñanza media y media superior de México, aplicado a estudiantes que acuden a escuelas con reconocimiento oficial en las áreas urbanas y rurales del país, menciona entre los predictores del ámbito interpersonal en el inicio del consumo, en especial el tener amigos y familiares que consumen drogas. Se encontró que si un estudiante tiene amigos que consumen drogas, tiene un riesgo

1.22 veces más de consumir drogas que aquel estudiante que no tiene amigos que consumen drogas (Villatoro Velázquez, Medina Mora, Fleiz Bautista, Juárez García, Berenzon Gorn y López Lugo, 1996).

Otras variables citadas como importantes factores que pueden modular la influencia del grupo de iguales, es la existencia de relaciones de apego e intimidad del joven con respecto al resto de los miembros del grupo y el tipo de droga consumida por los mismos. En cuanto al apego, se ha señalado que la intimidad establecida con los compañeros tiene una especial relevancia a la hora de determinar el consumo de alcohol en la adolescencia (Margulies, Kessler y Kandel, 1977, citado en Graña Gómez y Muñoz Rivas, 2000).

En tanto al tema de violencia y adicciones, los estudios elaborados por el sector salud, muestran que hay una relación entre las adicciones al tabaco, alcohol u otro tipo de drogas. Un primer acercamiento al consumo de alcohol y de tabaco con la violencia en el noviazgo, por ejemplo, señala que hay menor violencia entre las y los jóvenes que no consumen estas drogas, entre aquellos que lo hacen (Instituto Mexicano de la Juventud, 2008).

Con relación a los factores protectores, Hawkins, Catalano y Miller (1992), en su enfoque teórico, refieren tres factores de protección que controlan el desarrollo de los comportamientos antisociales: *lazos sociales* (adhesión y compromiso con la familia, la escuela y los compañeros), *las coacciones externas* (normas claras y consistentes contra el consumo de drogas mantenidas por personas ligadas al individuo) y *las habilidades sociales* (poseer estrategias de solución de problemas para afrontar asertivamente las situaciones y resistir las presiones a la transgresión de normas) (Laespada, Iraurgi y Aróstegi, 2004).

La religiosidad, la creencia en el orden moral, el grado de satisfacción personal respecto a la vida, son variables referidas al sujeto y actúan como factores de protección (Pollar, Catalano, Hawkins, Arthur, 1997; Ruiz Carrasco, Lozano Sanmartín, Polano Lorente, 1994).

Otra variable que actúa a favor del sujeto es la percepción de éste acerca del riesgo que entraña el consumo; no obstante, es evidente que tal decisión debería apoyarse sobre la información disponible acerca de las sustancias y las consecuencias de consumo, no menos cierto es el hecho de que, en general, la decisión de consumir procede de la percepción personal y subjetiva del sujeto en relación a las ventajas y riesgos del consumo (Laespada, et al., 2004).

En el área microsocia la bibliografía revisada alude a las investigaciones realizadas en el contexto familiar, en tanto la calidad de las relaciones parentofiliales y la cohesión familiar garantizan la salud psicológica de los individuos al mediatizar los efectos nocivos de los estresores crónicos.

Así, los padres con menor probabilidad de que sus hijos adolescentes consuman drogas son aquellos que establecen una buena relación afectiva y de apego con ellos, los que no consumen drogas legales ni ilegales y los que tienen actitudes convencionales o de conformidad con las normas sociales establecidas, entre ellas, la intolerancia frente a las drogas ilegales y la ambigüedad hacia las legales (Recio Agrados, 1999; Laespada et al., 2004).

Finalmente, el nivel cultural, el rendimiento académico, la implicación con el medio escolar y los refuerzos obtenidos por parte de los padres y profesores, entre otros determinan en mayor medida las características diferenciales de los adolescentes no consumidores frente a los consumidores (Ruiz Carrasco, et al., 1994, Pollar et al., 1997).

2.3. Daños a la salud por consumo de marihuana

El uso prolongado puede llevar a la adicción e interferir en muchos aspectos de la vida, sin poder dejarla, aunque se quiera hacerlo. El riesgo es mayor para quienes inician el uso en la adolescencia, cuando el cerebro aún no ha madurado; quienes desarrollan dependencia a esta sustancia pueden presentar un síndrome de abstinencia similar al que se experimenta cuando se deja de fumar. También pueden experimentar irritabilidad, dificultades de sueño, un deseo que no pueden controlar de consumir y ansiedad, y pueden volverse más agresivos durante este período (Del Bosque, et al., 2013).

Los daños a la salud asociados al consumo de marihuana no se han asumido de manera precisa porque se piensa que el consumo es menor que el de nicotina y porque se cree que es menor el número de consumidores. También es probable que exista la creencia de que el daño a la salud es menor que el provocado por el consumo de los productos derivados del tabaco (Del Bosque, et al., 2013).

Acerca de los mitos y percepciones falsas del consumo de marihuana, los más comunes son:

- El cigarrillo de marihuana contiene entre un 50 y un 70 por ciento más de hidrocarburos carcinogénicos que un cigarrillo de tabaco.
- El consumo de marihuana puede ocasionar cáncer de tracto respiratorio y alterar el sistema inmunitario.
- Los fumadores de marihuana tienen un riesgo aumentado de infección pulmonar.

- A largo plazo el consumo de marihuana puede incrementar el riesgo de tos crónica, bronquitis y enfisema así como cáncer de cabeza, cuello y pulmones.
- Las menciones de consumo de marihuana en las salas de urgencias han aumentado un 176 por ciento desde 1994, sobrepasando las de la heroína
- La marihuana puede incrementar la frecuencia cardíaca, normalmente de 70 a 80 latidos por minuto, de 20 a 50 latidos por minuto o, en algunos casos, incluso doblarla.
- La marihuana afecta a las habilidades necesarias para una conducción segura: alerta, concentración, percepción y tiempo de reacción.
- Los consumidores de marihuana tienen más pensamientos suicidas y tienen una probabilidad cuatro veces mayor de reportar síntomas de depresión que la gente que nunca ha consumido la droga.

Recientemente, la Oficina de Política Nacional para el Control de Drogas. Estados Unidos (ONDCP) reportó que el consumo de cannabis está asociado con un incremento del riesgo de desarrollar esquizofrenia, consistente con una relación causal. Esta asociación no se explica por el uso de otras drogas psicoactivas o por rasgos de personalidad relacionados con la integración social (ONDCP, 2005).

Las manifestaciones clínicas dependen de la vía de administración, experiencia del consumidor, dosis y concentración del principio activo. El uso inhalado u oral causa principalmente efectos sobre el sistema nervioso central (“high”), la infusión intravenosa puede producir toxicidad multiorgánica, incluyendo falla renal aguda, gastroenteritis, anemia, trombocitopenia y leucocitosis (Roncero, Casas, 2009).

Las manifestaciones neurológicas son variadas; la intoxicación leve incluye euforia, somnolencia, alteración en la percepción del tiempo y aumento del apetito. La intoxicación moderada se manifiesta con amnesia, déficit de atención, dificultad para concentrarse, incapacidad para realizar actividades complejas, alteraciones del ánimo como episodios de risa y depresión, y desorientación.

La intoxicación extrema presenta debilidad, incoordinación, letargia, ataxia, disartria, ansiedad, espasmos musculares, depresión respiratoria, coma, y en pacientes susceptibles, convulsiones. Otras manifestaciones incluyen hipo- o hipertermia, bradi- o taquicardia, hipero hipotensión, inyección conjuntival, midriasis, nistagmus, fotofobia, xerostomía, bradipnea, tos, constipación y retención urinaria (Guía para el Manejo del Paciente Intoxicado, Departamento de Farmacología y Toxicología de la Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia 2009).

El consumo crónico puede llevar a síndrome amotivacional, ginecomastia, alteraciones espermáticas y en la ovulación, y mayor riesgo de cáncer de cabeza, cuello y pulmón. La presencia de un síndrome de abstinencia clásico no ha sido descrita para la marihuana. Sin embargo, en pacientes habituados a esta sustancia, la disminución o supresión del consumo puede acompañarse de síntomas inespecíficos como agitación, irritabilidad, alteraciones del sueño y apetito, náuseas, vómito o escalofrío. La duración de los síntomas, momento del inicio y tratamiento no están claramente definidos.

Sin embargo, en pacientes habituados a esta sustancia, la disminución o supresión del consumo puede acompañarse de síntomas inespecíficos como agitación, irritabilidad, alteraciones del sueño y apetito, náuseas, vómito o escalofrío. La sintomatología aparece a los 1-3 días, alcanzando su máxima intensidad entre el día 2 y el 6 y desaparece entre el 4 y el día 14 (Kalant, 2004), (Budney, et al., 2004).

Al ser el cannabis muy lipofílico se acumula fácilmente en el organismo. La vida media en las grasas es de 8 días. El consumo con frecuencia superior a semanal produce almacenamiento del tetrahidrocannabinol, lo que mediatiza la presencia de un síndrome de abstinencia. La vida media larga hace que el síndrome sea, normalmente, de escasa intensidad. Generalmente no suele precisar tratamiento. Sin embargo 3 de cada 4 pacientes adolescentes lo han llegado a calificar como de intensidad moderada-grave (Vandrey et al., 2005).

2.4 Legislación sobre disponibilidad de marihuana en México

Los ordenamientos legales que se relacionan con la oferta y demanda de sustancias psicoactivas en nuestro país, se vinculan con las disposiciones emanadas de convenciones y tratados internacionales que México ha suscrito a lo largo del último siglo, mismos que han surgido del consenso de expertos y especialistas en el tema de la Organización de las Naciones Unidas. Algunas de esas disposiciones son la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas establecida en 1988 y la Declaración de Principios Rectores para la Reducción de la Demanda, propuesto por nuestro país en 1998 (Tapia Conyer, 1998).

En términos generales estos instrumentos establecen las medidas necesarias para el control de sustancias ilícitas, para proteger a la sociedad de sus efectos negativos. A partir de la segunda década del siglo pasado la marihuana se ubica entre una larga lista de sustancias controladas.

Así, en el marco de actuación contemplado en la legislación internacional estos instrumentos cubren tanto aspectos para reducción de la demanda y por otro lado la reducción de la oferta; la otra cara de este fenómeno. Los acuerdos internacionales, con diversos grados de énfasis, las medidas que los países deben realizar, en el caso de la reducción de la demanda: las acciones de prevención del consumo, de educación y de tratamiento de personas con problemas de adicción (Tapia Conyer, 1998).

Con base en estos tratados internacionales, en México se han promulgado diversas disposiciones jurídicas que en nuestra legislación tienen como sustento el Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que consagra el derecho a la protección de la salud. Este artículo tiene su máxima correspondencia en la Ley General de Salud (LGS) que contiene la mayoría de las disposiciones relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, incluyendo las de curso legal como el alcohol y el tabaco, para las que establece medidas de control de su producción y manufactura, control de la disponibilidad, la prescripción, publicidad y venta (DOF, 2016 bis).

Las disposiciones de la LGS, sustentan las medidas de control (de carácter penal y plasmado en el Código Penal) que deberán aplicarse en el caso de los llamados delitos contra la salud, que en términos generales sanciona diversas conductas relacionadas con la producción, tráfico y venta de drogas ilegales (DOF, 2015; DOF, 2016).

En 2009, el Congreso de la Unión aprobó un paquete de Reformas en materia de Narcomenudeo, con el propósito de brindar mayor coherencia a las ambigüedades que en el marco penal se habían generado, provocando la criminalización de los consumidores de drogas ilegales. De esta forma, en el artículo 479 de la LGS se incluye la “Tabla de Orientación de Dosis Máximas de Consumo Personal e Inmediato”, la cual establece el umbral permitido o sancionado por la posesión de determinadas sustancias, incluyendo la marihuana, por razones de consumo personal:

Tabla de Orientación de Dosis Máximas de Consumo Personal e Inmediato		
Narcótico	Dosis máxima de consumo personal e inmediato	
Opio	2 gr.	
Diacetilmorfina o Heroína	50 mg.	
Cannabis Sativa, Indica o Marihuana	5 gr.	
Cocaína	500 mg.	
Lisergida (LSD)	0.015 mg.	
MDA,	Polvo,	Tabletas o cápsulas

Tabla de Orientación de Dosis Máximas de Consumo Personal e Inmediato		
Metilendioxianfetamina	granulado o cristal	
	40 mg.	Una unidad con peso no mayor a 200 mg.
MDMA, dl-34-metilendioxi-n-dimetilfeniletilamina	40 mg.	Una unidad con peso no mayor a 200 mg.
Metanfetamina	40 mg.	Una unidad con peso no mayor a 200 mg.

Estas Reformas definen con mayor claridad las medidas de prevención, tratamiento y control del consumo sustancias ilegales, incluyendo la marihuana, entre estas, se ubican las siguientes:

-Se hace explícito la no penalización del farmacodependiente que posea para su estricto consumo personal algún narcótico de los señalados (art. 199 del Código Penal) (Código Penal Federal, 2009).

-Se despenaliza de alguna manera el uso y por tanto la posesión para consumo personal: *“No se procederá en contra de quien no siendo farmacodependiente, se le encuentre en posesión de alguno de los narcóticos señalados en el artículo 193, por una sola vez y en cantidad tal que pueda presumirse que está destinada a su consumo personal”* (art. 195, del Código Penal Federal) (Código Penal Federal, 2009).

-De igual manera cuando la posesión no tenga como propósito el narcotráfico: *“Cuando la posesión o transporte, por la cantidad como por las demás circunstancias del hecho, no pueda considerarse destinada a realizar alguna de las conductas a que se refiere el artículo 194 (producción, transporte, tráfico, comercio, etcétera) (...) y no se trate de un miembro de una asociación delictuosa, se le aplicarán las penas previstas en las tablas contenidas en el apéndice 1 de este ordenamiento (...).”*(art. 195 bis del Código Penal)(Código Penal Federa, 2009).

Estas Reformas también incluyen, por primera vez, una serie de medidas que la autoridad deberá establecer en caso de farmacodependencia:

- 1.- Ser puesto en libertad derivando al detenido a un centro de tratamiento y rehabilitación, en el caso de adictos.
- 2.- Ser puesto en libertad sin necesidad de canalizarle a un centro de tratamiento y rehabilitación si no se es adicto
- 3.- Se aplica acción penal en caso de que la cantidad de sustancias exceda la destinada al consumo personal, aunque sea adicto. Despenalización de la posesión de drogas para consumo.

Otro aspecto que se incorpora es la obligatoriedad de las instituciones de brindar tratamiento en el caso de adictos, pero no para los propios consumidores: *Cuando el centro o institución reciba reporte del no ejercicio de la acción penal, en términos del artículo 478 de esta ley, las autoridades de salud deberán citar al farmacodependiente o consumidor, a efecto de proporcionarle orientación y conminarlo a tomar parte en los programas contra la farmacodependencia o en aquellos preventivos de la misma. Al tercer reporte del ministerio público, el tratamiento del farmacodependiente será obligatorio.* (Art 193 LGS).

Por otro lado, la LGS establece la necesidad de que las autoridades federales de salud en coordinación con sus contrapartes estatales establezcan programas de prevención a través de Campañas de Educación para la Prevención de Adicciones, que deberán desarrollarse “con base en esquemas novedosos y creativos de comunicación, que permitan la producción y difusión de mensajes de alto impacto social”.

Para ello, establece la necesidad de contar con el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) como unidad responsable de elaborar y evaluar el los Programas Nacionales contra la Farmacodependencia, contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas, y el Tabaquismo, "a través de los cuales Promueve, Fomenta y Apoya las acciones de los Sectores Público, Social y Privado tendentes a la Prevención y Atención Integral de las Adicciones y problemas de Salud Pública asociados" (DOF, 2015).

Disposiciones como la Ley General del Trabajo, establecen medidas para evitar que se consuma sustancias como la marihuana en lugares de trabajo; los reglamentos de tránsito prohíben la conducción bajo los efectos de los estupefacientes o la prohibición de su consumo en lugares públicos en los reglamentos de justicia cívica. En el ámbito familiar, los Códigos Civiles consideran medidas en caso del consumo habitual de sustancias psicoactiva; como causal de divorcio y como motivo de incapacidad (Código Civil Federal, 2013)

Mientras que la Leyes de Justicia para adolescentes, específicamente la del Distrito Federal, considera la necesidad de medidas para asegurar el tratamiento de menores con problemas de adicciones (Art. 80); también como regla que puede imponer el Juez especializado al menor: *“Abstenerse de consumir drogas o estupefacientes o de abusar de las bebidas alcohólicas” (art 40 BIS)* (Leyes de Justicia para adolescentes, 2015).

Como se observa en cuanto al consumo de marihuana, es importante implementar programas integrales con acciones legales, normativas, informativas, preventivas y de tratamiento. Además, es de suma importancia implementar programas preventivos que proporcionen información objetiva, confiable y con sustentos

científicos sobre los daños del consumo, además de promover el desarrollo de las habilidades que les permita a los jóvenes la toma de decisiones más saludables y enfrentar situaciones de riesgo en su contexto diario.

CAPÍTULO 3. ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN JÓVENES

En el mundo el fenómeno de las adicciones afecta de manera particular a la población de niños, adolescentes y jóvenes, quienes durante el proceso de pleno desarrollo, son vulnerables ante cualquier exposición de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas lo que incrementa la posibilidad de que se inicien en las adicciones afectando su salud, desempeño escolar y su proyecto de vida en general.

En este sentido, actualmente ha sido de suma relevancia diseñar, implementar y evaluar programas preventivos fundamentados en la mejor evidencia científica, así como lineamientos y estándares nacionales e internacionales. Por ello a continuación se describen los programas que han mostrado mayor efectividad y en los cuales se fundamentó el desarrollo de la intervención que se presenta en este trabajo.

3.1 Estándares internacionales globales

Después de muchos años en que las acciones de prevención en el consumo de drogas se llevaban a cabo de manera empírica, se han establecido estándares internacionales que sean válidos para todos los países, basados en las evidencias que aportan los estudios científicamente elaborados. Estos estándares han sido plasmados por expertos en un documento global que refiere el uso de estrategias en los ámbitos familiar, escolar y comunitario, con acciones dirigidas a niños, jóvenes y adultos; considerando grupos de riesgo e incluyendo la perspectiva de género, en el entendido de que “por cada dólar gastado en prevención, al menos diez pueden ser ahorrados en futuros problemas de salud, sociales y criminales” (ONUDD, 2013).

Los Estándares Internacionales Globales resumen la evidencia científica disponible actualmente, describe las políticas y las intervenciones que han tenido resultados positivos en la prevención y sus características. En paralelo, los estándares identifican los componentes y características más importantes y efectivos de un sistema nacional de prevención del consumo de drogas.

La primera sección sobre políticas e intervenciones menciona las practicas con resultados positivos en la prevención del consumo de drogas y el abuso de sustancias, mismas que se agrupan en etapas según la edad del público objetivo y que representan un lapso importante en el desarrollo de la vida de un individuo, entre éstas, la adolescencia temprana y adolescencia (ONUDD, 2013).

En este sentido, los programas preventivos cuya base es el desarrollo de habilidades personales y sociales y de influencia social, se centran en desarrollar habilidades de rechazo a las drogas entre iguales que permitan a los jóvenes hacer frente a la presión social por consumirlas y, en general, hacer frente a situaciones difíciles de vida en una manera sana (ONUDD, 2013).

La evidencia disponible destaca que entre las características asociadas con resultados de prevención positiva están la oportunidad de practicar y aprender una amplia gama de habilidades personales y sociales, incluyendo principalmente aquellas habilidades para hacer frente, tomar decisiones y tener resistencia, en particular, en relación con el abuso de sustancias; utilizar métodos interactivos y disipar las falsas ideas sobre la naturaleza normativa (percepción de uso) y las expectativas vinculadas con el abuso de sustancias (ONUDD, 2013).

Asimismo, refiere como características asociadas con resultados negativos o sin resultados, proporcionar información descontextualizada, crear miedo. Así como las conferencias como método principal y aquellas actividades centradas exclusivamente en la construcción de la autoestima y la educación emocional. Por ahora, la mayor parte de la evidencia científica proviene de los E.U, Europa y Australia (ONUDD, 2013).

3.2 Programas de entrenamiento en habilidades para la vida

El enfoque de habilidades para la vida desarrolla destrezas para permitir que los adolescentes adquieran las aptitudes necesarias para alcanzar un pleno desarrollo humano y para enfrentar en forma efectiva los retos de la vida diaria (OPS, 2001).

Las “Habilidades para la vida” pueden clasificarse como:

- Habilidades sociales e interpersonales: comunicación, habilidades de rechazo, agresividad y empatía
- Habilidades cognitivas: toma de decisiones, pensamiento crítico y auto evaluación, y
- Habilidades para manejar emociones: manejo del estrés y aumento de un centro de control

Las teorías sobre el desarrollo humano y las conductas del adolescente establecen que estas habilidades específicas son componentes esenciales de un desarrollo saludable y mediadores de conducta en la adolescencia. Así, los resultados de la evaluación de programas muestran que el desarrollo de las habilidades para la vida puede retrasar el inicio del uso de drogas entre otras.

En la investigación se estableció que tanto el desarrollo de habilidades como el contenido informativo son componentes necesarios de los programas efectivos. Mismos que forman parte de la programación dirigida a los adolescentes alrededor del mundo, ya sea dentro del desarrollo de jóvenes, formación de valores, prevención de embarazos entre otros e iniciativas para la prevención del abuso de las drogas (OPS, 2001).

La UNICEF y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han apoyado y patrocinado programas; asimismo la iniciativa global para la salud escolar y la red de trabajo en las escuelas para promover la salud han adoptado las habilidades para la vida como una estrategia prioritaria para la salud escolar en muchas partes de la Región.

El fundamento del enfoque de las habilidades para la vida, surge de las teorías acerca de la manera en que los niños y los adolescentes, crecen aprenden y se comportan. La Teoría del desarrollo infantil y adolescente, refiere la necesidad de comprensión de los complejos cambios biológicos, sociales y cognitivos de este periodo, mismos que constituye la esencia de la mayoría de las teorías sobre desarrollo humano.

Durante el Desarrollo del conocimiento social propone el proceso mediante el cual la conciencia social se mueve de la perspectiva egocéntrica del niño pequeño a una habilidad para entender, predecir y responder a los sentimientos y perspectivas de otros en la adolescencia temprana (Slaby y cols., 1965). Por tanto es una etapa crítica para el desarrollo de la empatía y la captación de perspectivas; la evaluación a sí mismo y sus habilidades en forma realista es otro proceso importante durante la niñez (OPS, 2001).

La auto-eficiencia es otra dimensión del desarrollo del concepto de sí mismo, para identificar el grado en que los individuos se ven a sí mismos como valiosos, como gente causalmente importante y como personas efectivas para dar forma a los eventos y resultados de sus vidas (Tyler, 1991).

Las teorías que se mencionan a continuación, son piezas importantes en el desarrollo de habilidades de justificación y diferenciación de perspectivas, las cuales explican la importancia de estas habilidades.

La teoría del aprendizaje social como el Modelo Cognitivo de Aprendizaje, refiere Albert Bandura (Bandura, 1977), que los niños aprenden a comportarse por medio de la instrucción (como los padres, maestros y otras autoridades y modelos indican que deben comportarse), lo mismo que por medio de la observación (cómo ven que los adultos y sus pares se comportan (OPS, 2001).

Los niños aprenden a comportarse, entonces, a través de la observación y la interacción social, antes que a través de la instrucción verbal. Bandura también

hizo hincapié en que la auto-eficiencia, definida como la confianza en sus propias habilidades para desempeñar diversas conductas, es importante para aprender y mantener conductas apropiadas, especialmente en vista de las presiones sociales para desarrollar un comportamiento diferente.

La Teoría del Aprendizaje Social ejerció dos influencias importantes en el desarrollo de programas de habilidades para la vida y habilidades sociales. Por un lado, se provee a los niños con métodos o habilidades para enfrentar aspectos internos de su vida social, incluyendo la reducción del estrés, el autocontrol y la toma de decisiones. Por otro lado, dice que para hacer efectivos los programas de habilidades para la vida y sociales, es necesario duplicar el proceso natural por el cual los niños aprenden las conductas. En este sentido, la observación, representaciones y componentes de los pares además de una simple instrucción son parte de los programas de habilidades para la vida y sociales (OPS, 2001).

La Teoría de la conducta problemática desarrollada por Richard Jessor, reconoce que la conducta adolescente es el producto de complejas interacciones entre los individuos y su entorno como: las variables como el sistema de la personalidad; el sistema del medio ambiente percibido y el sistema conductual (OPS, 2001).

El sistema de la personalidad incluye “valores, expectativas, creencias, actitudes y orientación hacia uno mismo y la sociedad”. El sistema del medio ambiente percibido tiene relación con la percepción de la actitud de amigos y parientes hacia las conductas. Similar a Bandura, el sistema conductual generalmente se describe como el conjunto de ciertas conductas socialmente inaceptables (el uso de alcohol, tabaco y otras drogas, conducta sexual de personas menores de cierta edad, delincuencia, etc.) (OPS, 2001).

En años recientes, Jessor y la teoría de la conducta problemática han descrito otros dos sistemas de influencia, el ambiente social (que incluye factores como la pobreza y la estructura familiar). La biología genética puede ser útil para identificar niños con una propensión genética hacia ciertas conductas de riesgo (como el alcoholismo), pero su uso en la prevención todavía es limitado. El dominio del ambiente social identifica otras variables (conductas tales como un desempeño escolar insuficiente) que se correlaciona con conductas de riesgo (tales como el uso de alcohol y otras drogas). Si estas variables cambian, afectarán a otras.

La Teoría de la Influencia Social reconoce que los niños y adolescentes, bajo presión, se involucran en conductas de riesgo como el uso de tabaco; la presión social incluye “presión de los pares, modelos de padres fumadores, mensajes relacionados con los cigarrillos en los medios de comunicación, los cuales muestran a fumadores atractivos” (Evans, 1998, citado en: OPS, 2001).

Los programas de influencia social anticipan estas presiones y enseñan a los niños las presiones y los medios para resistirlas antes de que sean expuestos a dichas presiones. La teoría surge derivada de la investigación que demostraba que los programas que simplemente proveían de “miedo por el conocimiento de peligros a largo plazo parecía insuficiente para prevenir el inicio del hábito de fumar entre muchos adolescentes, cuando eran expuestos a la presión social para adquirir la conducta.

Cada una de estas teorías provee una pieza importante en el desarrollo de habilidades de justificación y diferenciación de perspectivas, las cuales explican la importancia de estas habilidades. Las teorías muestran mayor énfasis en los diferentes procesos que persiguen, ya sean los resultados de las conductas, justificando el desarrollo, el contexto cultural y las normas sociales consideran apropiadas. Otras se centran más en la adquisición de habilidades que en la meta misma, ya que la aptitud en la solución de problemas, comunicación interpersonal, y solución de conflictos se pueden ver como elementos cruciales del desarrollo humano saludable (OPS, 2001).

Finalmente, algunas perspectivas teóricas ven estas habilidades para la vida como un medio para que los adolescentes participen activamente en su propio proceso de desarrollo y en el proceso de construcción de normas sociales.

3.3. Estándares europeos de calidad en prevención de drogas

Derivado de un proyecto de co-financiamiento por la Unión Europea, y desarrollado en el marco del Programa de Acción Comunitaria en Salud Pública (2003-2008), participaron siete organizaciones multidisciplinarias y multisectoriales de toda Europa, dirigidas por el Centro de Salud Pública de la Universidad John Moores de Liverpool, Reino Unido con la finalidad de mejorar las prácticas y la política europea sobre prevención de drogas mediante el desarrollo de un marco de referencia común en este ámbito. (Brotherhood & Sumnall, 2013).

Asimismo, los estándares europeos se organizan cronológicamente de acuerdo a la lógica de un ciclo de proyecto, compuesto por ocho fases:

- Evaluación de necesidades
- Evaluación de recursos
- Formulación del programa
- Diseño de la intervención
- Gestión y movilización de recursos
- Implementación y monitoreo del programa

- Evaluaciones finales y
- Difusión y mejora.

Los estándares europeos están pensados para un amplio rango de actividades de prevención (por ejemplo: educación sobre drogas, programas estructurados, actividades realizadas en los propios contextos de riesgo, intervenciones breves) y contextos de intervención (por ejemplo: escuela, comunidad, familia, entornos recreativos, sistema judicial, etc.). Aunque los estándares se centran fundamentalmente en las intervenciones, también pueden ayudar a los profesionales a valorar cómo las personas, organizaciones, políticas y estrategias gubernamentales pueden contribuir en la prevención (Brotherhood & Sumnall, 2013).

Las actividades de prevención de drogas a las que se dirigen estos estándares se pueden centrar en sustancias legales, tales como el alcohol o el tabaco, y/o drogas ilegales.

Componentes de fases de un proyecto preventivo:

Aspectos transversales, el trabajo preventivo integra temas recurrentes que no conciernen únicamente a una fase del proyecto, sino que afectan a su ciclo completo.

A. Sostenibilidad y financiación

A partir de la previsión en cuanto a la sostenibilidad de los programas y el desarrollo de estrategias que aseguren los recursos financieros es posible la viabilidad a largo-plazo del trabajo preventivo (Brotherhood&Sumnall, 2013).

B. Comunicación e involucramiento de los grupos de interés para el programa

Las instancias más relevantes deben ser contactadas e implicadas en el programa; los grupos de interés pueden establecer vínculos que en el presente y el futuro aseguren la viabilidad del programa, mediante el intercambio de información.

C. Desarrollo del personal

Este componente se asienta en tres pilares: formación del personal, continuidad y expansión del programa, apoyo profesional y emocional. Asegurar la capacitación de los participantes, así como identificar las competencias requeridas del equipo, asegura la actualización permanente de sus conocimientos y habilidades.

D. Aspectos éticos de la prevención

Los estándares señalan principios éticos aplicables a la prevención que se centran en asegurar que: la conducta del proveedor del servicio se inserta dentro del marco legal vigente (Brotherhood & Sumnall, 2013).

Antes que la intervención se planifique en detalle, es importante explorar la naturaleza y extensión de las necesidades relacionadas con las drogas, así como las posibles causas y factores que contribuyen a esas necesidades (ver Apéndice 6). Se distinguen las necesidades políticas, definidas por las carencias en la provisión de medidas preventivas y de la población objetivo (Brotherhood & Sumnall, 2013).

3.4. Estrategias aplicadas en México para la prevención del consumo de drogas en estudiantes

En este apartado se describen los programas que han recopilado los lineamientos anteriores y han sido adaptados al contexto mexicano. Mismos que sirven de referencia de las acciones que se han implementado en el país.

- Programa de Prevención en Salud Mental y Adicciones: “Dejando Huellitas en tu Vida”

En México existe poca evidencia sobre modelos efectivos y costo-beneficios para programas dirigidos a la población infantil que trabajen las habilidades sociales, solución de problemas y manejo de emociones, como modelos para prevenir conductas problemáticas como el uso de drogas, conducta antisocial, un pobre rendimiento académico, entre otras (Gutiérrez López y Villatoro Velázquez, 2012).

Un ejemplo de los pocos programas evaluados es el Programa de Prevención en Salud Mental y Adicciones “Dejando Huellitas en tu vida”, el cual propone una intervención efectiva enfocada en niños y niñas de nivel primaria, para el desarrollo de diversas habilidades sociales, como la asertividad, el apego a la escuela, la aceptación de los otros, la motivación al logro, el autocontrol, con el propósito de ayudar a controlar los índices de los índices de los problemas señalados (Gutiérrez López y Villatoro Velázquez, 2012).

La evaluación del programa “Dejando Huellitas en tu vida” enfocado al desarrollo de habilidades se llevó a cabo mediante la comparación de su aplicación simultánea en dos escuelas y durante dos ciclos escolares (2008-2009 y 2009-2010).

A partir de la impartición del programa de prevención, y de la aplicación de varios instrumentos de medición para los diferentes grupos, los hallazgos principales en cuanto a las habilidades sociales aprendidas fueron que los niños y niñas de ambas escuelas habían desarrollado una mejor asertividad en sus relaciones, había aumentado su autoestima, sus conductas positivas, tenían mejor manejo de las emociones, mayor tolerancia a la frustración y menos discriminación hacia los otros. A través del seguimiento, se pudo observar que después de un año de aplicación del programa, las habilidades que se mantuvieron fueron: una mejor autoestima, el manejo de emociones, la tolerancia a la frustración y la no discriminación. Adicionalmente, la evaluación con los docentes, indicó que durante el tiempo que duró la intervención disminuyeron los robos, peleas, agresiones, etc. (Gutiérrez López y Villatoro Velázquez, 2012).

En general el ambiente escolar se favoreció y promovió positivamente las habilidades sociales del alumnado. El costo de la instrumentación de la intervención es bajo, por lo que es factible como una herramienta de prevención universal. Adicionalmente es importante ampliar el Programa para tener contenidos diferentes por cada grado escolar, en donde se desarrollen y consoliden habilidades y se facilite la interacción con los padres de familia y los docentes (Gutiérrez López y Villatoro Velázquez, 2012).

- Prevención y Atención de las Adicciones del Gobierno Federal: Modelo de Atención de las UNEME-CAPA

Las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UNEMES) Centros de Atención Primaria de las Adicciones (CAPA), mejor conocidos como los “Centros Nueva Vida” son unidades para la prevención, tratamiento y formación de personal para el control de las adicciones, con el propósito de mejorar la calidad de vida individual, familiar y social de la población.

Se trata de una red de 340 CAPAS que operan en puntos estratégicos del país, con la finalidad de ampliar sustancialmente la disponibilidad de servicios preventivos, de tratamiento y rehabilitación para asistir a las personas que lo requieran, procurando así mejorar las condiciones de salud (CONADIC 2015).

En estas unidades se implementa un modelo de intervención temprana para las adicciones que contempla desde la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la promoción de la salud mental, hasta el tratamiento breve, ambulatorio (consulta externa), dando prioridad a la detección temprana en la escuela, los grupos organizados de la sociedad y la comunidad en general y consumidores experimentales, para intervenir con ellos y sus familias en forma

oportuna, a fin de evitar el desarrollo de abuso o dependencia y mejorar la calidad de vida individual, familiar y social de los usuarios.

En el tema de la prevención y detección de factores de riesgo para el consumo de sustancias se han implementado actividades intra y extramuros, donde el personal que labora en los Centros Nueva Vida realiza talleres y pláticas intramuros y extramuros, con el objetivo de concientizar a la comunidad sobre los efectos que traen consigo las adicciones.

En particular la Orientación Preventiva Familiar se refiere a la prevención oportuna de los problemas asociados al consumo de sustancias adictivas, mediante técnicas y estrategias cognitivo conductuales, talleres, juego de roles, entre otros. Se entrena a los participantes en habilidades de comunicación, habilidades para la vida y para la solución de conflictos (CONADIC 2007).

La Orientación Preventiva a Niños y adolescentes integra contenidos específicos a estos grupos, además de que en caso de detectarse algún factor de riesgo, se puede derivar para su atención a otro servicio de la unidad (CONADIC 2007).

Campaña Nacional de Información sobre Drogas y Formación de Promotores

La Campaña Nacional de información suma esfuerzos de todos los sectores de la sociedad para trabajar en favor de la prevención de las adicciones de niñas, niños y jóvenes (CONADIC, 2007).

Tiene como objetivo informar a la sociedad en general sobre los daños y riesgos del consumo de sustancias, así como formar una red de promotores voluntarios que transmitan el mensaje de prevención.

Estos promotores son capacitados en estrategias sencillas para la detección oportuna de consumo de sustancias y la referencia a centros especializados en materia de prevención y atención de las adicciones.

En el tema de **Habilidades para la Vida**, el objetivo es la formación de habilidades, mismas que se organizan en tres grandes grupos: de comunicación, de pensamiento y de manejo de emociones.

En el primer grupo las habilidades de comunicación y asertividad, destacan el aprender, escuchar, observar y expresar lo que se quiere o siente sin dejar de considerar a los demás (CONADIC, 2007).

Las habilidades de pensamiento que se refieren a cómo aprender a generar nuevas ideas, echar a volar la imaginación y solucionar los problemas de manera creativa, buscando el beneficio propio y el de los demás, para ayudar a decir NO cuando se enfrenta ante situaciones de riesgo.

Por último, las habilidades para el manejo de las emociones; en las que se destaca el valor que tiene el expresarlas adecuadamente, el que cada persona se acepte y se valore, así como el que aprenda a relajarse y liberar tensiones.

Así mismo como parte de la campaña se desarrollaron materiales que orientan y apoyan las acciones de prevención que entre sus contenidos describen: conceptos básicos sobre adicciones, las fases del proceso adictivo y daños y efectos por el consumo de drogas, asimismo los principales mitos y realidades que lo rodean.

- Factores de riesgo asociados al consumo de drogas, así como factores de protección para la prevención de adicciones.
- Consecuencias sociales, así como las tendencias nacionales y la magnitud de este problema en el país.
- Modelos de prevención que explican los factores relacionados con las conductas de consumo de sustancias y los principios de la prevención de las conductas adictivas.
- Principales estrategias para la prevención de las adicciones; Mecanismos para la Detección temprana y canalización oportuna el consumo de drogas y la referencia a centros especializados de atención.

- Programa Construye –T para la formación de habilidades socioemocionales en estudiantes de nivel medio superior

Es un programa del Gobierno Mexicano, dirigido y financiado por la Secretaría de Educación Pública (SEP), a través de la Subsecretaría de Educación Media Superior (SEMS) e implementado con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

El propósito central de Construye-T es establecer un dispositivo de intervención educativa que favorezca la creación de un clima de inclusión, equidad, participación democrática y desarrollo de competencias y potencialidades, tanto individuales como sociales, que contribuya a que las y los jóvenes de educación media superior permanezcan en la escuela, enfrenten las diversas situaciones de riesgo y construyan su proyecto de vida. Entre sus objetivos está: propiciar una vida saludable y un consumo responsable; y entre sus dimensiones de atención establecidas con el fin de fortalecer elementos de protección para las y los adolescentes se encuentra *Vida Saludable*, la cual brinda información confiable para prevenir el consumo de sustancias adictivas (Secretaría de Educación Pública, Subsecretaría de Educación Media Superior, Organizaciones de la Sociedad Civil, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2007).

Con esta iniciativa, se ha puesto en marcha de un modelo de intervención orientado a institucionalizar la participación adolescente en las escuelas de nivel medio superior. En 2014, Construye-T refiere que ha pasado por un proceso de transformación y fortalecimiento en su diseño; y actualmente destaca entre sus objetivos: el desarrollo de habilidades socioemocionales en los estudiantes para que puedan entender y manejar sus emociones, sobre todo en una etapa de tantos cambios como lo es la adolescencia; establecer y desarrollar relaciones positivas; así como tomar decisiones reflexivas y responsables para que puedan enfrentar distintos retos, incluyendo los académicos y personales (Secretaría de Educación Media Superior, 2014).

El desarrollo de habilidades socioemocionales implica gestar o fortalecer en ellos la capacidad para identificar y entender sus emociones; sentir y mostrar empatía por los demás; construir y mantener relaciones interpersonales positivas; fijar y alcanzar metas positivas, así como tomar decisiones de manera reflexiva y responsable, de tal forma que puedan enfrentar asertivamente los distintos riesgos a los que están expuestos en esta etapa del curso de la vida. El entrenamiento se da a partir de las necesidades y los intereses de los jóvenes –como el manejo del estrés en una edad tan compleja como la adolescencia o la importancia de entablar amistades-, así como las distintas presiones a las que se enfrentan – como el consumo de sustancias o el ejercicio de la sexualidad sin protección (Subsecretaría de Educación Media Superior, 2014).

Una de sus estrategias, conocida como *dimensión T*, se concentra en las habilidades que tienen que ver con la identificación del entendimiento y el manejo de las emociones propias, mismas que contribuyen a definir la identidad del joven. La dimensión *Relaciona T* abarca las habilidades que permiten llevarse mejor con los demás, tales como la empatía, la escucha activa o la resolución de conflictos interpersonales. Esta esfera es de índole interpersonal. Asimismo, la dimensión *Elige T* aborda las habilidades una toma de decisiones reflexiva y responsable, como la generación de alternativas, el análisis de las consecuencias que derivan de las diferentes opciones, y el pensamiento crítico. Esta dimensión se posiciona como un elemento central en la formación de los jóvenes, sobre todo tomando en cuenta que durante la educación media superior, tomarán decisiones que marcarán su trayectoria de vida, como es la elección de la carrera que quieren estudiar. (Secretaría de Educación Pública et al., 2007).

Es importante enfatizar que el menú de habilidades socioemocionales que impulsa Construye-T, busca responder a los retos a los que se enfrentan los adolescentes de acuerdo con su edad, contexto familiar y social, al tiempo que ofrecen herramientas para un desarrollo exitoso como personas y para alcanzar sus metas (Secretaría de Educación Pública et al., 2007).

- Programa Preventivo “Para vivir sin adicciones” de Centros de Integración Juvenil (CIJ)

A través de su red de atención, conformada por 116 de centros de prevención y tratamiento, distribuidos a lo largo del país, Centros de Integración Juvenil, A. C., ofrece desde hace más de 40 años, servicios especializados para la prevención de adicciones dirigidos a toda la población. Los principales ejes de la atención son:

- Promoción de factores de protección, estilos de vida saludables con la participación activa de la comunidad contrarios al uso y abuso de drogas legales e ilegales, mediante los tres niveles de atención especializada.
- Prevención universal: se refiere a sesiones de información, orientación y capacitación para toda la población, principalmente los jóvenes y sus familias; la selectiva que va encaminada al entrenamiento en habilidades para la vida que permitan a la persona afrontar situaciones de riesgo y por último, la indicada, que es la consejería para usuarios experimentales de drogas.
- El servicio de atención curativa para suprimir o disminuir el consumo, mediante la consulta externa, centro de día y hospitalización.
- El enfoque de asistencia es que el paciente asista por voluntad propia y el tratamiento consiste en diferentes terapias médicas, psicológicas y de reinserción social, además de dar atención a la familia.

Dentro de las actividades de prevención universal y selectiva, se encuentra la prevención de adicciones en el contexto escolar, cuyos propósitos son:

- Sensibilizar a la comunidad escolar sobre el problema.
- Brindar información veraz y actual sobre riesgos y daños asociados al uso de alcohol, tabaco y drogas.
- Operar programas específicos para el desarrollo de habilidades y competencias.
- Propiciar el desarrollo de una cultura preventiva integral.

A lo largo de 43 años, CIJ ha desarrollado diversas estrategias, programas y materiales para el ámbito educativo, atendiendo a estudiantes, padres y madres de familia; profesores, directivos y personal de salud escolar. Asimismo, se instrumentan estrategias diferenciales para reforzar recursos protectores y competencias de afrontamiento de riesgos, atendiendo características, necesidades y recursos de la población (CIJ, 2015)

Sin duda, el proceso que a través del tiempo ha dado lugar a la revisión, selección, y evaluación de los programas preventivos en nuestro país, ha dado como resultado la certeza de disponer y aplicar con éxito los modelos en prevención, específicamente, en el tema de prevención de las adicciones.

Es punto de partida para los modelos que se llevan a cabo en nuestro país mencionados en este capítulo y que favorablemente dan muestra de las áreas de oportunidad para consolidar los mismos y ampliar la cobertura a los grupos receptivos de la prevención de las adicciones. Los lineamientos descritos en el presente capítulo son referencia para la integración de una propuesta de taller diseñado para prevenir el consumo de marihuana entre estudiantes de nivel medio superior, mismo que describe en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 4. PLANEACIÓN DEL ESTUDIO

4.1. Relevancia del estudio

¿Por qué es necesario que los adolescentes mexicanos de todo el país, que están en la preparatoria, no consuman marihuana?

La adolescencia se manifiesta cuando se rompe con la estructura, seguridad y valores de lo infantil, para dar lugar al proceso de construcción de sus ideales, de la definición de la ruta que habrán de seguir para formar su futuro e incorporarse productivamente a la vida adulta.

Los riesgos a los que se exponen son muchos y variados, como lo es la desinformación en cuanto a que el consumo de marihuana no causa daños, sin considerar que durante esta etapa el cerebro todavía se encuentra en crecimiento y desarrollo.

La posibilidad de que la función del pensamiento, la atención y la memoria se vulneren, además de que ocurran modificaciones estructurales y funcionales en el cerebro que predispongan al abuso de estas drogas son los riesgos que al ser ignorados favorecen el acceso cada vez mayor de los adolescentes.

En México, los jóvenes representan el bono demográfico aún rescatable para reestructurar y planificar las bases de desarrollo social al corto y mediano plazo; en este sentido, los jóvenes que asisten a la preparatoria merecen ejercer su derecho a la salud y a la posibilidad de desarrollar el potencial productivo en todos los ámbitos de esta etapa de la vida, en un ambiente libre del consumo de marihuana.

4.2. Planteamiento del problema

Derivado de la observación sobre las tendencias al incremento en el consumo de la marihuana en México, así como la necesidad de fortalecer las acciones preventivas en el nivel medio superior, aunado a la manifestación del interés de los estudiantes de una escuela preparatoria por contar con mayor información sobre los efectos y riesgos del consumo de esta sustancia, para desmitificar mitos acerca del consumo de marihuana, se plantea implementar una estrategia que brinde información científica y además combine la posibilidad de incrementar su

percepción del riesgo ante el consumo de marihuana como estrategia de prevención.

Lo anterior de acuerdo a las sugerencias de expertos que refieren que una intervención combinada puede ser más efectiva en el mediano plazo.

4.3. Pregunta de investigación

¿Realizar un taller de reflexión grupal con alumnas y alumnos de la preparatoria Benjamín Franklin, podrá incrementar sus conocimientos sobre las características de esta droga e incrementar su percepción del riesgo ante el consumo de marihuana?

4.4. Objetivo Principal

Desalentar el consumo de marihuana en estudiantes de preparatoria, incrementando su percepción de riesgo, mediante la participación en un taller donde se brindará información sobre los daños a la salud ocasionados por el consumo de esta droga.

4.5. Objetivos Específicos

- 1.- Brindar información sobre los daños a la salud por consumo de marihuana en jóvenes.
- 2.- Trabajar en un taller donde se reflexionará sobre los mitos y realidades vigentes alrededor del consumo de marihuana.
- 3.- Incorporar esta actividad, como alternativa de formación curricular para los estudiantes de la preparatoria Benjamín Franklin.

4.6. Justificación

La presente investigación se plantea como una propuesta a la demanda de la escuela Benjamín Franklin, A.C., donde se han identificado casos de consumo de marihuana entre las y los estudiantes, así como para ofrecer a los jóvenes información sobre el impacto y riesgos del consumo de drogas.

Desalentar el consumo de marihuana entre los estudiantes, proporcionando información científica que permita incrementar la percepción de riesgo por consumo de esta droga es importante, debido a que como fue establecido en los apartados anteriores, el consumo de marihuana no sólo es la principal droga ilegal consumida entre los jóvenes, sino que además se ha observado una acelerada tendencia al incremento en los últimos años.

Es por ello que se diseñó el *Taller de Prevención del Consumo de Marihuana en Estudiantes en el Nivel Medio Superior*, no solamente busca ser una propuesta de prevención, sino que además pretende ser una aportación para favorecer en los jóvenes la reflexión, la comprensión y el entendimiento de los daños a la salud que provoca, así como la importancia de mantener una vida saludable que permita su pleno desarrollo personal.

4.7. Hipótesis

Si se incrementa la percepción de riesgo del consumo de marihuana entonces se desalentará el consumo de esta sustancia.

4.8. Método

El escenario es una escuela de nivel medio superior, ubicada en la zona norte del Distrito Federal en la Delegación Gustavo A. Madero (GAM); mixta, de turno matutino y con afluencia de jóvenes de Ecatepec Estado de México, Azcapotzalco, Tlalnepantla y de la propia delegación GAM. Tiene una matrícula de 800 alumnos, que en buena parte acuden por elección propia, en la mayoría, sin embargo, la inscripción a esta escuela es de jóvenes que no acreditaron el ingreso a las universidades públicas.

En el tema de la salud de las alumnas y los alumnos, de acuerdo con el Sistema de Información Médica de la escuela, se registran problemas de salud tales como: sobrepeso, obesidad, caries dental, gastritis y embarazo no deseado, así como consumo de tabaco y alcohol. También se ha observado consumo de alcohol al interior de la escuela (Reséndiz Rojas, 2015).

Derivado de la aplicación esporádica de exámenes antidoping (previo conocimiento y autorización por los padres de familia o tutores), se ha encontrado consumo de marihuana en esta población como la droga de mayor prevalencia (3 alumnos en una muestra de 20 jóvenes).

Cabe destacar que, de acuerdo al Reglamento Escolar, en casos detectados con consumo de drogas, los jóvenes permanecen en la escuela, en tanto acudan a recibir atención profesional en los Centros de Integración Juvenil (CIJ), en los Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA) o en establecimientos privados.

En el ciclo escolar 2014-15, por iniciativa de la responsable del Servicio Médico se llevó a cabo una breve intervención, en coordinación con CIJ Oriente, mediante sesiones informativas en materia de prevención del consumo de drogas, donde participaron padres de familia, profesores, personal y alumnos de los tres grados de nivel medio superior. Derivado de esta experiencia, se observó que las y los jóvenes expresan diversos mitos en relación al consumo de marihuana, así como una baja percepción de riesgo sobre los efectos reales que esta sustancia tiene el organismo, así como los potenciales riesgos a la salud por su consumo (Reséndiz, 2015).

4.8.1. Tipo de estudio

Se llevó a cabo un estudio de cohortes, correlacional, ya que se midió el grado de relación entre la percepción de riesgo del consumo de marihuana y el nivel de manejo de habilidades sociales para evitar el consumo.

4.8.2. Duración del estudio

De acuerdo con el cronograma anexo, el estudio se llevó a cabo a lo largo de seis meses, incluyendo desde la planeación del estudio hasta la elaboración del presente reporte de investigación.

4.8.3. Cálculo de la muestra

La muestra fue de tipo no probabilístico, ya que los sujetos participaron en el estudio de manera voluntaria, previo consentimiento personal y de sus padres o tutores. Considerando las características del taller, se consideró una participación mínima de 15 y máxima de 20 sujetos.

4.8.4. Descripción de la población

Estudiantes de una escuela preparatoria de nivel medio superior, ubicada en la Delegación Gustavo A. Madero de la Ciudad de México.

4.8.5. Criterios de inclusión

- Hombres o mujeres que estudien el 4° año del nivel medio superior
- Edades entre 15 y 16 años
- Que participen de manera voluntaria
- Que los estudiantes y sus padres firmen la Carta de Consentimiento Informado

4.8.6. Criterios de exclusión

- Que el estudiante no acuda por su propia voluntad
- Que sus padres no firmen la Carta de Consentimiento Informado

4.8.7. Criterios de eliminación

- Que el estudiante decida abandonar el estudio
- Que el estudiante no respete las reglas del encuadre de trabajo

4.8.8. Procedimientos de reclutamiento

- a) Se informará del proyecto en cada grupo del 4° año de la escuela
- b) Se recibirán solicitudes de alumnas y alumnos en el Servicio Médico de la escuela
- c) Se citara a los padres del alumno para formalizar su participación en el proyecto

4.9. Definición de variables de estudio

- Edad
- Sexo
- Nivel de conocimientos antes y después del taller
- Nivel de percepción de riesgo antes y después del taller

4.10. Instrumentos

- Cuestionario de conocimientos
- Rotafolio: Mitos y Realidades de la Mariguana.

4.11. Procedimiento

Derivado de la presentación de la propuesta del Taller para la Prevención del Consumo de Marihuana en Estudiantes del Nivel Medio Superior, dirigida a las autoridades de la Esc. Benjamín Franklin, durante la cual se explicaron la fecha de inicio y terminación, la duración, horario, los objetivos, metodología y requerimientos de logística, se procedió a convocar a los padres de familia y alumnos de los 4º años para informar e invitar a participar en el mencionado taller.

En este sentido se llevó a cabo la sesión con los padres de familia en dos bloques, con la misma presentación del taller que se hizo a las autoridades de la escuela, además de solicitar su autorización mediante el consentimiento informado una vez integrado el grupo de alumnos participantes.

En el caso de los alumnos se acudió a las aulas e invitó a participar en el taller; se comentaron los objetivos, metodología, horario, duración. También se aclaró que la participación era voluntaria y podrían retirarse del grupo en caso de no desear continuar en el mismo.

El taller dió inició en la fecha convenida, fuera del horario escolar y con la participación de 15 jóvenes, quienes presentaron el consentimiento firmado por sus padres.

Así, con base a la carta descriptiva se llevaron a cabo las actividades programadas en tiempo y forma con la presentación de la instructora, del grupo y la evaluación inicial, para dar lugar posteriormente a los temas señalados.

En cada uno de los días de actividad destacó la asistencia de los jóvenes, la disposición a permanecer y participar con el grupo, expresar sus opiniones y favorecer un ambiente relajado que permitió la apertura para conocer sus experiencias, conocimientos y dudas al respecto del consumo de la marihuana, los cuales se trataron durante la revisión de los temas.

No obstante, temas como la legalidad de la marihuana, los daños a la salud, el proceso de adicción y dependencia dieron lugar a considerar la posibilidad de disponer más tiempo para su revisión.

Con relación a las habilidades para la vida, los jóvenes manifestaron identificar la asertividad para rechazar el inicio del consumo de marihuana, sin embargo reconocieron que necesitan fortalecer la forma de cómo aplicarla de manera firme ante el ofrecimiento de marihuana y otras drogas.

Al término del taller se aplicó la evaluación final, y se dio oportunidad al grupo de expresar sus opiniones al respecto del taller en general.

Derivado de ello, se comentó sobre la posibilidad de ampliar el horario para la revisión más amplia de algunos temas.

Asimismo, la oportunidad de invitar a algunos profesores de las áreas afines para que conocieran la presentación y dinámicas grupales realizadas en el taller y con ello favorecer la revisión de este tema y otros relacionados con las adicciones.

Una gran ventaja en el desarrollo del taller, se relaciona con el hecho de que los jóvenes y la instructora se tratan cotidianamente en el servicio médico escolar, lo cual facilitó la interacción continua y participación a lo largo del mismo.

También lo es el hecho de que al ser un grupo pequeño, las actividades planteadas se realizaron en forma ordenada y las opiniones y necesidades de los participantes fueron atendidas a tiempo.

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

5.1. Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo e inferencial de los datos con el programa SPSS v.22 para Mac. **El análisis descriptivo consistió en identificar media, desviación estándar (DE) y rango para variables cuantitativas, y en frecuencia y porcentajes para variables cualitativas.** Para evaluar diferencias en el número de respuestas correctas y en la calificación pre-taller y post-taller se utilizó la prueba t de medidas repetidas.

Se impartió el taller de prevención del consumo de mariguana a un grupo de 15 estudiantes de 4º semestre de una escuela de nivel medio superior. De estos, el 53.3% fueron del sexo femenino y el 46.7% del sexo masculino (Figura 1).

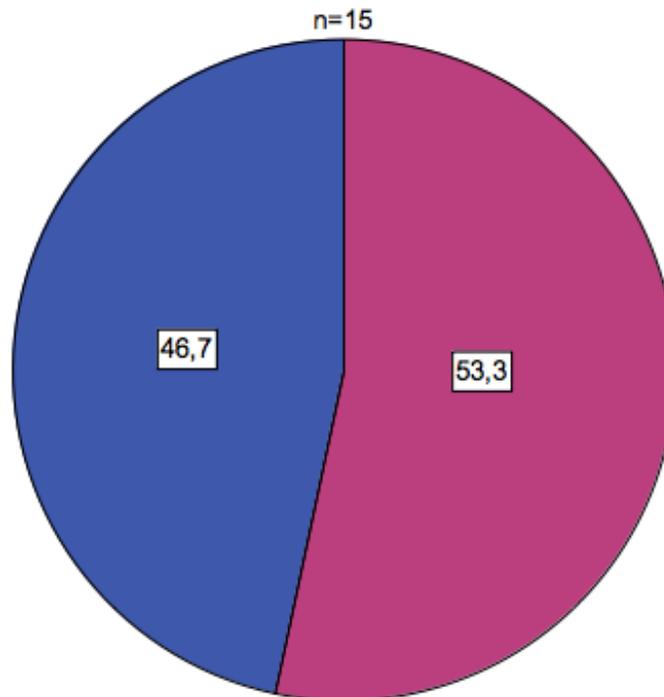


Figura 1. Participantes del taller de prevención de consumo de mariguana por género.

De los participantes en el taller, el 93.3% vive con sus padres actualmente, el 80% tiene beca escolar, el 13.3% trabaja y el 86.7% cursa por primera vez el 4º semestre de la preparatoria (Figura 2).

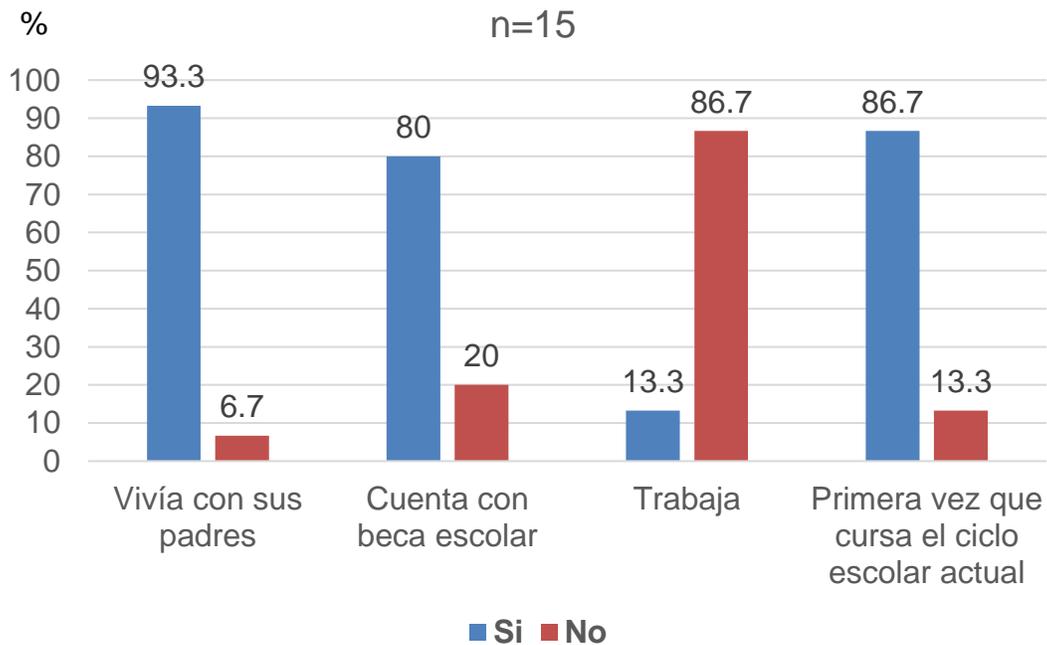


Figura 2. Características laborales y escolares de los participantes en el taller de prevención del consumo de marihuana.

Evaluación Pre-Post

Antes de la intervención el 13.3% de los alumnos pensaba que la marihuana es una droga legal, después de la intervención solo el 6.7% consideraba que era una droga legal (Figura 3).

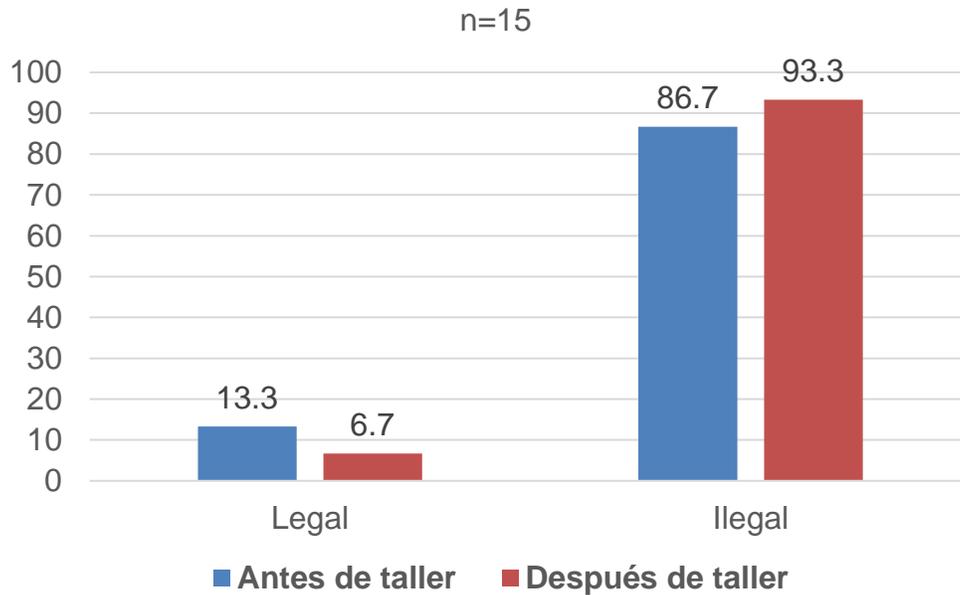


Figura 3. Respuesta a la P1 antes y después de la intervención (P1. ¿La marihuana es una droga?).

El 20% de los alumnos antes del taller y el 6.7% después del taller respondieron que la marihuana deprime el Sistema Nervioso Central (SNC). El 40% antes y el 86.7% después del taller contestaron que la marihuana estimulaba y deprimía el SNC. El 13.3% antes y el 0% después del taller contestaron que la marihuana estimulaba el SNC; mientras que el 26.7% de los alumnos antes del taller y el 6.7% después del taller contestaron que la marihuana bloqueaba el SNC (Figura 4)

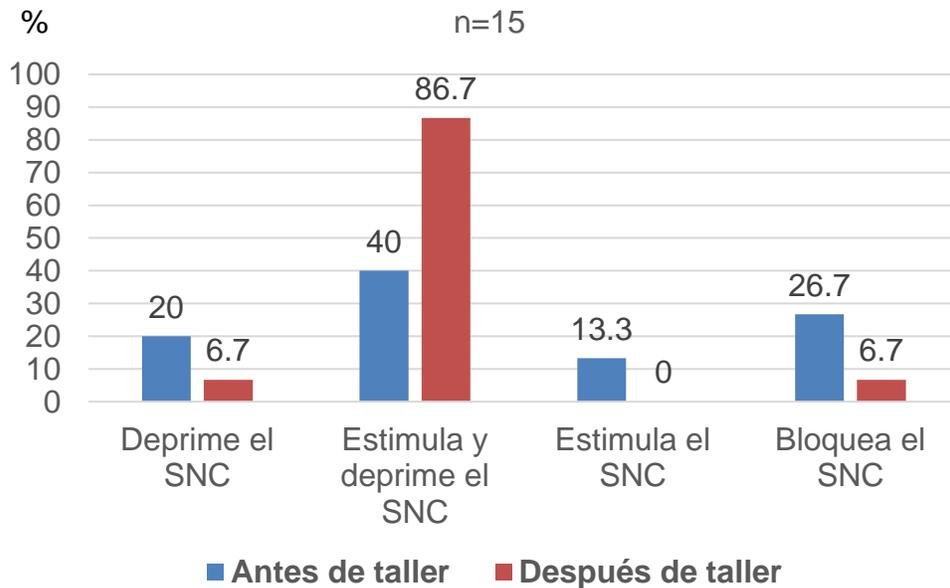


Figura 4. Respuesta a la P2 antes y después de la intervención (P2. ¿ Los efectos que produce el consumo de marihuana son?).

Antes de la intervención el 6.7% de los pacientes contestaron que la marihuana no genera daños a la salud, el 20% que la marihuana es medicinal y el 73.3% que fumar marihuana generaba daños a la salud. Después de la intervención, el 6.7% contestaron que la marihuana no generaba daños a la salud y el 93.3% que generaba daños a la salud (Figura 5).

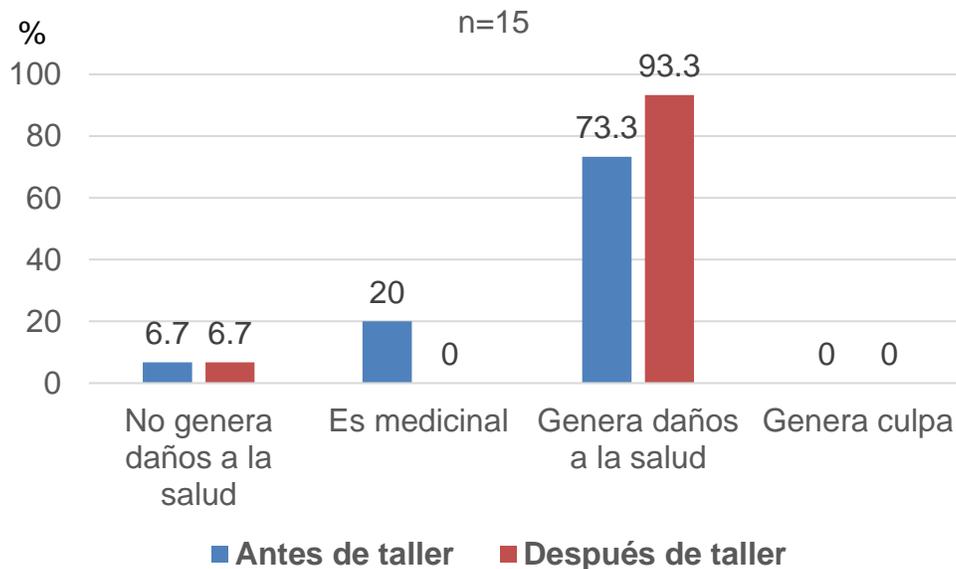


Figura 5. Respuesta a la P3 antes y después de la intervención (P3. Fumar marihuana).

Antes de la intervención el 86.7% de los alumnos respondieron que la marihuana causa deterioro de la memoria y el 13.3% que produce pérdida de la vista. Después de la intervención el 100% contestó que la marihuana causa deterioro de la memoria (Figura 6).

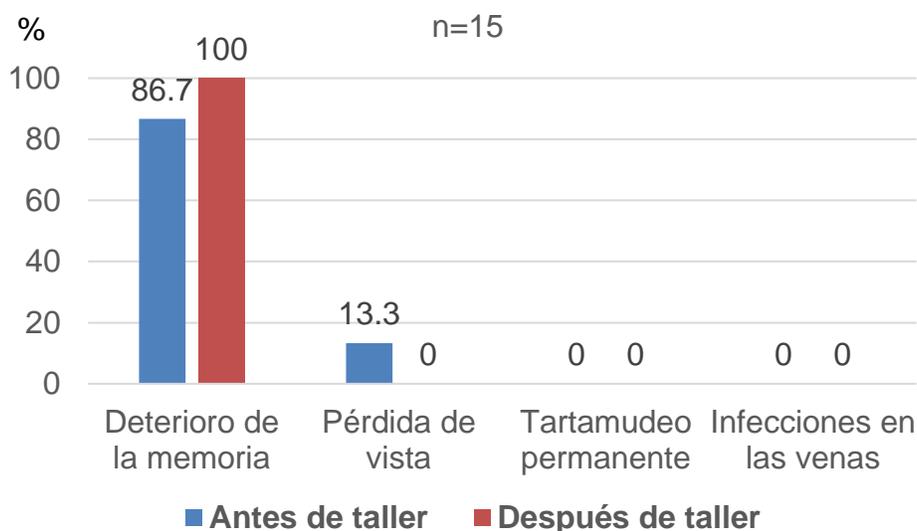


Figura 6. Respuesta a la P4 antes y después de la intervención (P4. Es uno de los daños que causa la marihuana).

Antes del taller el 80 % de los alumnos respondió que convivir con amigos que fuman marihuana se asocia al consumo de marihuana. Después de la intervención el 100% contestó que convivir con amigos que fuman marihuana se asocia al consumo de marihuana (Figura 7).

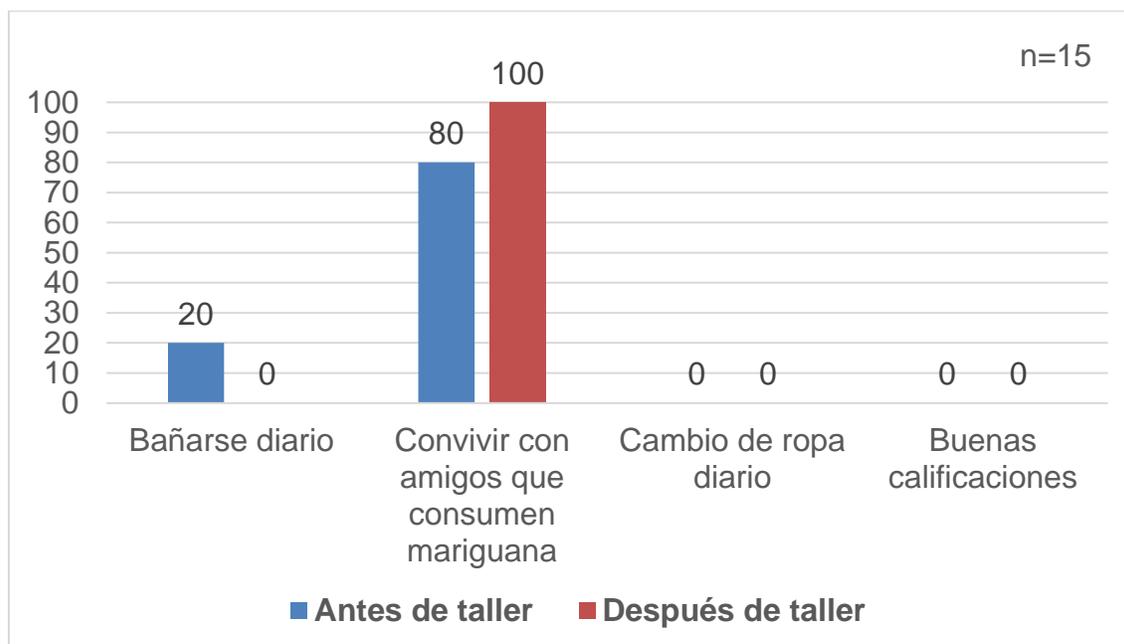


Figura 7. Respuesta a la P5 antes y después de la intervención (P5. Es uno de los factores que se asocian con el consumo de marihuana).

Antes del taller, el 26.7% consideraron que la indiferencia y el 73.3% que la asertividad eran habilidades para responder efectivamente ante el ofrecimiento del consumo de marihuana. Después del taller, el 100% contestó que la asertividad era una habilidad para responder efectivamente ante el ofrecimiento del consumo de marihuana (Figura 8).

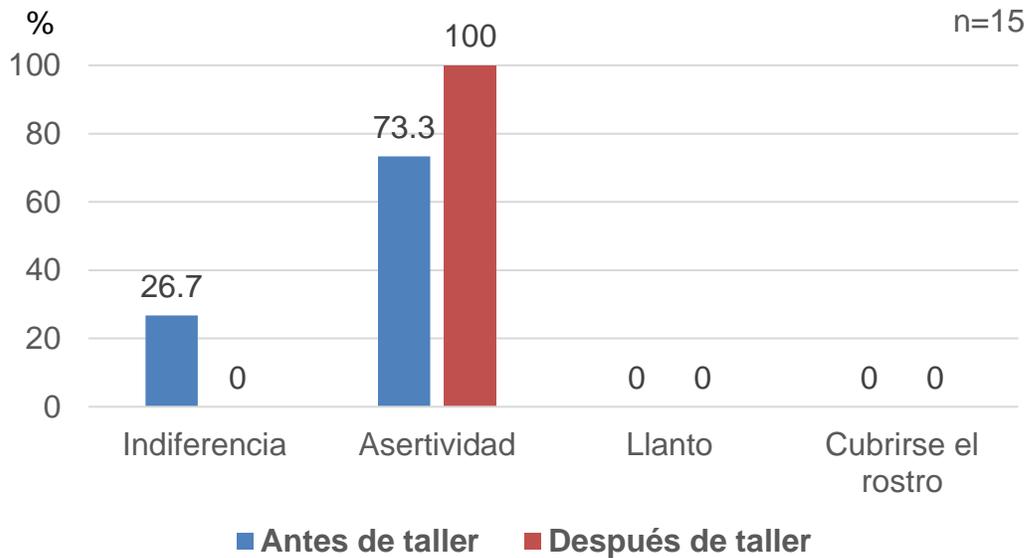


Figura 8. Respuesta a la P6 antes y después de la intervención (P6. Es una habilidad que permite responder efectivamente ante el ofrecimiento del consumo de marihuana).

Tanto antes como después de la intervención, el 100% de los alumnos contestaron que la marihuana tiene efectos medicinales (Figura 9).

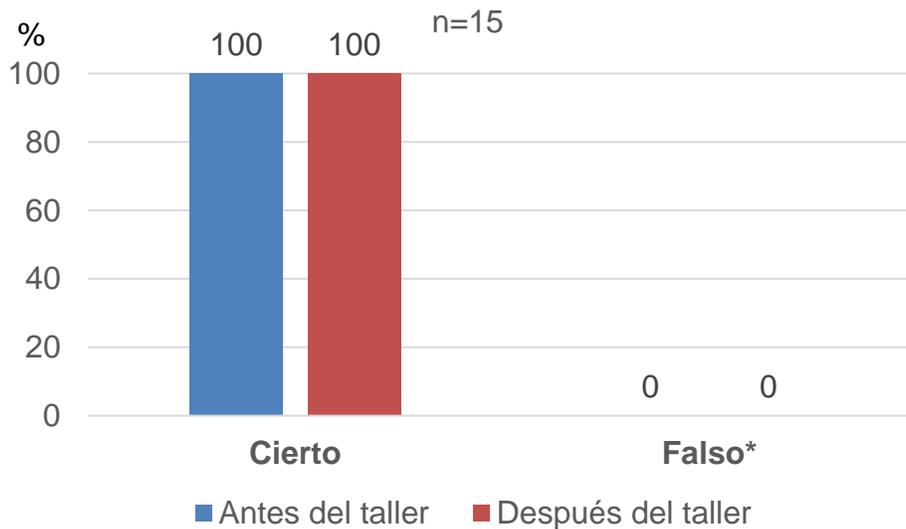


Figura 9. Respuesta a la P7 antes y después de la intervención (P7. ¿La marihuana tiene efectos medicinales?).

Antes de la intervención en 26.7 % de los alumnos consideraban que todas las

personas que consumen marihuana son adictas y el 73.3% que no. Después de la intervención el 66.7% contestó que no todas las personas que consumen marihuana son adictas y el 33.3% que si (Figura 10).

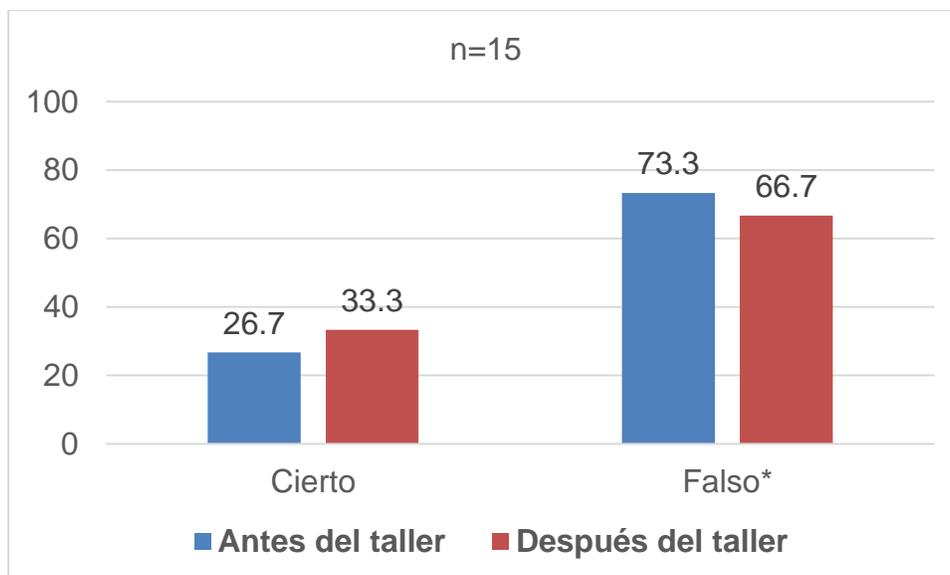


Figura 10. Respuesta a la P8 antes y después de la intervención (P8. ¿Todos las personas que consumen marihuana son adictos?).

Antes de la intervención el 100.0 % de los alumnos consideraban que los jóvenes que consumen marihuana y desean recibir atención profesional pueden dejar de consumirla. Después de la intervención el 93.3% contestó que los jóvenes que consumen marihuana y desean recibir atención profesional pueden dejar de consumirla y el 6.7% que no (Figura 11).

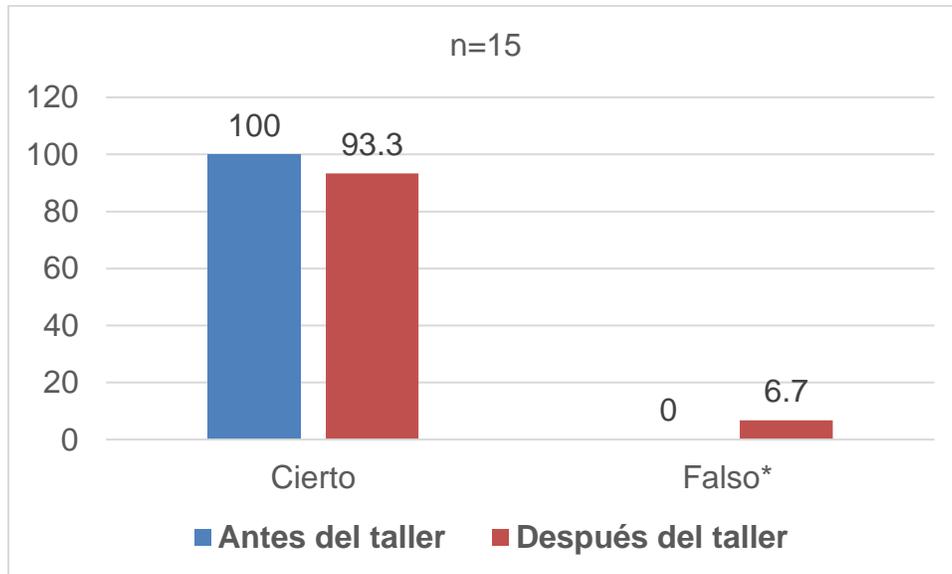


Figura 11. Respuesta a la P9 antes y después de la intervención (P9. ¿Los(s) jóvenes que consumen marihuana y desean recibir atención profesional pueden dejar de consumirla?).

Antes y después de la intervención el 100.0 % de los alumnos contestó que los CAPAS son lugares donde profesionales brindan atención a quien tiene problemas por consumo de marihuana. (Figura 12).

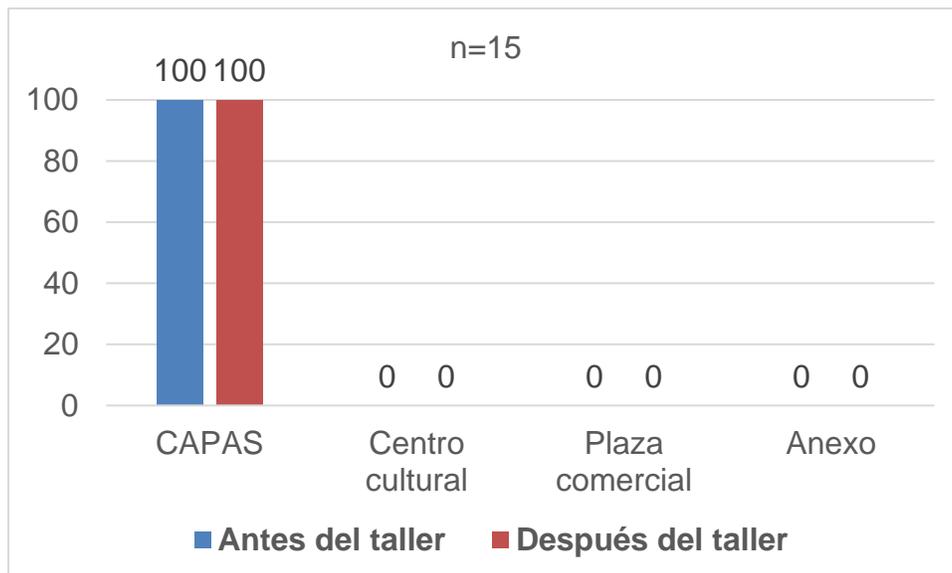


Figura 12. Respuesta a la P10 antes y después de la intervención (P10. ¿Son lugares donde profesionales brindan atención a quien tiene problemas por consumo de marihuana?).

El promedio de respuestas correctas antes de la intervención fue 7.3 ± 1.1 y después de la intervención de 9.1 ± 1.3 ($p=0.002$, t de medidas repetidas), Figura 13.

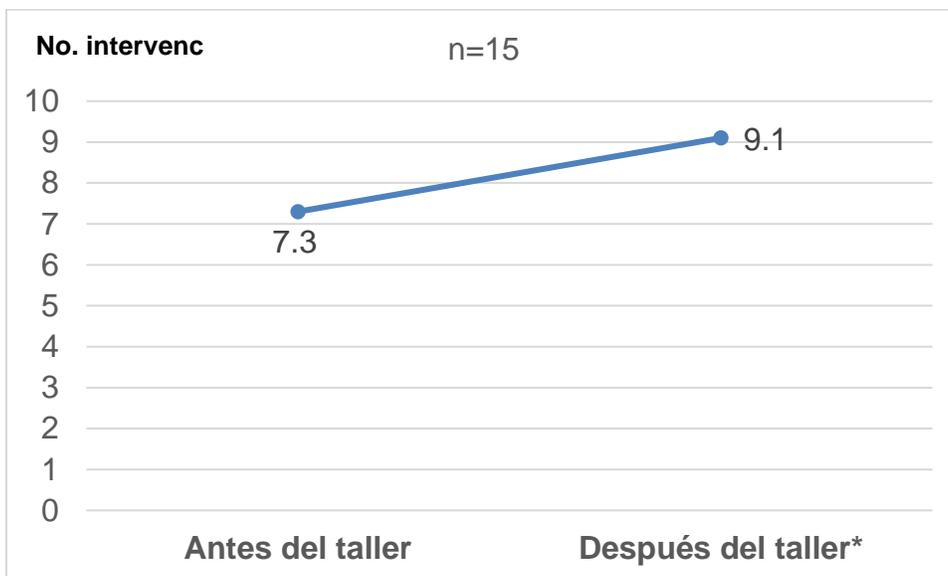


Figura 13. Número promedio de respuestas correctas antes y después del taller (* $p=0.002$ t de medidas repetidas).

El promedio de calificación (según respuestas correctas) antes de la intervención fue 72.7 ± 11.0 y después de la intervención de 90.7 ± 12.8 ($p=0.002$, t de medidas repetidas), Figura 14.

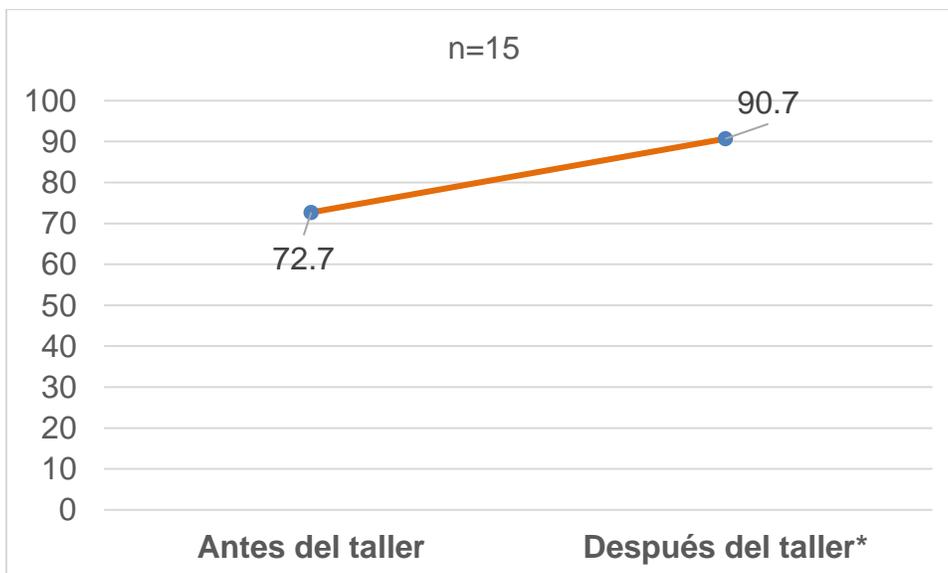


Figura 14. Calificación promedio antes del taller y después del taller (* $p=0.002$, t de medidas repetidas), Figura 14.

Se evaluó la percepción de los participantes sobre tres aspectos:

- i) En tu opinión, ¿fumar marihuana una vez en la vida es?(pregunta 1)
- ii) En tu opinión, ¿qué opinas sobre el hecho de que las personas jóvenes consuman marihuana? (pregunta 2)
- iii) En tu opinión, ¿consideras que manejar un automóvil ó maquinaria bajo los efectos de la marihuana es? (pregunta 3), Figura 15.

La opinión de los participantes sobre el peligro que representan fumar marihuana una vez en la vida, el peligro que conlleva que personas jóvenes consuman marihuana y el peligro de manejar un automóvil o maquinaria bajo los efectos de la marihuana, cambió tras la intervención; se incrementó la proporción de sujetos que percibían como muy peligroso el consumo de marihuana y se redujo el porcentaje de sujetos que percibían como poco peligroso el consumo de marihuana (Figura 15).

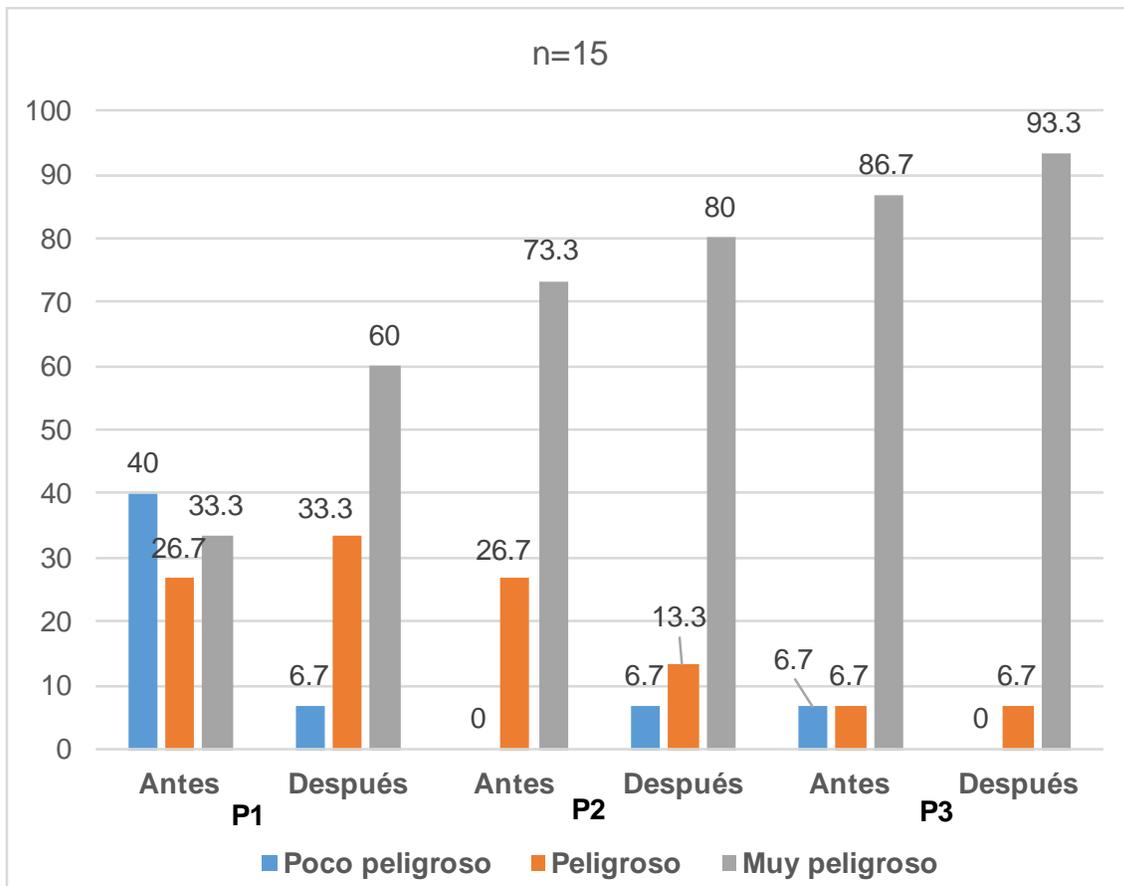


Figura 15. Percepción del r que representa fumar mariguana a edad joven, fumar una vez en la vida y manejar automóvil o maquinaria bajo los efectos de la sustancia, antes y después de la intervención (P1= pregunta 1; P2= pregunta 2; P3).

5.2. Ética y confidencialidad

El presente estudio se apegó a los principios éticos de la Asamblea Médica Mundial establecidos en la Declaración de Helsinki, Finlandia en 1964 y a las modificaciones hechas por la misma asamblea en Tokio, Japón en 1975 en donde se incluyó la investigación médica.

También el presente estudio se apegó al Reglamento de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, la cual establece en su artículo 17, que de acuerdo a la naturaleza del estudio es clasificado como sin riesgo.

Se requirió de firma de carta de consentimiento informado por parte del alumno (a) y sus padres para participar. La información obtenida se utilizó solo con fines de investigación sin ser transferida a terceros, guardando la confidencialidad de los datos de los participantes.

5.3. Discusión y conclusiones

La propuesta de integrar un grupo de jóvenes en el Taller para la Prevención del consumo de Marihuana en Estudiantes del Nivel Medio Superior, en el cual se reflexiona sobre los Mitos y Realidades de la marihuana, significó tratar un tema de actualidad dentro y fuera de la escuela.

El taller permitió conocer algunas las características más representativas acerca de la sustancia, sus cualidades, los efectos y daños a la salud, etc. Además, permitió observar entre los jóvenes el lenguaje común y la forma en que se transmite el decir popular, las expectativas hacia el consumo y pocas veces sus expectativas hacían el tema de la adicción a la marihuana.

Entre hombres y mujeres surgieron los nombres populares, las dosis, las formas de consumo, los costos, los temores o inquietudes por el consumo de otros compañeros, en realidad lo común que parece que es hablar de marihuana en la escuela.

Mostrar las cualidades de carácter botánico, las formas de distribución en el cuerpo posterior al consumo, los efectos en el corto y largo plazo en la salud del adolescente, la dinámica de la adicción y dependencia, favorece desmitificar a la marihuana.

La percepción acerca de la sustancia, los ejemplos y las mismas aportaciones del grupo promueve identificar las herramientas personales para prevenir el consumo de la marihuana o cualquier otra droga. Asimismo, en caso de quienes ya la consumen, se abre la posibilidad de solicitar atención profesional en los centros de atención primaria.

Así la percepción de los jóvenes en cuanto a la marihuana como una sustancia legal inicialmente fue de 13.3%, al final esta percepción solo fue de 6.7%. Al término del taller el 93% describió que la marihuana es ilegal.

Con relación al efecto de la marihuana en el Sistema Nervioso Central (SNC), se observó que el 20% de los alumnos respondieron que la marihuana deprimía el SNC, posterior al taller el 86.7% contestaron que la marihuana estimulaba y deprimía el SNC.

El conocimiento inicial en cuanto a los efectos que produce el consumo de marihuana antes de la intervención, el 6.7% respondió que no generaba daños a la salud; posterior al taller se observa que 93.3% opina que la marihuana genera daños a la salud.

Acercas de uno de los daños de la marihuana, antes del taller, el 86.7% de los alumnos respondieron que la marihuana causaba deterioro de la memoria; posterior al mismo, el 100% contestó que la marihuana causaba deterioro de la memoria.

Al mencionar uno de los factores que se asocian con el consumo de marihuana, antes del taller, el 80% de los alumnos refieren que convivir con amigos que fuman marihuana se asocia al consumo de marihuana; posterior a la intervención 100% contestó que la convivencia con amigos es un factor de riesgo para el consumo de marihuana.

En el rubro de las habilidades para la vida, se observó que antes del taller el 73.3% considera que la asertividad es una habilidad para responder efectivamente ante el ofrecimiento del consumo de marihuana. Después del taller, el 100% contestó que la asertividad es una habilidad para responder efectivamente ante el ofrecimiento del consumo de marihuana.

El conocimiento acerca de los efectos medicinales de la marihuana, se mantuvo en 100% antes y después del taller. En relación a la pregunta de si las personas que consumen marihuana son adictas, antes del taller el 73.3% consideraba que no; posterior al taller se observa que el 66.7% considera que las personas que consumen marihuana son adictas.

Considerar que los jóvenes que consumen marihuana y desean recibir atención profesional, puedan dejar de consumirla, antes del taller el 100% lo consideraba así, posterior al taller el 93.3% lo consideraba así.

Finalmente, la opinión de los jóvenes sobre el peligro que representan fumar marihuana una vez en la vida, el peligro que conlleva que personas jóvenes consuman marihuana y el peligro de manejar un automóvil o maquinaria bajo los efectos de la marihuana, cambió tras la intervención; se incrementó la proporción de jóvenes que percibían como muy peligroso el consumo de marihuana y se redujo el porcentaje de jóvenes que percibían como poco peligroso el consumo de marihuana.

Las cifras anotadas reflejan cambios sustanciales en relación al planteamiento inicial, se observa también la validez de una breve intervención que propicie la reflexión de los mitos y realidades acerca del consumo de marihuana; más aún la interacción entre los participantes favorece la apertura al diálogo en cuanto a la

manera de responder habitualmente a la oferta para el inicio del consumo de marihuana.

No obstante, apenas es una breve oportunidad de tratar el tema de la prevención del consumo de marihuana en la escuela, ya que surgen inquietudes entre los jóvenes en cuanto a la posibilidad de continuar este taller durante el ciclo escolar, para interactuar entre los diferentes grupos y la dinámica de apertura exclusiva con un instructor que pueda aclarar las preguntas más comunes en un espacio exclusivo para ello.

5.4. Aportaciones y limitaciones

Se consideran las siguientes aportaciones:

- La integración del Taller de Prevención del Consumo de Marihuana para Estudiantes del Nivel Medio Superior, en la escuela preparatoria Benjamín Franklin constituye una aportación en sí misma, debido a que no se había contemplado alguna actividad académica específica para la revisión del tema de prevención del consumo de marihuana.
- Brinda una opción para la homologación y sistematización de acciones de prevención al interior de la escuela mismas que fortalecen otras actividades ya realizadas.

Con relación a las limitaciones:

- Se considera necesario hacer la difusión del Taller con mayor tiempo de antelación, para favorecer la participación del mayor número de alumnos.
- El grupo se conformó solo por 15 alumnos, lo cual representa una muestra muy pequeña en relación con la matrícula escolar que es de aproximadamente 800 alumnos.
- Debido a la premura para la realización del Taller no fue posible informar a los profesores de las materias afines y con ello promover la posibilidad de fortalecer la revisión de información con relación al tema de la prevención del consumo de la marihuana.
- Con la finalidad de incluir otros elementos al taller, por ejemplo, la formación en habilidades para la vida, se sugiere la ampliación del tiempo del taller.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abanades, S., Cabrero-Castel, A., Fiz, F., Farré, M. (2005). Farmacología clínica del cannabis. *Dolor*, 20, 187-98.
- Araos, P., Calado, M., Vergara-Moragues, E., Pedraz, M., Pavón, F.J., Rodríguez de Fonseca, F. (2014). Adicción a cannabis: bases neurobiológicas y consecuencias médicas. *Rev Espan Drogodepend*, 39(1), 9-29.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavior Change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Becoña, E. (2002). *Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias*. Universidad de Santiago de Compostela. Madrid, España: Editorial Ministerio del Interior de España.
- Boggs, W. (2015). *Dabbing: una nueva forma de consumo de la marihuana potencialmente peligroso*. Scientific American Español. Boletín en línea. [citado 11 Noviembre 2015]. Recuperado de: http://www.scientificamerican.com/espanol/noticias/reuters/dabbing-una-nueva-forma-de-consumo-de-la-marihuana-potencialmente-peligroso/2015-06-17T200555Z_1613117672_L1N0Z32AH_RTRMADT_0_SALUD-MARIHUANA.XML
- Brotherhood, A., Sumnall, H.R. (2013). Estándares europeos de calidad en prevención de drogas. Guía breve, 2013. Lisboa, Portugal. Recuperado el 24 de octubre de 2015 de: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_220566_ES_Est%C3%A1ndares%20prevenci%C3%B3n%20OEDT%20ES%2024.07.2014.pdf
- Centros de Integración Juvenil, A.C. (2015). Prevención de adicciones en educación media superior. Recuperado de: <http://www.intranet.cij.gob.mx/archivos/pdf/jornadasep/prevencionmediasuperior.pdf>
- CICAD (2015). *Informe del Uso de Drogas en las Américas 2015*. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, Organización de Estados Americanos. Washington, DC. Recuperado el 24 de octubre de 2015 de: www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=3209
- Código Civil Federal [Código]. (2013). Legislación. Diario oficial de la Federación 24-12-2013.
- Código Penal Federal [Código]. (2009) Legislación. Diario oficial de la Federación 23-01-2009.

- Comisión Nacional contra las Adicciones (2016). *Análisis del consumo de sustancias en México, Informe Ejecutivo, 2015*. México, Secretaría de Salud. Recuperado de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/informe_mariguana.pdf
- Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) (2015). *Programa de Acción Específico: Prevención y Atención Integral de las Adicciones 2013-2018*. Secretaría de Salud, México. Recuperado de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/PAE_2015.pdf
- Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) (2007). *Habilidades para la vida. Guía práctica y sencilla para el Promotor Nueva Vida*. Secretaría de Salud. México D.F.: Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/nvhabilidades_guiapractica.pdf
- Del Bosque, J., Fernández, C., Sánchez Huesca, R., Díaz, D. B., Gutiérrez López, A. D., Fuentes Mairena, A., et al. (2013). El problema del consumo de cannabis: el papel del Sector Salud. *Salud Mental*. 36 (2): 149-158.
- Diario Oficial de la Federación (2015). Ley General de Salud. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 2015. Texto vigente. Última reforma publicada DOF 12-11-2015. En: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_121115.pdf
- Diario Oficial de la Federación (2016). Código Penal Federal. Nuevo Código Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de agosto de 1931. Texto vigente. Última reforma publicada DOF 12-01-2016 Recuperado de: www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/9_120116.pdf
- Diario Oficial de la Federación (2016 bis). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Constitución publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917. Texto vigente. Última reforma publicada DOF 27-01-2016 En: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/htm/1.htm>
- Díaz Negrete, B., García-Aurrecochea, R. (2008). Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. *Rev. Panam Salud Pub.* 24 (4):223-32.
- Espada, J.P., Méndez X., Griffin, K.W., Botvin, B. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*. 23(84): 9-17.
- Evans, R. (1998). A Historical Perspective on Effective Prevention. En Bukoski, W. y Evans, R. (1998). *Cost-Benefit/CostEffectiveness Research of Drug Abuse Prevention: Implications for Programming and Policy*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

- Graña Gómez, J. L. y Muñoz Rivas, M. J. (2000). Factores de riesgo relacionados con la influencia del grupo de iguales para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicol Conductual*. 8(1):19-32.
- Gutiérrez López, M.L., Villatoro Velázquez, J.A. (2011). Desarrollo de habilidades sociales en la escuela: experiencia de una estrategia de prevención. *Rev Iberoamericana*. Xx(xx): 34-39.
- Hawkins, J.D., Catalano, R. F., Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychol Bull*. Jul;112(1):64-105.
- Instituto Mexicano de la Juventud (2008). *Encuesta Nacional de Violencia en las Relaciones de Noviazgo 2007*. México D.F.: Secretaría de Educación Pública. Recuperado de http://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/ENVINOV_2007_-_Resultados_Generales_2008.pdf
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Comisión Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud (2015). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Drogas, 2015. México, D.F.: Secretaría de Salud. Recuperado el 20 de enero de 2016 de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/investigacion/ENCODE_DROGAS_2014.pdf
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas*. México, D.F.: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz / Secretaría de Salud. Recuperado el 24 de octubre de 2015 de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf
- Laespada, T., Iraurgi, L., y Aróstegi, E. (2004). *Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV*. Madrid, España: Universidad de Deusto. Recuperado de: http://www.izenpe.com/s154812/es/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_inf_txostena/es_9033/adjuntos/informe_txostena14.pdf
- Ley Federal de Justicia para Adolescentes. s.v. Diario oficial de la Federación 24-12-2014.
- Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, s.v. Diario oficial de la Federación 12-11-2015.

- Maldonado, R., Valverde, O., Berrendero, F. (2006). Involvement of the endocannabinoid system in drug addiction. *Trends in Neurosciences*. 29 (4): 225-32.
- Maldonado, R. & Rodriguez de Fonseca, F. (2002). Cannabinoid addiction: behavioral models and neural correlates. *J Neurosci*. 22 (9): 3326-3321.
- Millman, R. B., y Botvin, G. J. (1992). Substance use, abuse, and dependence. En Levine M., Carey, N.B., Crocker A.C., Gross R.T. (Eds.) *Developmental behavioral pediatrics*. 2nd. ed. Nueva York: Saunders.
- Ministerio de la Protección Social (2008). Guías para el manejo de urgencias toxicológicas. Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional de Colombia.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2015). *The science of Drug Abuse & Addiction, 2010*. Maryland, US.: National Institutes of Health & US Department of Health and Human Services. Recuperado de internet en https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/mj_rr_sp_9_2015.pdf.
- Navarro, M., Rodríguez de Fonseca, F., (2000). *Cannabinoides y conducta adictiva*. *Adicciones (online)*. 12(Suppl 2): 97-108.
- Nezahualcoyotzi-Piedra, C., Muñoz-Arenas, G., Martínez-García, I., Florán-Garduño, F., Limón-Pérez de León, I. (2009). *La marihuana y el sistema endocabinoide: De sus efectos recreativos a la terapéutica*. *Rev Biomed*, 20:128-153.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2010). *Métodos recomendados para la identificación y el análisis del cannabis y los productos del cannabis. Manual para uso de Laboratorios Nacionales de Estupefacientes, 2010*. Nueva York, U.S.: Organización de las Naciones Unidas. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/scientific/Cannabis_manual-Sp.pdf
- Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD). (2013). *Estándares Internacionales de la Prevención del Uso de Drogas Serie: Materiales para la reflexión sobre políticas públicas en materia de adicciones*. "International Standardson Drug Use Prevention".
- Oficina de Política Nacional para el Control de Drogas de Estados Unidos (ONDCP) (2005). Lo que hay que saber acerca de la Marihuana. *Rev Toxicom*. 45: 3-10.
- Organización Panamericana de la Salud (2001). Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. Washington, U.S. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de

http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Enfoque%20de%20Habilidades%20para%20la%20vida%20OPS_0.pdf

- Pollar, J.A., Catalano, R.F., Hawkins, J.D., Arthur, M.W. (1997). Development of a school based survey measuring risk and protective factors predictive of substance abuse, delinquency, and other problema behaviors in adolescent populations. Manuscrito pendiente de publicación.
- Recio Adrados, J.L. (1999). Familia y escuela: Agencias preventivas de colaboración. *Adicciones*. 11 (3), 201- 207.
- Reséndiz Rojas, B. E. (2015). Informe de Actividades en Prevención de Adicciones, 2014-2015. Escuela Benjamín Franklin. México, D.F. (documento interno).
- Rodríguez de Fonseca, F., Carrera, M. R., Navarro, M., Koob, G. F., Weiss, F. (1997). Activation of corticotropin-releasing factor in the limbic system during cannabinoid withdrawal. *Science*, 276, 2050-4.
- Rodríguez, R. (2012). Los productos de Cannabis sativa: situación actual y perspectivas en medicina. *Salud Ment.* 35(3): 247-256.
- Ruiz Carrasco, P., Lozano Sanmartín, E., Polaino Lorente, A. (1994). Variables personales, familiares y patrones de consumo de alcohol y drogas ilegales en el adolescente. *Anales de Psiquiatría*. 10 (04), 29-36.
- Secretaría de Educación Pública, Subsecretaría de Educación Media Superior Organizaciones de la Sociedad Civil, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (2007). *Programa Construye T en escuelas de nivel medio superior, para el desarrollo de proyectos de vida y prevención de riesgos en adolescentes*. México, Subsecretaría de Educación Media Superior (SEMS) [citado el 11 Noviembre 2015]. Recuperado de: <http://www.construyet.org.mx/>
- Subsecretaría de Educación Media Superior (SEMS). (2014). *Construye-T*. México. Secretaría de Educación Pública; [citado el 11 Noviembre 2015]. Recuperado de: <http://www.construye-t.org.mx/>
- Slaby, R., Rodell, W., Arezzo, D., Hendriz, K. (1995). Early Violence Prevention: Tools for Teachers and Young Children. National Association for the Education of Young Children.
- Sperlágha, B., Windischa, K., Andóá, R.D. & Vizia, E.S. (2009). Neurochemical evidence that stimulation of CB1 cannabinoid receptors on GABAergic nerve terminals activates the dopaminergic reward system by increasing dopaminerelease in the rat nucleus accumbens. *Neurochemistry Intern.* 54 (7): 452–7.

- Tamosiunas, G., Pagano, E. y Artagaveytia, P. (2013). Una introducción al perfil farmacológico y terapéutico de la marihuana. *Arch Med Int.* 35(3):113-116.
- Tapia Conyer, R. (Comp.) (1998). *El consumo de las drogas en México. Diagnóstico, tendencias y acciones. 1998.* México, D.F.: Secretaría de Salud. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/CDM.htm>
- Tyler, F. y cols. (1991). "The Ecology and Psychosocial Competence." In: *Ethnic Validity, Ecology and Psychotherapy: A Psychosocial Competence Model.* Nueva York: Plenum Press.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2013). *International Standards on Drug Use Prevention.* New York (NY): United Nations.. Recuperado el 24 de octubre de 2015 de: <https://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>.
- Villatoro, J., Moreno, M., Oliva, N., Fregoso, d., M., Fleiz, C., Mujica, R. Mendoza, MA., López, MA y Medina –Mora, ME. *Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas en la Ciudad de México. Medición 2012* (2013): México, D. F.: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Instituto para la Atención y la Prevención de las Adicciones, Administración Federal de los Servicios Educativos para el Distrito Federal. Recuperado el 24 de octubre de 2015 de: <http://www.iapa.df.gob.mx/wb/iapad/estadisticas2012>
- Villatoro Velázquez, J.A., Medina Mora, I., Fleiz Bautista, C., Juárez García, F., Berenzon Gorn, S., y López Lugo, E.K. (1996). Factores que predicen el consumo de drogas en los estudiantes de enseñanza media y media superior de México. Capítulo: Salud y Sociedad. *La Psicología Social en México*, VI:569-574.

APÉNDICES

APÉNDICE 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2016

SECCIÓN A DESARROLLAR	ENERO	FEBRERO	MARZO
INTRODUCCIÓN			4
CAPÍTULO 1. EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE MARIGUANA EN JÓVENES	22		
1.1. Consumo de marihuana en la Región de las Américas 1.2. Consumo de marihuana en México 1.3. Consumo de marihuana en población estudiantil			
CAPÍTULO 2. GENERALIDADES SOBRE EL CONSUMO DE MARIGUANA	29		
2.1. Características farmacocinéticas y farmacológicas de la marihuana 2.2. Factores de riesgo y protección asociados al consumo de marihuana 2.3. Daños a la salud por consumo de marihuana 2.4. Legislación sobre la disponibilidad de marihuana en México			
CAPÍTULO 3. ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE MARIGUANA EN JÓVENES		5	
3.1. Estándares internacionales globales 3.2. Programas de entrenamiento en habilidades para la vida 3.3. Estándares europeos de calidad en prevención de drogas 3.4. Estrategias aplicadas en México para la prevención del consumo de drogas en estudiantes			
CAPÍTULO 4. PLANEACIÓN DEL ESTUDIO		5	

SECCIÓN A DESARROLLAR	ENERO	FEBRERO	MARZO
4.1.Relevancia del estudio 4.2.Planteamiento del problema 4.3.Pregunta de investigación 4.4.Objetivo principal 4.5.Objetivos específicos 4.6.Justificación 4.7.Hipótesis 4.8. Método 4.8.1. Tipo de estudio 4.8.2. Duración del estudio 4.8.3. Cálculo de la muestra 4.8.4. Descripción de la población 4.8.5. Criterios de inclusión 4.8.6. Criterios de exclusión 4.8.7. Criterios de eliminación 4.8.8. Procedimientos de reclutamiento 4.9. Definición de variables de estudio 4.10. Instrumentos 4.11. Ética y confidencialidad			
CAPÍTULO 5. RESULTADOS		26	
5.1. Análisis de datos 5.2. Ética y confidencialidad 5.3. Discusión y conclusiones 5.4. Aportaciones y limitaciones			
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS			4
APÉNDICES			
Apéndice 1.- Cronograma de actividades Apéndice 2.- Carta de Consentimiento Informado Apéndice 3.- Cuestionario de Conocimientos y Percepción de Riesgo de Consumo de Marihuana Apéndice 4.- Carta Descriptiva: del Taller de Prevención del Consumo de Marihuana para Estudiantes del Nivel Medio Superior Apéndice 5.- Diaporama: Mitos y Realidades de la Marihuana		12	
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS			4

APÉNDICE 2. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México D.F. a ____ de febrero del 2016.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El día de hoy he sido informado sobre el desarrollo de un proyecto de investigación avalado por los Centros de Integración Juvenil, A. C., denominado: **Taller para la Formación de Promotores Estudiantiles para la Prevención del Consumo de Marihuana en el Nivel Medio Superior**, que se llevará a cabo durante el actual ciclo escolar en las instalaciones de la Escuela Benjamín Franklin, S.C.

Se me ha informado que el objetivo del proyecto es:

Ofrecer los elementos teórico-prácticos a los participantes, para que realicen acciones de prevención del consumo de marihuana con sus compañeros del plantel, mediante reflexiones dinámicas con base en la presentación sobre "Mitos y Realidades de la marihuana".

También se me ha indicado que para el logro del objetivo señalado, el Taller se llevará a cabo durante 4 sesiones, del 8 al 11 de enero del presente año, de las 13:30 a las 14.30 horas, en una aula destinada específicamente para este fin.

Me han explicado que esta investigación se apega a las disposiciones contenidas en el Título Segundo Capítulo I. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud¹, y que la información que se obtenga tendrá un carácter estrictamente confidencial, así como que los datos serán utilizados únicamente para los fines de la investigación.

También se me ha informado que una vez terminado el Taller, se llevará a cabo una plática con padres y madres de familia, las alumnas y los alumnos participantes, para ofrecer una retroalimentación general.

Es por ello que autorizo que mi hija(o): _____ participe en este proyecto, ya que ella(él) también está de acuerdo en participar.

Nombre y firma del Padre/Madre/Tutor

Firma de la Alumna/Alumno

¹ <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

APÉNDICE 3. CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS

Taller de Prevención del Consumo de Marihuana en Estudiantes del Nivel Medio Superior

Cuestionario de Conocimientos

(Pretest)-(Postest)

Nombre:					
Edad:	¿Actualmente vives con tus padres?		¿Cuentas con beca escolar		¿Es la primera vez que cursas este ciclo escolar?
Sexo:			¿Trabajas?		

Instrucciones: Tacha la celda que contiene la respuesta correcta.					
1. La marihuana es una droga:	a) legal	b) de lujo	c) ilegal	d) saludable	
2. Los efectos que produce el consumo de marihuana son:	a) deprime el sistema nervioso central	b) estimula y deprime el sistema nervioso central	c) estimula el sistema nervioso central	d) bloquea el sistema nervioso central	
3. Fumar marihuana:	a) no genera daños a la salud	b) es medicinal	c) genera daños a la salud	d) genera culpa	
4. ¿Es uno de los daños que causa la marihuana?	a) Deterioro de la memoria	b) Pérdida de la vista	c) tartamudeo permanente	d) Infecciones en las venas	
5. Es uno de los factores que se asocian con el consumo de marihuana entre los jóvenes	a) buenas calificaciones	b) cambio de ropa diario	c) baño diario	d) convivir con amigos que consumen marihuana	
6. Es una habilidad que re permite responder efectivamente ante el ofrecimiento del consumo de marihuana	a) indiferencia	b) asertividad	c) llanto	d) cubrirse el rostro	
7. ¿La marihuana tiene efectos medicinales?	a) cierto		c) falso		
8. ¿Todas las personas que consumen marihuana son adictas?	a) cierto		b) falso		
9. ¿Las/los jóvenes que consumen marihuana y desean recibir atención profesional pueden dejar de consumirla?	a) cierto		b) falso		
10. Son lugares donde profesionales brindan atención a quien tiene problemas por consumo de marihuana	a) Centro cultural	b) Centros de Atención Primaria a las Adicciones (CAPAS)	c) plaza comercial	d) anexo	
Instrucciones: Lee con atención las siguientes preguntas Contesta tachando la celda que corresponda a tu respuesta.	Muy peligroso	Peligroso	Poco peligroso	Nada peligroso	
En tu opinión, ¿fumar marihuana una vez en la vida es ?					
En tu opinión, ¿qué opinas sobre el hecho de que las personas jóvenes consuman marihuana?					
En tu opinión, ¿consideras que manejar un automóvil o maquinaria bajo los efectos de la marihuana es...					

**APÉNDICE 4. CARTA DESCRIPTIVA DEL TALLER DE PREVENCIÓN DEL
CONSUMO DE MARIJUANA PARA ESTUDIANTES DEL NIVEL MEDIO
SUPERIOR**

Taller para la Prevención del Consumo de Marihuana en Estudiantes del Nivel Medio Superior

Sede del Taller: Escuela Benjamín Franklin

Fecha: Del 8 al 11 de febrero, 2016

Objetivo del curso: Ofrecer los elementos teórico-prácticos a los/las participantes, para promover la prevención del consumo de marihuana, mediante reflexiones dinámicas con base en la presentación sobre “Mitos y realidades de la marihuana”.

Perfil de los Jóvenes estudiantes de nivel medio superior, específicamente del 4º grado. participantes:

Impartido por: Dra. Blanca Elena Reséndiz Rojas, Médica Escolar Adscrita a la Escuela Benjamín Franklin.

Duración del Taller: 1 hora, lunes a jueves de 13:30 a 14:30 horas.

Recursos materiales: Salón iluminado y ventilado; sillas, pantalla, laptop, proyector, tarjetas, plumones, cinta adhesiva.

Lugar: Aula designada de la Escuela Benjamín Franklin.

Día	Duración	Tema	Actividad	Materiales
1	15'	<p>1. Bienvenida e Integración</p> <p>Objetivo:</p> <p>Dar la bienvenida a los/las asistentes del curso y explicar el objetivo del mismo.</p> <p>Propiciar la integración de los participantes mediante una dinámica de Integración: Canasta de frutas</p>	<p>Exposición</p> <p>Dinámica de Grupo</p>	<p>Presentación PowerPoint Cañón, laptop</p>

Día	Duración	Tema	Actividad	Materiales
1	10'	<p>2. Encuadre del curso</p> <p>Objetivo:</p> <p>Que los/las participantes conozcan las características, dinámicas y duración del curso, así como las ventajas de informarse apropiadamente sobre el tema.</p>	Exposición	Presentación PowerPoint Cañón, laptop
	15'	<p>3. Aplicación de evaluación diagnóstica</p> <p>Objetivo:</p> <p>Establecer una línea base de los conocimientos y percepción del riesgo ante el consumo de marihuana que presentan los/las participantes.</p>	Aplicación de Evaluación Diagnóstica	Presentación PowerPoint Cañón, laptop Cuestionarios Lápices
	15'	<p>4. Generalidades sobre la Marihuana: principales características farmacológicas y farmacocinéticas</p> <p><u>Mito 1.</u> La marihuana sale es una planta que sale de la tierra, por lo tanto, es natural y no hace daño.</p> <p>Objetivo:</p> <p>Que los participantes identifiquen las características generales de la marihuana, así como que reflexionen de manera grupal acerca de sus principales propiedades farmacológicas y farmacocinética, mediante la reflexión del grupo y la retroalimentación de la facilitadora.</p>	Presentación interactiva: Mitos y Realidades de la Marihuana Retroalimentación de grupo	Presentación PowerPoint Cañón, laptop Pizarrón Plumones
	5'	<p>5. Cierre primera sesión</p> <p>Objetivo:</p> <p>Agradecer a los participantes por su asistencia y motivarlos para continuar desarrollando el taller.</p>	Exposición	Presentación PowerPoint Cañón, laptop

Día	Duración	Tema	Actividad	Materiales
2	15'	<p>1. Bienvenida y recapitulación</p> <p>Objetivo:</p> <p>Dar la bienvenida a los/las asistentes del curso, recapitular las actividades realizadas el día anterior y activar la participación mediante la dinámica del día de hoy: Teléfono descompuesto</p>	<p>Exposición</p> <p>Dinámica de</p>	<p>Presentación PowerPoint Cañón, laptop</p>
	40'	<p>2. Conceptos generales del proceso adictivo.</p> <p><u>Mito 2.</u> Si sólo fumas poquito, ¡no pasa nada!</p> <p><u>Mito 3.</u> Puedes dejarla cuando quieras.</p> <p>Objetivo:</p> <p>Que los/las participantes conozcan los conceptos básicos sobre cómo se genera la adicción a mariguana, mediante la reflexión del grupo y la retroalimentación de la facilitadora.</p> <p>Competencia:</p> <p>El/la participante identificará generalidades sobre cómo se produce la dependencia por consumo de mariguana: consumo perjudicial, tolerancia, síndrome de abstinencia, dependencia.</p> <p>Resultados del aprendizaje:</p> <p>Identificará los conceptos básicos del proceso adictivo, así como los factores de riesgo y de protección ante el consumo de mariguana.</p>	<p>Presentación interactiva: Mitos y Realidades de la Mariguana</p> <p>Retroalimentación de grupo</p>	<p>Presentación PowerPoint Cañón, laptop</p>
	5'	<p>3. Cierre segunda sesión</p> <p>Objetivo:</p> <p>Agradecer a los participantes por su asistencia y motivarlos para continuar desarrollando el taller.</p>	<p>Exposición</p>	<p>Presentación PowerPoint Cañón, laptop</p>

Día	Duración	Tema	Actividad	Materiales
3	15'	<p>1. Bienvenida y encuadre</p> <p>Objetivo:</p> <p>Dar la bienvenida a los/las asistentes del curso, recapitular las actividades realizadas el día anterior y activar la participación mediante la dinámica del día de hoy: Islas y naufragos</p>	<p>Exposición</p> <p>Dinámica de</p>	<p>Presentación</p> <p>PowerPoint</p> <p>Cañón, laptop</p>
	40'	<p>2. Factores de Riesgo y Protección ante el Consumo de Marihuana.</p> <p>Mito 4. Marihuana es la rampa de acceso a otras drogas</p> <p>Mito 5. Es mejor no hablar de drogas, ya que puede estimular el consumo</p> <p>Objetivo:</p> <p>Que los/las participantes identifiquen los factores de riesgo que propician el consumo y los factores que protegen ante el consumo de marihuana, en el contexto escolar y familiar, mediante la reflexión del grupo y la retroalimentación de la facilitadora.</p> <p>Competencia:</p> <p>El/la participante identificará cuáles son los factores que propician y/o protegen ante el consumo de marihuana en su contexto escolar y familiar. Resultados de aprendizaje:</p> <p>Identificará cuáles son los factores de riesgo y de protección ante el consumo</p>	<p>Presentación interactiva: Mitos y Realidades de la Marihuana</p> <p>Retroalimentación de grupo</p>	<p>Presentación</p> <p>PowerPoint</p> <p>Cañón, laptop</p>
	5'	<p>3. Cierre segunda sesión</p> <p>Objetivo:</p> <p>Agradecer a los participantes por su asistencia y motivarlos para continuar desarrollando el taller.</p>	<p>Exposición</p>	<p>Presentación</p> <p>PowerPoint</p> <p>Cañón, laptop</p>

Día	Duración	Tema	Actividad	Materiales
4	10'	<p>1. Bienvenida y encuadre</p> <p>Objetivo:</p> <p>Dar la bienvenida a los/las asistentes del curso, recapitular las actividades realizadas el día anterior y explicar la dinámica del día de hoy: “Había un navío, navío, cargado de...futuro”</p>	<p>Exposición</p> <p>Dinámica de Activación</p>	<p>Presentación</p> <p>PowerPoint</p> <p>Cañón, laptop</p>
	30'	<p>2. Desarrollo de Habilidades Sociales para la Prevención del Consumo de Marihuana</p> <p>Objetivo:</p> <p>Que los/las participantes reflexionen sobre la importancia de prevenir los problemas ocasionados por el consumo de esta droga, para rechazarlo, tales como el desarrollo de habilidades sociales (asertividad y rechazo), así como que identifiquen los servicios disponibles de orientación y atención profesional en casos consumo de marihuana.</p> <p>Competencia:</p> <p>El/la participante identificará habilidades sociales como asertividad y rechazo como herramientas de protección ante el consumo de marihuana, así como los servicios de orientación y atención profesional disponibles, con el fin de evitar y/o disminuir el consumo de marihuana.</p> <p>Resultados de aprendizaje:</p> <p>Identificará las habilidades sociales asertividad y rechazo, para disminuir el riesgo en el consumo de marihuana.</p> <p>Reconocerá la importancia de prevenir el consumo de marihuana como parte de su proyecto de vida personal.</p>	<p>Reflexión grupal</p> <p>Retroalimentación de grupo</p>	<p>Presentación</p> <p>PowerPoint</p> <p>Cañón, laptop</p>

Día	Duración	Tema	Actividad	Materiales
	15'	3. Aplicación de evaluación final Objetivo: Determinar si hubo cambios en los conocimientos y percepción del riesgo ante el consumo de marihuana que presentan los participantes al finalizar el taller.	Aplicación de Evaluación Final Cuestionario de Satisfacción	Presentación PowerPoint Cañón, laptop Cuestionarios Lápices
	5'	4. Conclusiones y Despedida Objetivo: Agradecer a los participantes por su asistencia al taller, motivarlos para compartir sus conocimientos entre sus compañeras y compañeros de estudios, y dejar abierta la posibilidad de futuras consultas a través del Servicio Médico del plantel.	Exposición	Presentación PowerPoint Cañón, laptop

NOTAS IMPORTANTES:

- La impartición de este Taller forma parte de un protocolo de investigación, dentro del Programa de Especialización en el Tratamiento de las Adicciones que imparte Centros de Integración Juvenil, A.C., por lo que todos los participantes deberán contar con el permiso de sus padres o tutores, mediante firma de Consentimiento Informado.
- Asimismo, el contenido de la información, discusiones, reflexiones, y resultados de las evaluaciones tendrán un carácter estrictamente confidencial, y sólo serán utilizados para los fines de investigación.
- En caso de encontrar algún caso que amerite atención especializada, éste será referido con estricta confidencialidad al área que correspond

APÉNDICE 5.- DIAPORAMA: MITOS Y REALIDADES DE LA MARIJUANA



Escuela Benjamín Franklin



Taller de Prevención del Consumo de Marihuana en Estudiantes del Nivel Medio Superior



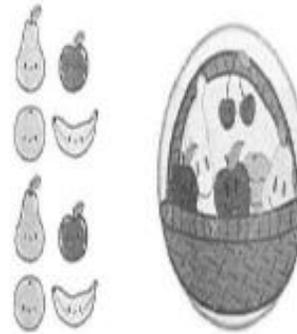
Escuela Benjamín Franklin y Escuela Politécnica del Nivel Medio Superior

Bienvenida

Despierta y lo olvidare
 Muestrame y lo recordare
 Involveame y aprendere...

Gracias

Cajasta de Frutas

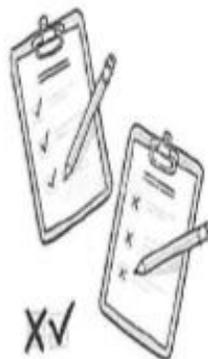


Encuadre

Accesibilidad

- Población: Jóvenes de 4º año de preparatoria
- Duración: 4 sesiones de una hora
- Horario: 13:30 a 14:30 hrs.
- Fecha: Lunes 8 a Jueves 11 de marzo de 2016
- Objetivo: Aprender los conceptos de informarse en el tema

Evaluación diagnóstica



XV

Mitos y Realidades de la Marihuana





Cierre de la Primera Sesión



Mitos y Realidades de la
Marihuana



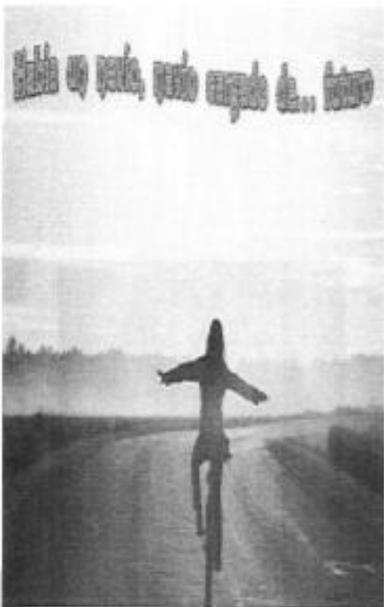
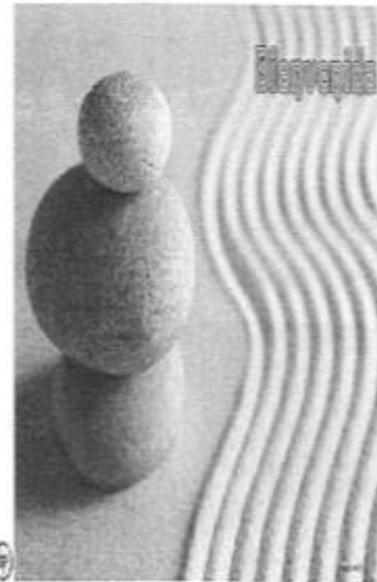
Mito 2. Si fumas poquito, no pesa nada!



El hijo no tiene amigos, ya que necesito estimular el consumo



Cierre de la Tercera Sesión



Desarrollo de Habilidades Sociales para la Prevención del Consumo de Marihuana



Desarrollo de Habilidades Sociales para la Prevención del Consumo de Marihuana





Habilidades Sociales para la Prevención del Consumo de Marihuana



Servicios de Orientación, Prevención y Tratamiento por Consumo de Marihuana

- Centros de Atención Primaria a las Adicciones
- Centros de Integración Juvenil
- Instituto Nacional de Psiquiatría «Río de la Placeta Vieja»
- Centro de Prevención y Atención de Adicciones, Facultad de Psicología, UNAM
- Centro de Atención Ciudadana contra las Adicciones

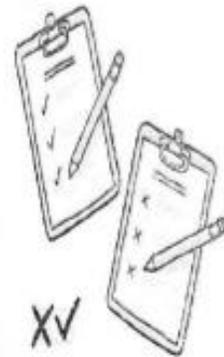


+1800 912000

Ministerio de Educación



Evaluación Final



XV

Ministerio de Educación

100



Conclusiones y Despedida

En la vida lo que a veces parece un final, es realmente un nuevo comienzo.

javierallas.es



Mitos sobre el consumo de marihuana

- Te vuelve loco
- Miza recuerdos
- Es la única para otras drogas
- Los mariguanos se ponen violentos cuando cesan de consumir
- Es verde, es ecológico.
- Es la droga menos peligrosa.
- Nade se ha muerto por sobredosis
- Saben más cosas las cosas
- No sabes lo tiempo, ves las cosas lentas y te olvidas el día
- Quita el hambre
- Te da sed
- Si lo consumes no te da cáncer como con el tabaco
- Después de la marihuana quieres poder cocinar...
- El tiempo se te hace lento
- Si dices la palabra puta, te duele mucho
- Si quieres antes de un examen, tus ideas fluyen mejor y te va bien
- Si te lo comen te pega más rápido que si te lo fuman
- Si fumas, puedes hacer ejercicio y no te cansas
- Puedes caminar mucho y no te duelen los pies
- No sabes los golpes
- Escuchas todo

Ministerio de Educación



APÉNDICE 6. ETAPAS PARA LA PLANIFICACIÓN DE UN PROGRAMA PREVENTIVO (BROTHERHOOD & SUMNALL, 2013)

Fase 1 del proyecto: Evaluación de necesidades

- a) Conocer las políticas y legislación relacionadas con las drogas, mismas que en coherencia con el marco político y legislativo local, regional nacional y/o internacional, deben guiar todas las actividades de prevención de drogas.
- b) Evaluar el consumo de drogas y las necesidades de la comunidad, investigando y observando a la población. Los métodos cuantitativos y/o cualitativos, la revisión de datos existentes (epidemiológicos), los datos de los observatorios nacionales son elementos de apoyo para la evaluación; deberá asegurarse de que los datos estén actualizados.
- c) Describir la necesidad –Justificar la intervención derivado de la evaluación de necesidades de la comunidad se contextualiza la justificación de la necesidad de intervención. Misma que debe tener en cuenta las opiniones de la comunidad para asegurar la relevancia de las partes involucradas.

Fase 2 del proyecto: Evaluación de recursos

La definición de un programa no se base únicamente en las necesidades de la población objetivo, la comunidad y los grupos interesados en participar activamente. También pueden tener recursos que pueden ser utilizados como parte del programa (Brotherhood & Sumnall, 2013).

- a) Evaluar la población objetivo y los recursos de la comunidad: Los programas de prevención de drogas pueden tener éxito si la población se dispone a participar activamente al formar parte o formar parte de la aplicación del programa.

Los estándares recomiendan identificar las fuentes de oposición y apoyo al programa.

- b) Evaluar las capacidades internas: Antes de la formulación del programa, es recomendable identificar las fortalezas y debilidades de la organización en términos de recursos.

Esta fase puede ser realizada al mismo tiempo que la evaluación de necesidades, o al comienzo del proyecto antes de la evaluación de necesidades (Brotherhood & Sumnall, 2013).

Fase 3 del proyecto: Formulación de programa

Esta fase describe el contenido del programa y su estructura, proporciona los fundamentos necesarios para permitir una planificación centrada, detallada, coherente y realista.

Los estándares promueven un cambio en la cultura profesional del trabajo de prevención sobre drogas, hacía un enfoque más sistemático y basado en la evidencia.

a) Definir la población objetivo garantiza que la intervención se dirija a las personas adecuadas. Es necesario distinguir el grupo destinatario final, por ejemplo, jóvenes en riesgo de abuso de drogas, del intermedio; por ejemplo, padres, profesores, grupos pares.

b) Utilizar un modelo teórico que sustente la intervención, incrementa la probabilidad de que el programa alcance con éxito sus objetivos.

Favorece a identificar los mediadores pertinentes de las conductas relacionadas con las drogas, (factores que influyen en el consumo de drogas), y a determinar metas y objetivos factibles. Todas las intervenciones deben basarse en modelos teóricos sólidos, especialmente si éstas son de nuevo desarrollo (Brotherhood & Sumnall, 2013).

c) Definir fines, metas y objetivos: Sin claros fines, metas y objetivos existen serios riesgos de que el trabajo preventivo no se oriente al beneficio de la población objetivo. Los estándares destacan tres niveles de fines, metas y objetivos interconectados; así los fines describen dirección, propósito, idea o intención del programa a largo plazo ya que proporcionan una dirección estratégica para las actividades.

Las metas son previsiones claras de los resultados del programa para los participantes (en términos de cambio de conducta) a la finalización de la intervención. Los objetivos describen los cambios de conducta inmediatos o intermedios de los participantes, necesarios para lograr la meta u objetivo final.

Los objetivos operacionales describen las actividades que son necesarias para alcanzar las metas y los objetivos.

d) Definir el contexto de intervención, el escenario social y/o físico en que se desarrolla la intervención, como la familia, la escuela, el lugar de trabajo, los bares, la comunidad o la sociedad. Es esencial definir claramente el contexto de intervención de manera que otros puedan entender dónde y cómo ésta se realiza.

e) Utilizar la evidencia de efectividad; “lo que funciona” en prevención de drogas, en base a la evidencia científica. Cuando no haya evidencia científica de efectividad, se puede describir en su lugar la experiencia profesional y pericia de las instancias intervinientes.

f) Definir el cronograma: es esencial en la planificación y aplicación del programa de tal manera que los miembros del equipo puedan dirigir y coordinar sus esfuerzos. Ilustra el calendario previsto de las actividades y las fechas límites aplicables, además puede ser actualizado durante la aplicación del programa para reflejar su desarrollo actual (Brotherhood&Sumnall, 2013).

Fase 4 del proyecto: Diseño de la intervención

Los estándares ayudan en el desarrollo de una nueva intervención, así como en la selección y adaptación de una intervención ya existente. También promueven la consideración de los requisitos de la evaluación como parte del diseño de intervención.

a) Diseñar con calidad y efectividad: A partir del planteamiento de los fundamentos del programa, se deben especificar sus detalles, la progresión lógica de actividades que reflejen los avances de los participantes durante la intervención.

b) Si se selecciona una intervención existente: La posibilidad de hacer una adaptación a la situación específica, consiste en cambios intencionados y planificados que se hacen de la intervención original antes de la aplicación para asegurar que es apropiada para las circunstancias particulares del programa (por ejemplo, necesidades de la población objetivo) y para mantener o incrementar su efectividad (Brotherhood&Sumnall, 2013).

c) Ajustar la intervención a la población objetivo: Independientemente de que se trate de una intervención nueva o de una existente adaptada, la intervención debe ajustarse a la población objetivo en línea con los resultados de la evaluación de necesidades. El equipo debe ser sensible por ejemplo a la diversidad cultural, disponer de una respuesta efectiva a las necesidades definidas culturalmente en todos los aspectos del trabajo preventivo.

d) Si se planifican evaluaciones finales: El monitoreo y evaluación final del proceso y de resultados Un equipo de evaluación debe decidir sobre el tipo de evaluación más adecuada, así como definir los indicadores de evaluación coherentemente con los objetivos.

Fase 5 del proyecto: Gestión y movilización de recursos

Los aspectos gerenciales, organizacionales y prácticos junto al diseño de intervención, requiere de activar los recursos disponibles y prever de nuevos recursos según sea necesario.

- a) Planificar el programa- Ilustrar el plan del proyecto que presente el plan del proyecto, permite destacar todas las tareas y procedimientos necesarios para una adecuada aplicación del programa. En fases posteriores del proyecto, el plan se consulta para valorar si el programa está siendo aplicado de acuerdo a lo previsto y si se precisan ajustes (Brotherhood&Sumnall, 2013).
- b) Planificar las necesidades de financiación: Las necesidades (costes) y capacidades (presupuestos) de financiación del programa deben determinarse para poner los recursos necesarios y disponibles en contexto.
- c) Establecer el equipo: El equipo, las funciones y responsabilidades debe garantizar que las tareas sean asignadas y llevadas a cabo.
- d) Involucrar y retener a los participantes: Se debe asegurar que los individuos participantes sean elegidos de forma metodológicamente correcta y ética. La retención es el proceso que asegura que los participantes inicialmente seleccionados permanezcan durante el desarrollo del programa. Las barreras para la participación deben ser identificadas y eliminadas en lo posible, para asegurar que los participantes puedan tomar parte y completar el programa.
- e) Preparar los materiales del programa: permiten completar el presupuesto y tomar acciones para asegurar su inclusión. Si se utilizan materiales de intervención por ejemplo, manuales, materiales audiovisual, páginas web, deben ser de alta calidad y ajustados a las características culturales de los usuarios previstos.
- f) Proporcionar una descripción del programa: Ofrece una clara visión general del mismo ya que favorece a las instancias participantes (población objetivo, financiadores u otros profesionales interesados, obtener información sobre el programa antes o durante el proceso.

Fase 6 del proyecto: Implementación y monitoreo

Se ejecuta el plan elaborado previamente y es muy importante mantener un balance entre fidelidad por ejemplo apegándose al plan del proyecto y flexibilidad, por ejemplo reaccionando a situaciones emergentes (Brotherhood&Sumnall, 2013).

Los componentes de esta fase indican cómo este balance puede lograrse revisando la calidad y el progreso de la aplicación, así como se hacen modificaciones controladas para mejorar el programa.

- a) Si se desarrolla una intervención piloto: Se refiere a la aplicación del proyecto en un grupo reducido de participantes; favorece la identificación de los aspectos prácticos y debilidades; se pueden recoger datos de proceso y de

resultados (limitados), que servirán para una evaluación a pequeña escala. Así, se pueden realizar al menor coste los ajustes finales de la intervención antes de su aplicación completa.

b) Implementar la intervención: La evidencia de que la intervención de prevención de drogas será efectiva, viable y ética, ésta es aplicada según lo previsto en el plan del proyecto. Mismo que puede se puede modificar en caso necesario.

c) Monitorizar la intervención: Durante la ejecución del programa, se deben recoger y analizar periódicamente datos de proceso y de resultados. Las revisiones periódicas pueden ayudar a identificar la necesidad de modificar el plan original, asimismo, el monitoreo permite asegurar que la aplicación es de alta calidad, y permite al personal mejorarla mediante la identificación y respuesta a los cambios o exigencias adicionales antes de que éstas supongan una amenaza al éxito del programa (Brotherhood&Sumnall, 2013).

d) Ajustar la implementación: Ante los problemas que puedan surgir por la aplicación del programa, se requiere flexibilidad para responder a los problemas que puedan surgir, al cambio de prioridades.

Fase 7 del proyecto: Evaluación final

Brevemente, las evaluaciones de resultados se centran en los cambios de conducta de los participantes, por ejemplo reducción del consumo de drogas; la evaluación de proceso se centra en los resultados de las actividades, por ejemplo, el número de sesiones realizadas, número de participantes contactados.

a) Si se realiza una evaluación de resultados: La evaluación de resultados requiere el análisis sistemático de los datos, para valorar la efectividad de la intervención. Todos los resultados deben reportarse según se haya definido en la fase de planificación. Si el programa lo requiere se deben realizar análisis estadísticos que determinen la efectividad de la intervención en lograr los objetivos planteados.

b) Si se realiza una evaluación de proceso, documenta lo sucedido durante la aplicación del programa; analiza la calidad y utilidad del programa en cuanto a su alcance y cobertura, aceptación de la intervención por los participantes, fidelidad de la aplicación y utilización de recursos.

Los resultados de ambos tipos de evaluación, proceso y resultados, deben interpretarse conjuntamente a fin de tener una comprensión detallada de los logros del programa (Brotherhood & Sumnall, 2013).

Fase 8 del proyecto: Difusión y mejora

En esta fase final del proyecto el enfoque principal es el futuro del programa: ¿continuará el programa y, de ser así, cómo continuará? Difundir información sobre el programa puede ayudar a promover su continuidad, pero también hace posible que otros equipos aprendan de la experiencia adquirida en la ejecución.

a) Determinar si el programa debe ser mantenido, en base a las evidencias empíricas producidas en el monitoreo y las evaluaciones finales, se decide que el programa pueda mantenerse, se deben especificar y llevar a cabo los pasos y acciones de seguimiento adecuadas.

b) Difundir información acerca del programa: El beneficio de la difusión del programa favorece apoyo de los grupos de interés para su continuación, o mejorando el programa mediante la retroalimentación; contribuye a las futuras políticas sobre drogas, y a la práctica e investigación en el ámbito de la prevención.

c) Si se elabora un informe final: Describe el alcance y las actividades del programa y, de estar disponibles, los hallazgos de la evaluación final.

Autoanálisis: Plan de acción

Permite recapitular los resultados principales del auto-análisis y las acciones principales que deben realizarse para mejorar las actividades actuales. (Brotherhood & Sumnall, 2013).