



LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CRISTIANA

¿QUÉ SON LAS ADICCIONES A LA MARIHUANA?

Materia: LPF621 ADICCIONES

Alumno: Renata Karina Juárez Martínez

Oaxaca de Juárez, Oax., 01 de Julio de 2026.

ÍNDICE GENERAL

- **INTRODUCCIÓN**
- **CAPÍTULO 1:** INTRODUCCIÓN GENERAL Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA
- **CAPÍTULO 2:** EL MODELO DE LOS TRES FACTORES (SUSTANCIA, PERSONA Y CONTEXTO)
- **CAPÍTULO 3:** PROBLEMAS EN EL HOGAR Y CÓMO DAÑAN LAS EMOCIONES
- **CAPÍTULO 4:** EL SUFRIMIENTO FAMILIAR ANTE LAS DESAPARICIONES POR ADICCIÓN
- **CAPÍTULO 5:** EXCUSAS Y FALSAS CREENCIAS SOBRE LA MARIHUANA
- **CAPÍTULO 6:** LAS CONDUCTAS DE RIESGO EN EL COLEGIO Y LA FALTA DE LÍMITES
- **CAPÍTULO 7:** PROBLEMAS CON LA LEY Y EL LÍMITE DEL CONTROL
- **CAPÍTULO 8:** EL PAPEL DE INSTITUCIONES ESPECIALIZADAS (EL MODELO DEL CIJ)
- **CAPÍTULO 9:** EL TRATAMIENTO AMBULATORIO EN ADICCIONES
- **CAPÍTULO 10:** EL TRATAMIENTO RESIDENCIAL O DE INTERNAMIENTO
- **CAPÍTULO 11:** EL RETO DE LA PERSONALIDAD DEL PACIENTE Y LA REINCIDENCIA
- **CAPÍTULO 12:** EL DAÑO EN LA MENTE Y CUANDO LA ADICCIÓN SE JUNTA CON OTRA ENFERMEDAD
- **CAPÍTULO 13:** LA RESTAURACIÓN DE ROLES Y EL ENFOQUE DE SOLUCIONES
- **CAPÍTULO 14:** ADICCIÓN AL JUEGO O VIDEOJUEGOS Y CÓMO REACCIONA EL CEREBRO
- **CONCLUSIÓN**
- **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

INTRODUCCIÓN

Las adicciones son un problema complejo que refleja crisis de salud mental, malestar social y problemas familiares. Aunque antes se juzgaban como falta de voluntad, hoy sabemos que son una enfermedad. Esta monografía de 14 capítulos analiza la adicción a la marihuana, desmintiendo que sea inofensiva, y revisa los tratamientos disponibles en México.

Aquí tienes los puntos clave que aborda este trabajo:

- **La verdadera naturaleza de las adicciones:** No es un simple "defecto" moral o una mala decisión, sino una condición médica donde influyen el cuerpo, las emociones y el entorno social.
- **El mito de la marihuana:** Su mayor aceptación ha hecho que muchos jóvenes creen que no hace daño. El estudio busca aclarar esta realidad.
- **El contenido de la investigación:** A lo largo de 14 capítulos, el texto explica cómo funciona la planta, cómo afecta a los adolescentes, el daño que puede causar en las familias y las opciones de tratamiento (clínicas o consultas) que existen en México.

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN GENERAL Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La adicción a la marihuana es un fenómeno complejo que va mucho más allá del simple acto de consumir una sustancia de origen vegetal. Tradicionalmente, la sociedad ha juzgado las adicciones desde un enfoque de castigo o de debilidad moral; sin embargo, la sociología de la salud y la psicología clínica demuestran de forma contundente que se trata de un trastorno multifactorial del comportamiento y de la salud mental. Este problema altera de manera profunda el funcionamiento normal del sistema nervioso central, modifica drásticamente los patrones de conducta humana y fragmenta de forma dolorosa el entorno social y familiar del individuo que lo padece.

A nivel general, la adicción a la marihuana se define clínicamente como un patrón de consumo descontrolado, compulsivo y problemático, donde el usuario continúa utilizando la sustancia a pesar de experimentar consecuencias negativas evidentes en su salud física, en sus obligaciones legales, en su rendimiento escolar y en sus relaciones afectivas más cercanas. En esta etapa, la persona pierde por completo la capacidad de medir sus propios límites y sus decisiones diarias comienzan a girar exclusivamente en torno a la obtención, el uso y la recuperación de los efectos de la droga, abandonando metas de vida, responsabilidades y pasatiempos sanos.

Entender la adicción implica comprender que ninguna sustancia entra en un vacío conductual o social. El consumo problemático ocurre cuando una sustancia con propiedades adictivas específicas se encuentra con una persona que está pasando por una crisis emocional o posee una vulnerabilidad psicológica previa, y todo esto se desarrolla dentro de un contexto social o familiar desfavorable que facilita o empuja hacia la evasión. Por lo tanto, la adicción no es una elección libre ni un acto de rebeldía sin causa, sino el resultado de un desgaste emocional acumulado donde la droga aparece ante los ojos del usuario como una solución falsa pero inmediata ante problemas reales que simplemente no sabe cómo manejar.

CAPÍTULO 2: EL MODELO DE LOS TRES FACTORES (SUSTANCIA, PERSONA Y CONTEXTO)

Para desglosar de forma científica cómo se construye, se desarrolla y se sostiene la adicción a la marihuana, es indispensable abandonar las explicaciones simplistas y estudiar el problema a través de un modelo clínico compuesto por tres factores dinámicos e interconectados: la sustancia, la persona y el contexto. Si uno de estos tres elementos falla o no se presenta con ciertas características, el consumo difícilmente se convierte en una adicción severa o problemática.



El Primer Factor: La Sustancia

El primer componente es la marihuana en sí misma como agente químico. Científicamente, es una planta que posee compuestos activos (los cannabinoides, principalmente el THC) que tienen la capacidad de unirse a los receptores del cerebro, alterando la mente, el estado de ánimo y modificando por completo la percepción de la realidad. Existe un mito generalizado de que por ser un producto que nace de la tierra no causa daño, pero la realidad clínica demuestra que posee un potencial adictivo enorme y que ninguna droga es inocua.

Además de los efectos propios de la planta, el usuario se enfrenta a riesgos físicos indirectos debido a las nulas condiciones sanitarias de su producción ilegal. Al ser cultivada en mercados negros, se suelen utilizar pesticidas de alta toxicidad para proteger las cosechas. Asimismo, durante el proceso de secado, si la planta se almacena con humedad, produce hongos tóxicos que el usuario ingiere directamente al pulmón al fumarla, dañando gravemente su salud física y respiratoria antes de que la droga llegue al cerebro.

El Segundo Factor: La Persona

El segundo componente se refiere a las características específicas de quien consume. La edad de inicio es un factor biológico determinante: comenzar el consumo en la adolescencia, alrededor de los 14 años, es sumamente peligroso porque el cerebro se encuentra en una etapa crítica de desarrollo y maduración, lo que vuelve al sistema nervioso mucho más frágil ante la dependencia.

A este factor se suman las variables psicológicas individuales, tales como las inseguridades profundas, una baja autoestima y una necesidad imperante de pertenecer o encajar en ciertos grupos sociales. Cuando un joven se siente fuera

de lugar, busca desesperadamente un espacio donde sea aceptado, y si ese grupo consume, la persona cederá ante la presión con tal de no sufrir el rechazo. Finalmente, existe un componente hereditario o genético: las personas que tienen antecedentes familiares con enfermedades psiquiátricas presentan una alta vulnerabilidad, ya que los componentes de la marihuana pueden actuar como un interruptor biológico que detona cuadros severos de psicosis y brotes que ponen en riesgo su vida.

El Tercer Factor: El Contexto

El tercer componente es el entorno social, escolar y familiar que rodea al individuo. Ningún adicto se construye en el aislamiento total; el contexto funciona como el terreno social donde germina la adicción. Las crisis dentro del hogar, la falta de redes de apoyo seguras en la escuela y la convivencia diaria con amistades que normalizan o promueven el consumo son elementos clave.

Cuando el contexto familiar se vuelve caótico, violento o frío, el individuo carece de un espacio seguro para expresar sus emociones. Si a esto se le suma un entorno escolar donde los maestros o directores no detectan a tiempo las señales de alerta, el joven se encuentra desamparado. El contexto es el que provee los desencadenantes diarios: el estrés de una discusión en casa o la invitación de un amigo en la calle se convierten en los motivos perfectos para iniciar o mantener el consumo diario como mecanismo de defensa.

CAPÍTULO 3: PROBLEMAS EN EL HOGAR Y CÓMO DAÑAN LAS EMOCIONES

La familia es el núcleo central y el primer espejo en la historia de las adicciones. La evidencia clínica y los testimonios de los pacientes revelan que el uso problemático de la marihuana suele estar directamente ligado a las crisis profundas que ocurren dentro del hogar, específicamente a procesos dolorosos y estresantes como la separación o la ruptura de los padres. Cuando este proceso de separación no se lleva a cabo de manera madura, sino que se vive acompañado de escenas constantes de violencia doméstica, gritos y tensiones económicas, el impacto emocional en los hijos es devastador.

Para los miembros de la familia, especialmente cuando se trata de los hijos mayores que atestiguan el conflicto de frente, estas crisis se experimentan a nivel psicológico como una "película de terror" que se repite una y otra vez en sus mentes de forma obsesiva. El individuo se queda atrapado repitiendo el significado de esas escenas traumáticas, estancado en el dolor del pasado y sin encontrar la forma o las herramientas emocionales para pasar a la siguiente página de su vida. La presión

psicológica diaria en un hogar disfuncional se vuelve insostenible, generando un cúmulo de sentimientos encontrados —como la culpa, el miedo, la tristeza y el enojo— que el joven, por su falta de madurez, simplemente no sabe cómo tratar, acomodar o manejar.

Bajo este escenario de alta presión y sufrimiento silencioso, la marihuana cambia por completo su significado: ya no se consume por curiosidad o por buscar placer recreativo, sino por una necesidad desesperada y urgente de huir de la realidad. El usuario busca de forma desesperada "apagar la cabeza" por un momento, silenciar los pensamientos destructivos y no escuchar su propia mente ni los gritos de su entorno. La sustancia se convierte en un refugio artificial, en una anestesia emocional que genera la ilusión de que, al menos por unas horas, los problemas del hogar han desaparecido. Esta evasión no soluciona el trauma, sino que lo congela y lo vuelve más grande con el tiempo, dañando las relaciones familiares y sumergiendo a los seres queridos en un círculo de angustia constante al ver cómo el joven se destruye para no sentir el dolor de su entorno.

CAPÍTULO 4: EL SUFRIMIENTO FAMILIAR ANTE LAS DESAPARICIONES POR ADICCIÓN

Conforme el consumo de marihuana pasa de ser un acto esporádico a una adicción severa, el comportamiento del individuo cambia drásticamente, rompiendo los lazos elementales de comunicación y sumiendo a la familia en una profunda crisis de angustia y desesperación. Uno de los episodios más críticos, alarmantes y dolorosos que ilustran este nivel de deterioro conductual es la desaparición física del usuario del entorno del hogar.

En las etapas avanzadas de la adicción, la persona puede desaparecer por completo de su casa durante días enteros (por ejemplo, tres días consecutivos) sin dejar rastro, sin responder llamadas, apagando sus dispositivos móviles y sin avisar a dónde o con quién va. Esta acción irresponsable detona una cadena de eventos desesperados por parte del núcleo cercano, generalmente liderado por la madre, quien se ve obligada a emprender una búsqueda exhaustiva y desgastante. La familia tiene que acudir con los amigos conocidos del usuario, asistir físicamente a las escuelas, hablar con los maestros e involucrar a los directores en un intento desesperado por obtener una pista o un mensaje que confirme que la persona sigue con vida.

Al no encontrar respuestas rápidas en el entorno escolar o social, la situación escala a un nivel legal y civil sumamente doloroso: realizar llamadas de emergencia y acudir ante las autoridades ministeriales para reportar formalmente a la persona como desaparecida. La respuesta del usuario ante este despliegue de angustia

familiar suele estar marcada por la frialdad, el egocentrismo y la indiferencia emocional propios del consumo crónico.

Las vías de comunicación a veces se restablecen de forma indirecta, a través de comentarios en redes sociales como Facebook, donde una compañera de la escuela le avisa al consumidor que su familia lo está buscando desesperadamente con la policía. La respuesta del adicto suele limitarse a un simple, cortante e indiferente: *"Dile que estoy bien"*. Esta frase demuestra el nivel de desconexión afectiva que genera la adicción. Mientras el usuario se encuentra refugiado en el consumo, evadiendo sus responsabilidades, la familia pasa por años difíciles, emocionalmente desgastantes y llenos de una angustia permanente, viviendo con el miedo constante de recibir una llamada que les notifique que su ser querido está hospitalizado, detenido por la ley o muerto, fracturando para siempre la paz del hogar.

CAPÍTULO 5: EXCUSAS Y FALSAS CREENCIAS SOBRE LA MARIHUANA

El mantenimiento y la evolución de una adicción a la marihuana no dependen únicamente de la dependencia física o de la presencia de problemas familiares; se sostiene en gran medida a través de un complejo sistema de autoengaño y distorsiones del pensamiento que el usuario construye. Los consumidores adoptan una serie de justificaciones y falsas creencias que les permiten seguir consumiendo diariamente sin experimentar la culpa, la vergüenza o el remordimiento que lógicamente aparecerían ante el deterioro evidente de sus vidas. Clínicamente, se sabe que los usuarios se "inventan mitos" para poder consumir, estructurando una narrativa que normaliza su conducta ante ellos mismos y ante la sociedad.

El primero de estos grandes mitos se centra en la idea de la productividad y la mejora del rendimiento intelectual. Es sumamente común escuchar el argumento de que la marihuana otorga una agudeza mental superior, o que bajo sus efectos los proyectos escolares, los exámenes, las obras artísticas o los trabajos laborales salen mucho mejor y con mayor creatividad. El usuario se convence a sí mismo de que la sustancia actúa como un potenciador de la concentración y una herramienta necesaria para soportar largas jornadas de trabajo o para liberar el estrés. Esta creencia es un mecanismo de defensa psicológico que disfraza el deseo incontrolable de consumir de una supuesta necesidad funcional y profesional.

El segundo mito recurrente es el de la inocencia o seguridad de la sustancia debido a su carácter herbal. Bajo el lema de que "es una planta natural que nace de la tierra", se tiende a pensar que la marihuana carece de riesgos, consecuencias graves o potencial adictivo. Sin embargo, la evidencia clínica demuestra que ninguna sustancia que altere el sistema nervioso es inofensiva cuando su uso se

vuelve problemático. El autoengaño bloquea la capacidad del individuo para notar cómo el consumo empieza a devorar sus rutinas, su dinero, su memoria y sus metas a largo plazo, sustituyendo su motivación real por una apatía constante. Estos mitos actúan como barreras cognitivas que retrasan durante años la aceptación del problema y la búsqueda de ayuda profesional.

CAPÍTULO 6: LAS CONDUCTAS DE RIESGO EN EL COLEGIO Y LA FALTA DE LÍMITES

El entorno escolar suele ser el primer escenario público y social donde los síntomas y consecuencias de la adicción se manifiestan de manera abierta. Conforme el consumo de marihuana se vuelve crónico, el estudiante pierde progresivamente la capacidad de evaluar las consecuencias a largo plazo de sus actos, mostrando un desprecio por la autoridad y comenzando a violar de forma sistemática las normas básicas de convivencia, disciplina y respeto dentro de las instituciones educativas.

Un ejemplo claro de esta pérdida absoluta de límites ocurre cuando el estudiante traslada el consumo a los espacios más íntimos, vigilados y restringidos de la escuela, como los baños de la preparatoria, convirtiéndolos en "hornos" o lugares clandestinos para consumir en grupo con otros compañeros durante el horario de clases. Esta conducta demuestra que el adicto ya no busca un espacio privado, lejano o fuera de la escuela para consumir, sino que introduce la sustancia directamente en su rutina académica diaria, normalizando el riesgo de ser descubierto con tal de saciar la necesidad inmediata de la droga y mantener la aceptación de su grupo de pares.

Este descontrol en el comportamiento genera un efecto de "bola de nieve": una acción pequeña, que en su momento pareció una travesura insignificante o emocionante, va creciendo en magnitud debido a la falta de límites y a la falsa sensación de impunidad. Al unirse con círculos de amistades que comparten el mismo patrón de consumo, el usuario entra en una dinámica donde simplemente ya no piensa antes de actuar, sino que se limita a ejecutar acciones impulsivas y arriesgadas. Esta falta de juicio, el ausentismo y la transgresión constante de los reglamentos escolares conducen de forma inevitable al colapso del área académica, culminando en la expulsión definitiva de la escuela. La expulsión no solo corta de tajo la trayectoria educativa del joven, sino que agrava la crisis familiar, destruye las expectativas de los padres y deja al adicto sin una estructura diaria de actividades, empujándolo aún más hacia el consumo al disponer de tiempo libre absoluto.

CAPÍTULO 7: PROBLEMAS CON LA LEY Y EL LÍMITE DEL CONTROL

Conforme las redes escolares y familiares se rompen debido al avance de la adicción, el consumidor experimenta un aislamiento social profundo, modificando drásticamente el tipo de personas con las que se relaciona de forma cotidiana. Los círculos sociales sanos, los compañeros de estudio y las amistades productivas son reemplazados por entornos marginales y delictivos que no aportan nada positivo a su vida. En este punto crítico de la adicción, el principal peligro para el usuario ya no es únicamente el daño biológico o psicológico que la marihuana causa en su cuerpo, sino su estatus de ilegalidad y los problemas delictivos que esto conlleva. El acercamiento obligatorio con la ley y el mercado ilegal sitúa al individuo al borde del colapso social.

Las conductas imprudentes derivadas del consumo acumulado, la necesidad de conseguir dinero para la sustancia y la pérdida de la noción del peligro meten al usuario en múltiples problemas con las autoridades policiacas, llevándolo a un punto crítico donde las opciones de vida se reducen al extremo. Cuando la situación se vuelve insostenible, las redes de apoyo familiares, completamente agotadas y desesperadas, obligan al consumidor a enfrentarse a un ultimátum definitivo. El usuario se encuentra en una encrucijada donde debe elegir entre dos únicos caminos para frenar su conducta delictiva o destructiva: ingresar a un centro de internamiento privado o clandestino (comúnmente llamado anexo) o ser recluido por las autoridades judiciales en un reformatorio para menores infractores debido a sus conductas delictivas.

Ante la gravedad de esta situación y el miedo a que el joven termine en prisión o sufra daños físicos en la calle, la primera reacción del entorno familiar suele ser el aislamiento preventivo radical: encerrar al joven dentro de la casa durante meses enteros, impidiéndole salir o tener contacto con el exterior en un intento desesperado por alejarlo de los círculos de consumo y protegerlo de las autoridades. No obstante, el encierro doméstico es una estrategia insostenible a largo plazo, ya que no resuelve las causas emocionales de la adicción ni disminuye el alto nivel de consumo y ansiedad que el cuerpo del adicto ya exige de forma crónica, obligando a la familia a romper el aislamiento y buscar alternativas profesionales y reguladas por el sistema de salud.

CAPÍTULO 8: EL PAPEL DE INSTITUCIONES ESPECIALIZADAS (EL MODELO DEL CIJ)

Cuando el entorno familiar acepta finalmente que el problema ha rebasado por completo sus capacidades de control, que el amor familiar no es suficiente para curar una adicción y que el aislamiento doméstico no es una solución real ni humana, se vuelve indispensable recurrir a instituciones públicas especializadas en la prevención y tratamiento de las adicciones. En México, los Centros de Integración Juvenil (CIJ) representan uno de los pilares institucionales más importantes y respetados en la atención de estos trastornos, operando bajo normativas oficiales de salud (como la NOM-028) que garantizan un trato digno, científico, ético y profesional para los pacientes, marcando una diferencia abismal con los métodos de maltrato que suelen usarse en los anexos clandestinos.

De acuerdo con los datos estadísticos oficiales de los Centros de Integración Juvenil, la marihuana destaca de forma consistente como la droga de mayor impacto entre la población juvenil que acude a solicitar ayuda a nivel nacional. Esto significa que, aunque los pacientes consuman otras sustancias legales o ilegales de forma simultánea (como alcohol o tabaco), la marihuana es la sustancia que causa el deterioro más severo y visible en sus vidas, actuando como el detonante principal que obliga a las familias a romper el silencio, vencer la vergüenza social y buscar un tratamiento especializado.

El modelo de atención del CIJ se basa en un enfoque multidisciplinario donde participan psicólogos clínicos, médicos generales, trabajadores sociales y psiquiatras. Al recibir a un paciente, el primer paso consiste en realizar una valoración integral exhaustiva que incluye un examen mental detallado. Esta evaluación mide con precisión el nivel de consumo, los años de uso, el estado de salud física, las afectaciones cognitivas y el nivel de funcionalidad familiar. Con base en este diagnóstico inicial, los especialistas determinan qué tipo de tratamiento es el adecuado y seguro para el caso, dividiendo las opciones en dos grandes vertientes: el tratamiento ambulatorio o el tratamiento residencial o de internamiento para los casos donde la vida del paciente corre peligro.

CAPÍTULO 9: EL TRATAMIENTO AMBULATORIO EN ADICCIONES

El tratamiento ambulatorio es la modalidad clínica diseñada específicamente para aquellos pacientes cuyo nivel de consumo de marihuana se clasifica, tras la valoración inicial, en un rango leve o moderado. Se elige esta opción cuando el individuo, a pesar de su uso problemático, aún conserva una red de apoyo familiar funcional, no ha cometido delitos graves, mantiene cierta estabilidad social y expresa un deseo voluntario de modificar su conducta. Esta modalidad permite al

individuo recibir atención especializada de alta calidad sin necesidad de interrumpir por completo sus actividades diarias productivas, como sus estudios, su trabajo o la convivencia con su núcleo cercano.

La estructura operativa del tratamiento ambulatorio consiste en la asistencia periódica, programada y obligatoria del paciente a la clínica o centro de atención durante varias veces a la semana. Durante estas visitas, el individuo participa de forma intensa en sesiones de psicoterapia individual de corte cognitivo-conductual. En este espacio, el paciente aprende a identificar los pensamientos, disparadores y emociones negativas que lo empujan a consumir, desarrolla estrategias conductuales para resistir el deseo del consumo (antojo o *craving*) y trabaja directamente en romper los mitos cognitivos y las mentiras que utilizaba para justificar su conducta ante la sociedad.

Paralelamente, el tratamiento ambulatorio incluye de forma obligatoria la terapia familiar o de pareja. Este componente reconoce que la adicción es una enfermedad que enferma a todo el entorno, por lo que los padres o cónyuges necesitan un espacio psicoterapéutico propio para sanar el desgaste emocional, la culpa y la codependencia acumulados, aprendiendo a desarrollar una comunicación asertiva y a establecer límites claros pero afectuosos en el hogar. En muchos casos, este esquema se complementa con el apoyo de un médico o un psiquiatra, quienes monitorean la salud física del paciente y coordinan intervenciones farmacéuticas si se presentan problemas severos de ansiedad, depresión o insomnio derivados del proceso de abstinencia, asegurando un abordaje integral del problema.

CAPÍTULO 10: EL TRATAMIENTO RESIDENCIAL O DE INTERNAMIENTO

Cuando la valoración inicial del equipo multidisciplinario demuestra que el nivel de consumo del paciente es sumamente alto, que las ganas de consumir son incontrolables (compulsión), que ha perdido el soporte de su familia y que su conducta impulsiva pone en riesgo inminente su vida o la de terceros, el tratamiento ambulatorio es completamente insuficiente. En estos escenarios severos, la única opción clínica viable y segura es el tratamiento residencial o de internamiento dentro de un medio controlado y protegido, una estancia diseñada para apartar temporalmente al paciente de los estímulos, amigos de consumo y desencadenantes cotidianos de su entorno social.

El ingreso a un centro residencial especializado es un proceso emocionalmente complejo, impactante y doloroso, tanto para el paciente como para la familia. El momento exacto de la admisión suele estar marcado por crisis de llanto, sentimientos de culpa, miedo absoluto e incertidumbre, ya que representa el punto de quiebre donde el adicto acepta explícitamente que el problema ha rebasado por

completo su fuerza de voluntad y que ya no puede salir adelante solo. Una estancia residencial estándar en instituciones como el CIJ suele durar aproximadamente tres meses consecutivos. Durante este periodo de internamiento, el paciente vive bajo una estructura estricta y saludable de horarios, talleres, terapias y responsabilidades comunitarias que le ayudan a recuperar la disciplina corporal y el control sobre su mente.

El trabajo clínico dentro del internamiento es intenso, diario y multifactorial. Médicamente, se vigila el proceso de desintoxicación del organismo, asegurando que el paciente supere el síndrome de abstinencia de forma segura y sin sufrimiento innecesario. Psicológicamente, se trabaja a fondo en los rasgos de la personalidad del individuo y se profundiza en las escenas traumáticas del pasado que congelaron su desarrollo emocional, como la violencia familiar o la separación dolorosa de los padres. El equipo de terapeutas ayuda al paciente a traducir, procesar y acomodar esas memorias dolorosas para que dejen de actuar como un motor oculto o una herida abierta que lo empujaba a evadirse a través de las drogas, preparándolo para una vida en sobriedad.

CAPÍTULO 11: EL RETO DE LA PERSONALIDAD DEL PACIENTE Y LA REINCIDENCIA

Uno de los factores más críticos, complejos y determinantes que establecen el éxito o el fracaso de un proceso de internamiento residencial es la estructura de personalidad previa del paciente. Los especialistas de las instituciones de salud advierten con total franqueza y realismo a las familias que el tratamiento residencial de tres meses representa únicamente el inicio del largo camino hacia la recuperación, y que el verdadero reto clínico y humano comienza al momento de cruzar la puerta de salida para regresar al entorno real, donde las drogas y las presiones siguen existiendo.

Existen perfiles de personalidad específicos con tendencias marcadas hacia la impulsividad, una baja tolerancia a la frustración, inmadurez emocional y una severa dificultad para acatar límites, normas sociales o figuras de autoridad. En pacientes que presentan estas características conductuales, el riesgo de reincidencia o recaída es sumamente elevado. Los terapeutas señalan con preocupación que existen numerosos casos de pacientes que, a pesar de haber cumplido con total éxito su estancia de tres meses en el centro y mostrar una desintoxicación física completa y excelente conducta dentro del internamiento, lo primero que hacen al recuperar su libertad y salir de la institución es buscar a sus antiguos círculos de consumo para consumir marihuana nuevamente.

Este fenómeno clínico demuestra que la adicción no es una simple enfermedad biológica que se cura con el paso del tiempo, con medicamentos o con el aislamiento físico en un centro; es un trastorno crónico del comportamiento, de la elección y de la gestión emocional. Si el paciente no desarrolla un compromiso interno real con su propio cambio, si no modifica sus rasgos de personalidad flojos o impulsivos, y si no aprende a tolerar la frustración y la presión del entorno sin recurrir a la marihuana, los esfuerzos del internamiento se diluyen rápidamente, haciendo indispensable un seguimiento psicoterapéutico continuo y obligatorio en la modalidad ambulatoria después de recibir el alta residencial.

CAPÍTULO 12: EL DAÑO EN LA MENTE Y CUANDO LA ADICCIÓN SE JUNTA CON OTRA ENFERMEDAD

El análisis científico de las adicciones a la marihuana no puede completarse sin un estudio riguroso de la salud mental a nivel psiquiátrico y neurológico. El uso crónico y problemático de esta sustancia no ocurre de forma aislada a las condiciones mentales o genéticas previas del consumidor; por el contrario, interactúa de manera directa con la herencia biológica y los trastornos psiquiátricos preexistentes del individuo, generando afectaciones graves en la química del cerebro.

Cuando un paciente presenta una adicción a una sustancia simultáneamente con uno o más trastornos mentales (como depresión mayor, trastorno bipolar, trastornos de ansiedad severa o psicosis), la medicina clínica denomina a este fenómeno como **Patología Dual**. El historial médico y familiar del paciente es un factor clave: la presencia de parientes cercanos con cuadros psiquiátricos previos eleva drásticamente el peligro de que el consumidor desarrolle trastornos mentales permanentes. Los componentes químicos de la marihuana actúan como un potente detonante biológico que despierta y potencia condiciones latentes de psicosis y esquizofrenia, provocando brotes delirantes y alucinaciones que dañan la mente del usuario de forma irreversible.

En las etapas más críticas de la adicción, cuando el consumidor carece de un diagnóstico psiquiátrico correcto, el malestar emocional acumulado y las distorsiones de la realidad provocadas por la sustancia pueden derivar en conductas extremas de autolesión o intentos de suicidio, como intentar arrojararse a través de una ventana. Estas emergencias clínicas obligan a internar al paciente en hospitales psiquiátricos infantiles o generales para contener el peligro, demostrando la necesidad urgente de que los terapeutas en adicciones trabajen de la mano con médicos psiquiatras para estabilizar la química cerebral del paciente antes de iniciar la terapia psicológica.

CAPÍTULO 13: LA RESTAURACIÓN DE ROLES Y EL ENFOQUE DE SOLUCIONES

El objetivo último y más gratificante de un tratamiento integral en adicciones es lograr que el paciente cambie de ser una persona atrapada en la evasión a convertirse en un individuo capaz de integrarse plenamente a su sociedad y a su familia. Para alcanzar esta meta, la psicología moderna utiliza herramientas como la Terapia Centrada en Soluciones, un enfoque que deja de enfocarse exclusivamente en el problema o en las culpas del pasado para concentrar todos los esfuerzos de la sesión en las capacidades actuales del usuario y en sus deseos reales de cambio.

Este enfoque teórico postula que para que la terapia tenga éxito, es indispensable contar en el consultorio con un usuario que asuma el rol de **cliente**, es decir, alguien que posea una motivación interna real para cambiar y que esté dispuesto a colaborar activamente en el diseño de sus metas de vida. Asimismo, el modelo enfatiza la importancia de incluir a la familia en las sesiones, reconociendo el derecho legítimo que tienen los seres queridos a recibir apoyo para sanar el desgaste emocional acumulado tras años de angustia.

Cuando el tratamiento familiar funciona y el consumo se detiene, se produce un fenómeno de reestructuración sumamente profundo. Al liberarse de la necesidad de consumir marihuana para huir, la persona recupera la claridad mental y la energía necesarias para volver a ocupar su lugar correcto dentro de la estructura del hogar. El individuo adquiere la capacidad de realizar actividades cotidianas que había abandonado por completo: vuelve a ser un estudiante responsable, se convierte en un proveedor económico para su casa, y asume con madurez su rol como padre, madre, hijo o pareja. Esta restauración de roles devuelve la paz a la familia y le demuestra al usuario que es capaz de enfrentar los problemas reales de la vida diaria sin necesidad de recurrir a las drogas.

CAPÍTULO 14: ADICCIÓN AL JUEGO O VIDEOJUEGOS Y CÓMO REACCIONA EL CEREBRO

Para concluir este estudio exhaustivo, es fundamental entender que los mecanismos que generan una adicción a la marihuana no son exclusivos de las sustancias químicas; son procesos biológicos universales que se repiten ante ciertas conductas destructivas. La ciencia médica demuestra que el procedimiento clínico para evaluar y tratar a un adicto es exactamente el mismo sin importar si estamos ante una adicción química (como la marihuana, el alcohol o la cocaína) o ante una adicción de conducta (como la adicción al juego o ludopatía, la adicción a los videojuegos o el uso compulsivo de la tecnología).

La razón de que el tratamiento sea idéntico radica en un mecanismo cerebral compartido llamado **neuroadaptación**. Cuando una persona consume marihuana o juega videojuegos en exceso, el cerebro recibe una descarga masiva de dopamina, el químico responsable de la sensación de placer y recompensa. Con el uso crónico, el cerebro se adapta a esos niveles artificialmente altos de dopamina, modificando su estructura interna y perdiendo la capacidad de experimentar placer con las actividades normales de la vida diaria. El cerebro ahora "necesita" la sustancia o la conducta para mantenerse estable y no experimentar un sufrimiento profundo.

Por lo tanto, ante cualquier tipo de adicción, los pasos profesionales para ayudar al paciente siguen la misma estructura inquebrantable de tres fases:

1. **Definir la disposición:** Identificar si la persona asiste a la consulta como un cliente voluntario o como un paciente obligado.
2. **Realizar la valoración:** Aplicar instrumentos clínicos específicos para medir con precisión el patrón del consumo o la intensidad de la conducta destructiva.
3. **Determinar la modalidad:** Asignar el formato de tratamiento adecuado (ambulatorio o residencial, individual o familiar) que garantice la seguridad del individuo y la recuperación de su salud mental y social.

CONCLUSIÓN GENERAL

Entender a fondo la adicción a la marihuana nos enseña que no debemos juzgar a la persona ni pensar que consume por gusto. Este es un problema muy grande donde todo está conectado. La adicción no empieza de la nada; es el resultado de tres cosas que se juntan: una droga que cambia la forma de pensar, una persona que sufre por dolores o inseguridades, y una familia dividida por peleas o problemas sin resolver. Muchas veces, la marihuana funciona como una pastilla para olvidar el dolor de problemas graves, como la violencia en el hogar o el divorcio de los padres. El usuario solo busca apagar su mente para escapar de la realidad, aunque eso destruya la relación con la gente que lo rodea a diario.

Las historias reales nos demuestran que la adicción avanza a escondidas porque la persona se llena de mentiras. Se inventa excusas como que la marihuana lo hace más inteligente en el trabajo o que no hace daño por ser una planta natural. Estos engaños no dejan que el usuario se dé cuenta de cómo está perdiendo la escuela, quedándose sin dinero y metiéndose en problemas con la ley. Todo esto destruye por completo a la familia, dejando a las mamás y hermanos en una desesperación horrible cada vez que el joven se desaparece de la casa o se comporta de forma violenta.

Para resolver este problema, no sirven los castigos; se necesita la ayuda de los expertos de las instituciones de salud. El apoyo correcto incluye desde hacer preguntas clave en la primera llamada hasta internar a la persona por tres meses y llevarla con el psiquiatra. Esto demuestra que limpiar el cuerpo de la droga es solo el inicio. El verdadero éxito se logra al sanar las emociones de la persona, ayudarla a superar los traumas del pasado y enseñarle a buscar soluciones para su vida. La meta final es lograr que el joven recupere su valor y regrese a su casa listo para ser un buen hijo, un buen estudiante, un trabajador responsable y alguien útil para la sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- **Centros de Integración Juvenil.** (2026). *Atención integral en problemas de salud mental y adicciones.* [Sitio Oficial de los Centros de Integración Juvenil](#) [Conteo interno]. Secretaría de Salud, Gobierno de México.
- **Centros de Integración Juvenil.** (2025). *¿Conoces la diferencia entre CIJ y un anexo?.* [Página de Tratamiento y Evidencia Científica de CIJ](#) [Conteo interno]. Dirección de Tratamiento y Rehabilitación, México.
- **Compton, W. M.** (2004). *Marijuana Use Disorders and Emerging Trends in Young Populations.* [National Institutes of Health \(NIH\) / PMC Article](#) [Conteo interno].
- **National Center for Biotechnology Information.** (2024). *Available and Needed Research on Cannabis Policy: Mental Health and Psychosis Risks.* [NCBI Bookshelf and Research Guidelines](#) [Conteo interno].
- **Secretaría de Salud.** (2018). *Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.* Diario Oficial de la Federación, Gobierno de México.