

PROYECTO

HOMBRE

XVIII JORNADAS DE LA ASOCIACIÓN

PROYECTO HOMBRE

MITOS
Y
REALIDADES

★ SOBRE EL ★

CANNABIS



3€ N°90
MAYO 2016

Revista de la Asociación
Proyecto Hombre

PROYECTO HOMBRE

PRESIDENTE DE LA REVISTA

Manuel Muiños

COMITÉ CIENTÍFICO

Luigi Cancrini
Médico psiquiatra
Roma, Italia

Domingo Comas
Sociólogo y Presidente de
Fundación Atenea
Madrid

Javier Elzo
Sociólogo, Investigador
del Instituto Deusto de
drogodependencias
Bilbao

Georges Estievenart
Director de Honor del Observatorio
Europeo de las Drogas y
Toxicomanías
Lisboa, Portugal

Jaume Funes
Psicólogo Periodista y escritor
Barcelona

Baltasar Garzón
Magistrado, Juez
Madrid

Elena Goti
Consultora Dianova Internacional
Barcelona

Alain Labrousse
Presidente del Laboratorio de
Geopolítica de las Drogas
Francia

Emiliano Martín González
Psicólogo Responsable del Menor
y la Familia
Ayuntamiento de Madrid

Luis Rojas Marcos
Psiquiatra. Profesor de la
Universidad de Nueva York, USA

Santiago de Torres
Médico y ex-Director General PNSD
Madrid

Nora D Volkow
Directora National Institute on Drug
Abuse (NIDA), USA

CONSEJO DE REDACCIÓN

Manuel Muiños
Elena Presencio
Olatz González
Yoana Granero

EDICIÓN

PROYECTO HOMBRE
Olatz González

MAQUETACIÓN Y DISEÑO

Doblehache Comunicación

DELEGACIONES Y CORRESPONSALES

AMÉRICA

Argentina
Martín Gomá
Fundación Belén Escobar

Chile
Juan Palacios
CICAD-OEI

Colombia
Gabriel Mejía
Fundador de Hogares Claret

Margarita M^a Sánchez
Presidenta de la RIOD

Guatemala
Sergio Rolardo Valle Leoni
Pte. Red Guatemalteca de
Organizaciones que trabajan en
Drogodependencias

México
Presidente CCTT México

USA
Anthony Gelormino
Presidente Federación Mundial
de Comunidades Terapéuticas

EUROPA

Rowdy Yates
Presidente de la EFTC

ESPAÑA

Alicante
Rubén Guillén

Almería
Jesús Soria

Asturias
Ernesto Lois

Baleares
Lino F. Salas

Burgos
Almudena Abajo Cruces

Cádiz
Julia Bellido

Canarias
Esther Brito y María Padrón

Cantabria
Eloisa Velarde

Castellón
José María Arquimbau

Castilla-La Mancha
Begoña Rubio

Cataluña
Jordi Feu

Córdoba
Lázaro Castro

Extremadura
Raquel Molano

Galicia
Amalia Calvo

Granada
M^a José Martínez

Huelva
Víctor Rodríguez

Jaén
Rosa Martínez

La Rioja
Vanessa Gordo

León
Jorge Rubio

Madrid
Mercedes Rodríguez

Málaga
Belén Pardo

Murcia
Javier Pérez

Navarra
Marisa Aristu

Salamanca
Rosa Barrios

Sevilla
Ana Bastos

Valencia
Mar González Collado

Valladolid
Rubén González

CUOTA ANUAL DE SUSCRIPCIÓN ESPAÑA

10 €

CUOTA ANUAL DE SUSCRIPCIÓN EXTRANJERO

Europa: 30 €
América: 40 €

EDITA

Asociación Proyecto Hombre

IMPRIME

Industrias Gráficas Afanías
www.afanias.org

DEPÓSITO LEGAL

M-41802-1991

I.S.S.N.

1136-3177
Permitida la reproducción citando
procedencia

OFICINA DE ADMINISTRACIÓN Y DIFUSIÓN

Responsable:
Olatz González
C/ Sánchez Díaz, 2
28027 Madrid
comunicacion@proyctohombre.es
Tel: 91 357 01 04
www.proyctohombre.es
902 88 55 55

Los artículos firmados sólo reflejan
el pensamiento de sus autores



PUEDES SOLICITAR LA SUSCRIPCIÓN ANUAL A LA REVISTA PROYECTO DESDE FUERA DE ESPAÑA A TRAVÉS DE NUESTRA WEB: www.proyctohombre.es en la sección Publicaciones / Revista

Revista financiada por:



02 > Editorial

04 > Conferencia

- La adicción a cannabis y cannabinoides sintéticos: bases biológicas y repercusiones sobre la salud
[Fernando Rodríguez de Fonseca](#)

10 > Mesas redondas

- Las políticas de regulación del cannabis: qué está pasando y qué podemos esperar
[Sonia Moncada Bueno](#)
- Cannabis: consumo y evolución del tratamiento
[Abel Baquero Escribano, Isabel Vilimelis Cabedo](#)
- Cannabinoides sintéticos: nuevas drogas, viejas locuras
[Mihaela Gabriela Dalae](#)
- Consumo de cannabis y psicosis: causa o vulnerabilidad
[Manuel Canal Rivero, María Luisa Barrigón Estévez, Miguel Ruiz-Veguilla](#)
- Características psicopatológicas y perfiles de personalidad en consumidores de cannabis en tratamiento
[José Luis Rodríguez Sáez, Alfonso Salgado Ruiz](#)

26 > Mesas de experiencias

Mesa 1 • Prevención

- Buenas prácticas de "Just a temps": Programa ambulatorio para perfil estructurado adolescente consumidor de cannabis
[Joan Rey Carricondo](#)
- PREVIA: programa de apoyo para la transición de la adolescencia a la vida adulta
[Miguel Ángel Márquez Gutiérrez](#)
- Taller para reducir los accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol y cannabis
[Mª Dolores de las Heras Renero](#)

Mesa 2 • Tratamiento

- Retos y avances en la intervención con jóvenes consumidores de cannabis
[Sergio Fernández Artamendi](#)
- S.KAPATE "Programa para el abandono del cannabis"
[Tania Paz Ramón](#)
- Los efectos nocivos del cannabis: La importancia de una rápida intervención
[Ana Beltrán Cánovas](#)

Mesa 3 • Investigación

- Perfil de consumidor de cannabis en Projecte Jove Balears. Apertura de una nueva línea de investigación cannabis – TDHA
[Marcos Campoy Carrasco](#)
- Proyecto ÉVICT - Evidencia cannabis-tabaco
[Ana Esteban Herrera, Adelaida Lozano Polo, Esteve Saltó Cerezuela, Josep María Suelves i Joanxich, Joseba Zabala Galán](#)

50 > Talleres

- Cannabis: intervención terapéutica en diferentes perfiles de consumo
[Abel Baquero Escribano, Isabel Vilimelis Cabedo](#)
- Jóvenes y cannabis: distintos usos, distintas intervenciones
[Otger Amatller Gutierrez](#)
- Consumo de cannabis y rendimiento cognitivo en adolescentes con trastorno mental grave
[Teresa Sánchez-Gutiérrez](#)
- Psicoescénica aplicada al trabajo familiar en casos de consumo de cannabis en adolescentes
[Carlos Alfonso González de Valdés Correa](#)

64 > Entidades colaboradoras



> Editorial

Ante la pregunta ¿sobre qué hablamos cuando hablamos de cannabis?, las respuestas son múltiples, como corresponde a un fenómeno de esta dimensión.

El cannabis es una droga psicoactiva que se extrae de la planta *Cannabis sativa*, de la que se extraen el hachís y la marihuana. Sus efectos sobre el cerebro son debidos principalmente a uno de sus principios activos, el Tetrahidrocannabinol o THC.

Sería necesario decir también que es la droga ilegal más extendida en España y en Europa, y la que se consume a una edad más temprana. Además, el cannabis es, seguramente, la droga que tiene el record de la más baja percepción del riesgo en nuestra sociedad y, sin embargo, en estos últimos años, está escalando rápidamente a los primeros puestos en la demanda de tratamiento.

El Plan Nacional Sobre Drogas corrobora estas afirmaciones en su encuesta domiciliaria sobre alcohol y otras drogas (EDADES 2013/2014), que revela que el cannabis es la droga ilegal que más demandas de primeros tratamientos genera (43,6%), que el número de personas que empezaron a consumir cannabis (169.000) supera al de quienes comenzaron a consumir tabaco (142.000), y que el 2,2% de la población española de 15 a 64 años (más de 700.000 personas) cumple los criterios requeridos para el diagnóstico de consumo problemático de cannabis.

También el Plan Nacional Sobre Drogas alerta sobre el cannabis como la droga responsable con mayor frecuencia del acceso de adolescentes y jóvenes a las urgencias hospitalarias por la aparición de brotes psicóticos y otras psicopatologías, siendo también responsable de la aparición de síndrome amotivacional. Una sustancia que afecta intensamente a la maduración cerebral cuando el inicio en el consumo es precoz, existiendo serias dudas de que estos déficits sean recuperables, al menos en todos los casos.

El Informe 2014 del Observatorio Proyecto Hombre, recoge el perfil de la persona consumidora de cannabis en tratamiento, que describe a un varón soltero con una edad 27,7 años y una edad de inicio de consumo de 15,12 años. Sus estudios no superan el nivel básico y su principal fuente de ingresos es la red primaria de apoyo. También son los que antes piden asistencia a Proyecto Hombre, tras 12,5 años de consumo.

Añadir que un 9,28% de las personas que demandan tratamiento en Proyecto Hombre lo hicieron por esta sustancia como principal.

La respuesta de Proyecto Hombre frente al consumo de cannabis se brinda fundamentalmente desde los denominados "Proyecto Joven", dirigidos a familias que sufren las conductas problemáticas de sus hijos adolescentes como consumo de drogas, absentismo y fracaso escolar, pequeños delitos, agresividad y violencia, que desembocan en graves conflictos personales, familiares y sociales. Estos programas ofrecen a las familias y a los adolescentes un proceso educativo-terapéutico que favorece la maduración de los adolescentes con conductas inadecuadas, a la vez que ayuda a las familias a generar unos estilos educativos y relacionales que faciliten el desarrollo de sus hijos.

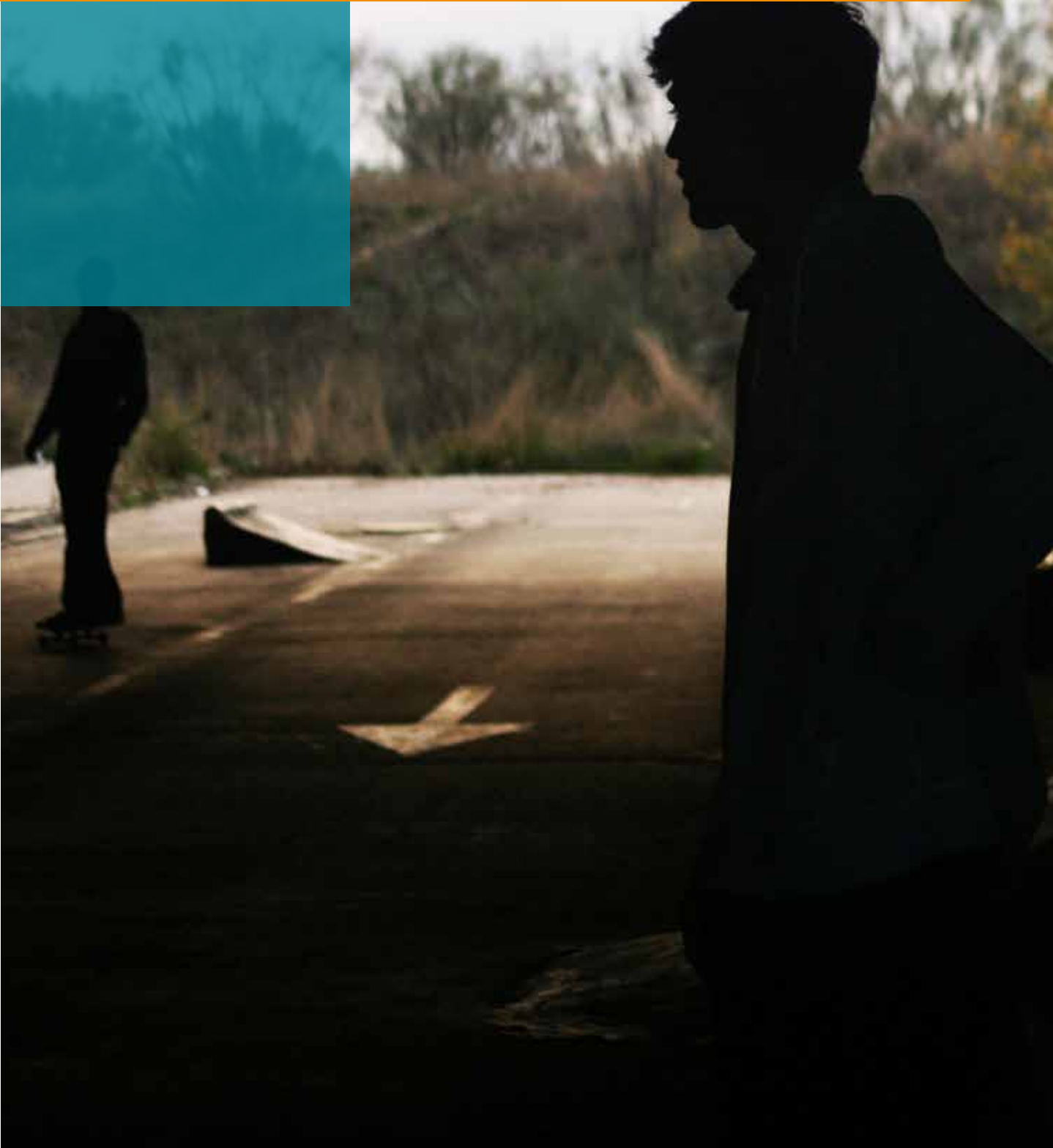
Cada día hay más consenso sobre la necesidad de contar con programas en una línea de intervención educativo-terapéutica que den una respuesta integral a la persona y que involucren a la familia. Cuanto antes se atienda el problema serán mayores las garantías de éxito. Aunque más allá de los programas de intervención, son claves los programas de prevención para cambiar la percepción de nuestra sociedad sobre esta sustancia, concienciando sobre los riesgos que supone para las personas y el sufrimiento que genera a las familias.

En esta línea se enmarca la estrategia de Proyecto Hombre en la prevención escolar y familiar, así como a través de las campañas de sensibilización. Ejemplos como "Juego de llaves" (para implementar en las aulas con alumnos de ESO) y "#Mola cuando eres tú" (campaña dirigida a presentar a los y las jóvenes alternativas de ocio saludable), así como la oferta formativa en prevención de nuestro aula virtual (www.formacionproyectohombre.es) son herramientas para frenar ese consumo creciente y esa baja percepción de riesgo del consumo de cannabis en la sociedad.

Elena Presencio

Directora de Asociación
Proyecto Hombre

> Conferencia





LA ADICCIÓN A CANNABIS Y CANNABINOIDES SINTÉTICOS: BASES BIOLÓGICAS Y REPERCUSIONES SOBRE LA SALUD

Fernando Rodríguez de Fonseca

Doctor en Medicina y Cirugía,
Bioquímica.
Coordinador del área de terapéutica
en Instituto IBIMA, Hospital Regional
Universitario de Málaga.
Profesor titular Facultad de Psicología
de la Universidad Complutense de
Madrid.
Miembro del Comité Científico
European Monitoring center for Drugs
and Drug Addiction

1. INTRODUCCIÓN: EL CANNABIS COMO DROGA DE ABUSO. LA DIMENSIÓN DEL PROBLEMA

Los preparados del *cannabis sativa* constituyen la droga ilegal más extendida en Europa. Si consideramos que las incautaciones de estos preparados en la Unión Europea superan las 7.200 toneladas anuales nos podemos hacer una idea de la dimensión de su tráfico y utilización. Más de 78 millones de europeos reconocen haberlos utilizado en algún momento de su vida, y de ellos, más de 12 millones lo han hecho en el último mes. Teniendo en cuenta que en España el 17,2% de la población entre 15 y 24 años reconoce haber consumido cannabis en el último mes, podremos dar una correcta dimensión al problema social que supone el tráfico y consumo de esta droga ilegal. Hoy por hoy, y en número de pacientes, la adicción a *cannabis* supone el principal motivo de atención sanitaria por una droga de abuso ilegal en la Unión Europea (EMCDDA: *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, 2015).

2. NEUROFARMACOLOGÍA DEL CANNABIS. CANNABINOIDES: SUS RECEPTORES, LOS LIGANDOS ENDOGENOS Y LAS NUEVAS DROGAS

Pese a ser la droga ilegal más consumida no fue hasta finales de los años 60 cuando se describen por primera vez los compuestos psicoactivos del *cannabis sativa*, denominados genéricamente cannabinoides. De entre ellos, destacan el tetrahidrocannabinol (THC), el cannabino y el cannabidiol (Mechoulam, 1970). En el año 1988, se describió la existencia en el cerebro de un receptor que era activable por cannabinoides naturales como el THC (Devane, y col. 1988). Este receptor presentaba una serie de características únicas, entre las que cabía destacar su presencia extraordinariamente densa en los terminales axónicos de las neuronas de proyección cerebrales. A diferencia de los receptores para opiáceos, este receptor no se expresaba en las zonas del cerebro que controlan las funciones vitales, lo que explicaría la baja toxicidad cardiorrespiratoria del *cannabis* (Matsuda y col., 1990). El receptor CBI es el receptor metabotrópico más abundante en el cerebro, y se acompaña en el organismo de un segundo receptor, denominado receptor CB2, expresado también en múltiples tejidos periféricos, sistema inmunológico y, en menor medida, en neuronas (Gonga et ál., 2006). La presencia de receptores para cannabinoides naturales indicaba la existencia de ligandos endógenos. La búsqueda de dichos ligandos condujo al hallazgo de dos derivados del ácido araquidónico, la anandamida, y el 2-araquidonilglicerol (Devane et ál., 1992; Piomelli, 2003). Estos dos compuestos, los endocannabinoides endógenos, se forman y degradan por vía enzimática y constituyen un sistema de comunicación intercelular fundamental para la vida. Entre otras funciones, participan en la regulación de la bioenergética celular, la regulación de la transmisión sináptica, la plasticidad neuronal, y por tanto la regulación de múltiples funciones cognitivas. Por ejemplo, pueden actuar como mensajeros retrógrados que, al inhibir la actividad presináptica y modificar la despolarización postsináptica, contribuyen al establecimiento de fenómenos de plasticidad bioeléctrica, cruciales para el aprendizaje y las memorias aversivas (Marsicano et ál., 2002; Piomelli, 2003).

3. ADICCIÓN Y CONSECUENCIAS MEDICAS DEL USO DE CANNABIS

El THC, como principal componente psicoactivo del cannabis, posee todas las propiedades características de las drogas de abuso. Es capaz de activar el sistema de recompensa, incrementando la liberación de dopamina en el núcleo *accumbens*, la principal estación de procesamiento del aprendizaje asociativo mediado por experiencias placenteras. 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 el neurotransmisor la hormona liberadora de corticotropina (CRH) y que regulan la respuesta emocional adaptativa a las drogas de abuso. El THC también es capaz de modular las funciones ejecutivas y la toma de decisiones actuando en la corteza prefrontal. Todas estas acciones son dependientes del receptor cannabinoide CBI (Maldonado et ál., 2006; Rodríguez de Fonseca et ál., 1997). 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. Esta tolerancia y dependencia se produce a través de fenómenos adaptativos celulares idénticos a los que se producen tras la estimulación de los receptores opiáceos con morfina. La estimulación crónica del receptor CBI induce su desensibilización, así como fenómenos adaptativos en la cadena de segundos mensajeros regulados por el receptor CBI. Sin embargo, estos fenómenos no conducen a un síndrome de abstinencia espontáneo cuando se deja de consumir *cannabis*, debido a la larga vida media de los cannabinoides naturales. Los cannabinoides son compuestos que por su naturaleza lipídica se almacenan en tejidos grasos y su vida media en el organismo es cercana a un mes, lo que impide la presentación de un síndrome de abstinencia intenso como el del alcohol o los opiáceos, de vida media muy corta. Sin embargo, el incremento de potencia de los preparados de la planta, la disminución del antagonista natural cannabidiol en las nuevas variedades y el uso de spice han llevado a un incremento en la presentación de síntomas de abstinencia cada vez más intensos.





Los efectos sobre la salud derivados del consumo de preparados del *cannabis* siguen siendo el sujeto de un debate social sesgado por las consideraciones sobre su situación legal. Esta situación ha dificultado el desarrollo de estudios sobre las consecuencias médicas (fundamentalmente neurobiológicas) derivadas de su consumo crónico. Las principales consecuencias medicas del consumo intensivo de cannabis se muestran en la tabla 1.

TOXICIDAD AGUDA DEL CANNABIS

El consumo de *cannabis* no está asociado a mortalidad directa. La ausencia de receptores cannabinoideos en las neuronas del tronco encefálico que controlan las funciones vitales explica este hecho. Sin embargo, el consumo de cannabis, y en especial de cannabinoideos sintéticos, está asociado a un mayor número de efectos adversos, en especial psiquiátricos (sobre todo los relacionados con ansiedad y ataque de pánico), que supusieron cerca del 18% de los casos (Joanujus, y col 2011), así como de siniestralidad por accidentes (Barrio, y col. 2012). En la aparición de efectos agudos del cannabis tiene una gran relevancia el cambio que se ha producido en el cultivo de la planta. La consecución de variedades de cannabis con un alto contenido en THC y un bajo contenido en cannabidiol, como las variedades *de cultivos indoor*, han incrementado el número de urgencias derivadas del consumo agudo de *cannabis* (Joanujus et ál., 2011). El cannabidiol es un cannabinoide no psicotrópico presente en la planta y que actúa como un antagonista neutro del receptor CBI, provocando respuestas farmacológicas opuestas a las del THC, en especial en test de psicoactividad. La disminución de la cantidad de este cannabinoide y el incremento en el THC en las variedades puede estar detrás del incremento en reacciones adversas a los preparados del cannabis que se ha observado recientemente.

“El THC, como principal componente psicoactivo del cannabis, posee todas las propiedades características de las drogas de abuso”.

**EXPOSICIÓN CRÓNICA A CANNABIS:
CANNABIS Y PSICOPATOLOGÍA**

El verdadero problema del *cannabis* como droga de abuso deriva de los efectos que puede ejercer sobre el sistema nervioso central a largo plazo. Estas acciones son mucho más relevantes si consideramos los momentos críticos del desarrollo cerebral, en los que los fenómenos de plasticidad y reorganización cerebral pueden conducir a fenotipos alterados silenciosos, como ocurriría en la adolescencia. Los efectos principales son: **A) Trastornos psicóticos:** tema sujeto a gran debate, en el que estudios de metanálisis (Moore, y colaboradores 2007) demostraron que el consumo de cannabis causaba trastornos psicóticos, incrementando el riesgo en un 40% en consumidores ocasionales y hasta un 109% en los consumidores crónicos. **B) Trastornos del estado de ánimo:** el sistema cannabinoide endógeno actúa como un potente ansiolítico al limitar la activación de circuitos amígdalofugales implicadas en las respuestas de miedo condicionado y ansiedad. Este proceso se ve alterado por el consumo de cannabis, que se asocia a una mayor prevalencia a los trastornos del estado de ánimo inducidos, aunque la asociación no es tan fuerte como en el caso de los trastornos psicóticos, pero sí muy relevante en consumidores jóvenes, especialmente de sexo femenino. **C) Cognición y funciones ejecutivas:** La exposición aguda y crónica a *cannabis* produce cambios relevantes en las funciones cognitivas. Desde la coordinación motora hasta las tareas ejecutivas más complejas como las capacidades de planificación, organización, resolución de problemas, toma de decisiones y control del procesamiento emocional. Estos déficits dependen de la dosis, tiempo desde el último consumo, edad de inicio y duración del mismo (Crean et ál., 2011). El impacto del *cannabis* sobre las funciones ejecutivas, en especial en adolescentes, puede provocar un deterioro en las capacidades no solo de aprendizaje, sino de interacción social, lo que puede provocar un desplazamiento social que facilita el mantenimiento del consumo y un avance hacia la marginación. Otro efecto sobre cognición atañe a la memoria. La inhibición de la memoria reciente por los principios activos del *cannabis* se debe a la presencia de receptores para cannabinoídes en las neuronas de proyección del hipocampo. El grupo de investigación de Marsicano en Burdeos (2002) pudo demostrar que el sistema cannabinoide es esencial para la extinción rápida de memorias aversivas, algo fundamental para el ajuste correcto de los aprendizajes estímulo-respuesta.

“LOS EFECTOS SOBRE LA SALUD DERIVADOS DEL CONSUMO DE PREPARADOS DEL CANNABIS SIGUEN SIENDO EL SUJETO DE UN DEBATE SOCIAL SEGADO POR LAS CONSIDERACIONES SOBRE SU SITUACIÓN LEGAL”.

CONCLUSIONES

1. Los principios activos del *cannabis* actúan a través de un sistema de señalización endógeno implicado en desarrollo y plasticidad cerebral.
2. La estimulación crónica de este sistema endógeno puede inducir no solo dependencia / adicción sino también derivar en consecuencias neurobiológicas que tienen repercusión clínica.
3. Las principales consecuencias clínicas son, por un lado, el incremento en la aparición de psicopatología relacionado o no con el consumo de cannabis (tanto de trastornos del estado de ánimo, como de ansiedad y psicóticos) y por otro, alteraciones en los procesos cognitivos (memoria, atención, toma de decisiones, asunción de riesgos, control de impulsos).
4. Las consecuencias clínicas del consumo de cannabis son más graves si el consumo se realiza en la adolescencia.
5. Algunos de estos efectos son permanentes y suponen un desafío para los sistemas sanitarios dada la elevada prevalencia del consumo de *cannabis* en nuestro medio.



Tabla 1. Principales efectos secundarios derivados del consumo de preparados de *cannabis sativa* en humanos para los que hay evidencia científica contrastada.

CONSECUENCIA NEUROBIOLÓGICA	EDAD DE INICIO DEL CONSUMO FIN DEL ESTUDIO	FRECUENCIA DE CONSUMO	REFERENCIA
Depresión y ansiedad	15-22	Más de 1/semana	Patton y col., 2002
Depresión y ansiedad	> 15	Al menos una vez	Fernández y col., 2010
Psicosis	> 16	Al menos una vez	Moore y col., 2007
Psicosis	> 16	Más de 1/semana	Moore y col., 2007
Consumo de otras sustancias	15-21	Al menos 50 veces	Fergusson y col., 2000
Alteraciones en funciones ejecutivas	16-20	14 veces al mes	Solowij y col., 2011
Alteraciones en funciones ejecutivas	15-21	Más de 200 veces	Crean y col., 2011
Alteraciones en memoria	13-19	Más de 200 veces	Jager y col., 2010
Síntomas de abstinencia a cannabis	>18	Más de 100 veces	Levin y col., 2010

No se incluye la presencia de comorbilidad psiquiátrica, es decir, los trastornos psiquiátricos no-inducidos por el *cannabis*, presentes en consumidores de cannabis. Las funciones ejecutivas corresponden a atención, concentración, toma de decisiones, inhibición, impulsividad, memoria de trabajo y fluidez verbal.

BIBLIOGRAFÍA

- Barrio, G., Jiménez-Mejías, E., Pulido, J., Lardelli-Claret, P., Bravo, M.J., de la Fuente, L. (2012). Association between cannabis use and non-traffic injuries. *Accident Analysis & Prevention*, 47, 172-6.
- Devane, W.A., Dysarz, F.A. 3rd, Johnson, M.R., Melvin, L.S., Howlett, A.C. (1988). Determination and characterization of a cannabinoid receptor in rat brain. *Molecular Pharmacology*, 34, 605-13.
- Devane, W.A., Hanus, L., Breuer, A., Pertwee, R.G., Stevenson, L.A., Griffin, G., Gibson, D., Mandelbaum, A., Etinger, A., Mechoulam, R. (1992). Isolation and structure of a brain constituent that binds to the cannabinoid receptor. *Science*, 258, 1946-9.
- Fergusson, D.M., Horwood, L.J. (2000) Does cannabis use encourage other forms of illicit drug use? *Addiction*, 95, 505-20.
- Fernández-Artamendi, S., Fernández-Hermida, J.R., Secades-Villa, R., García-Portilla, P. (2011). Cannabis and mental health. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39, 180-90.
- Fernandez-Espejo, E., Viveros, M.P., Núñez, L., Ellenbroek, B.A., Rodríguez de Fonseca, F. (2009). Role of cannabis and endocannabinoids in the genesis of schizophrenia. *Psychopharmacology*, 206, (4) 531-49.
- Giuffrida, A.; Parsons, L.H.; Kerr, T.M.; de Fonseca, F.R.; Navarro, M.; Piomelli, D. Dopamine activation of endogenous cannabinoid signaling in dorsal striatum. *Nature Neuroscience*. 2, 358-363.
- Gonga JP; Onaivia ES; Ishiguroa H; Liua QR; Tagliaferro PA; Brusoc A; Uhla GR.; (2006). Cannabinoid CB2 receptors: Immunohistochemical localization in rat brain. *Brain Research*, 1071, (1), 10-23
- Jager, G., Block, R.I., Luijten, M., Ramsey, N.F. (2010). Cannabis use and memory brain function in adolescent boys: a cross-sectional multicenter functional magnetic resonance imaging study. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 49, 561-72.
- Levin, K.H., Copersino, M.L., Heishman, S.J., Liu, F., Kelly, D.L., Boggs, D.L., Gorelick, D.A. (2010). Cannabis withdrawal symptoms in non-treatment-seeking adult cannabis smokers. *Drug and Alcohol Dependence*, 111, 120-7.
- Maldonado, R., Rodríguez de Fonseca, F. (2002). Cannabinoid addiction: behavioral models and neural correlates. *The Journal of Neuroscience*, 22 (9), 3326-3321.
- Maldonado, R., Valverde, O., Berrendero, F. (2006). Involvement of the endocannabinoid system in drug addiction. *Trends in Neurosciences*, 29 (4), 225-32.
- Marsicano, G., Wotjak, C.T., Azad, S.C., Bisogno, T., Rammes, G., Cascio, G., Hermann, H., Tang, J., Hofmann, C., Zieglgänsberger, W., Di Marzo, V., Lutz, B. (2002). The endogenous cannabinoid system controls extinction of aversive memories. *Nature*, 418, 530-534.
- Matsuda L.A., Lolait, S.J., Brownstein, M.J., Young, A.C., Bonner, T.I. (1990). Structure of a cannabinoid receptor and functional expression of the cloned DNA. *Nature*, 346, 561-4.
- Mechoulam, R. (1970). Marijuana chemistry. *Science*, 168, 1159-66.
- Moore, T.H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T.R., Jones, P.B., Burke, M., Lewis, G. (2007) Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet*, 370, 319-28.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2015). El problema de la Drogodependencia en Europa. Informe Anual 2015. *Oficina de Publicaciones de la Unión Europea*. Luxemburgo.
- Patton, G.C., Coffey, C., Carlin, J.B. (2002). Degenhardt L, Lynskey M, Hall W. Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *British Medical Journal*, 325, 1195-8.
- Piomelli, D. (2003) The molecular logic of endocannabinoid signalling. *Nature Reviews of Neuroscience*, 4, (11), 873-84.
- 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 de Fonseca, F., Del Arco, I., Bermudez-Silva, F.J., Bilbao, A., Cippitelli, A., Navarro, M. (2005). The endocannabinoid system: physiology and pharmacology. *Alcohol and Alcoholism*, 40, 2-14.
- Solowij, N., Jones, K.A., Rozman, M.E., Davis, S.M., Ciarrochi, J., Heaven, P.C., Lubman, D.I., Yücel, M. (2011). Verbal learning and memory in adolescent cannabis users, alcohol users and non-users. *Psychopharmacology*, 216, (1), 131-44.

➤ Mesas redondas

1

**LAS POLÍTICAS DE REGULACIÓN
DEL CANNABIS: QUÉ ESTÁ PASANDO
Y QUÉ PODEMOS ESPERAR**

2

**CANNABIS: CONSUMO Y EVOLUCIÓN
DEL TRATAMIENTO**

3

**CANNABINOIDES SINTÉTICOS:
NUEVAS DROGAS, VIEJAS LOCURAS**

4

**CONSUMO DE CANNABIS Y PSICOSIS:
CAUSA O VULNERABILIDAD**

5

**CARACTERÍSTICAS PSICOPATOLÓGICAS
Y PERFILES DE PERSONALIDAD
EN CONSUMIDORES DE CANNABIS
EN TRATAMIENTO**

1

LAS POLÍTICAS DE REGULACIÓN DEL CANNABIS: QUÉ ESTÁ PASANDO Y QUÉ PODEMOS ESPERAR

Sonia Moncada Bueno

Jefa de Área de Prevención.
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

El cannabis es la droga ilegal más consumida en el mundo y su uso se ha ido normalizando en nuestra sociedad en las últimas décadas. El debate sobre la situación legal del cannabis no es nuevo. Desde su regulación como sustancia prohibida por Naciones Unidas en 1961, se ha venido cuestionando el estatus legal de esta sustancia y se proponen modificaciones para la despenalización, e incluso la legalización total de la misma. Dos argumentos básicos subyacen a esta propuesta: en primer lugar, se aduce que el balance entre los beneficios y los daños que produce la prohibición es negativo (criminalización de los consumidores, violencia y delincuencia asociada al tráfico de drogas, conductas de riesgo entre los consumidores, adulteración de sustancias...). En segundo lugar, se argumenta el fracaso del modelo prohibicionista de lucha contra las drogas, ya que su consumo, no solo no se ha erradicado, sino todo lo contrario.

En el caso del cannabis este cuestionamiento viene reforzado por varios motivos: en primer lugar, muchos la consideran una droga blanda, menos peligrosa que sustancias legales como el alcohol. En segundo lugar, se argumenta que su consumo se ha extendido tanto que en muchos países occidentales se comporta ya *de facto* casi como una droga legal en lo que al consumo se refiere. Por último, se aduce su potencial terapéutico como justificación para legalizarla.

Este debate está produciendo cambios en la percepción de la sociedad y en las propias políticas sobre el cannabis en muchos países occidentales, que van desde la despenalización del consumo hasta la liberalización total de la sustancia como un producto más de mercado.

Muchos son los países que se cuestionan la necesidad de cambios políticos en relación al cannabis, con distintos planteamientos que van desde la legalización de la marihuana para fines terapéuticos o la despenalización del consumo y/o del cultivo para uso personal con fines recreativos, hasta la legalización total de la sustancia de forma más o menos controlada.

Las consecuencias de estos cambios desde el punto de vista de la prevención y de la promoción de la salud son inciertas, pero contamos con elementos que nos permiten prever lo que puede ocurrir. Por un lado, ya hay una vasta experiencia en la prevención de las drogas legales y evidencias sobre la efectividad de las diferentes estrategias preventivas. Por otro lado, aquellas

experiencias de legalización están empezando a tener efectos en los lugares donde los procesos de legalización ya están en marcha y aunque de momento disponemos de poca información, habrá que estar atentos a cómo evoluciona la situación.

Nos centraremos en tres ejemplos paradigmáticos de lo que está pasando en relación al tema: el primero, Uruguay con un modelo de legalización hipercontrolado por el gobierno central; el segundo, los Estados Unidos, territorio Federal en el que algunos estados han aprobado la legalización total del cannabis con fines recreativos y por último el de España, con un modelo de despenalización del consumo que lleva años en marcha.

Uruguay es el único país del mundo que ha aprobado la legalización del cannabis con fines recreativos. La ley 20 de diciembre de 2014 regula la importación, producción, venta, comercialización, distribución y consumo de cannabis. El fin último de esta ley es la protección a los usuarios de esta droga del contacto con el comercio ilegal y la reducción de los daños asociados al consumo. Uno de los argumentos en que se sustenta la ley es el importante incremento del consumo en los últimos años (en población escolar se ha pasado del 8,4% de consumo ocasional en 2003 al 17% en 2014) y la alta accesibilidad de esta droga (un 31% de estudiantes reciben oferta de marihuana). El modelo uruguayo está basado en el control exclusivo del gobierno de toda la producción, venta y comercialización del producto. Para ello se ha creado un organismo, el IRCCA, que acredita la producción, la venta y hasta el propio consumo. La venta se realiza en farmacias

“ESTE DEBATE ESTÁ PRODUCIENDO CAMBIOS EN LA PERCEPCIÓN DE LA SOCIEDAD Y EN LAS PROPIAS POLÍTICAS SOBRE EL CANNABIS EN MUCHOS PAÍSES OCCIDENTALES”.



(acreditadas), a las cuales se obliga a un control exhaustivo de la sustancia. Está autorizado hasta un límite el autocultivo para uso personal y, también con límites y controles, los clubes cannábicos. Los consumidores de cannabis deben tener más de 18 años y estar acreditados, lo que les permite comprar hasta 40 gramos de cannabis al mes en centros autorizados o disponer de hasta 6 plantas de marihuana para su uso personal. Está prohibida la publicidad de esta droga. La ley obliga también a la puesta en marcha de acciones de prevención por parte del gobierno (campañas informativas, centros de información, inclusión de programas de habilidades de vida en el currículo educativo). La ley está en pleno proceso de desarrollo reglamentario.

Estados Unidos es el lugar donde se están produciendo los cambios más extremos en la regulación del cannabis. A pesar de que el Gobierno Federal asume la Convención Única de 1961 de estupefacientes de Naciones Unidas, cuatro estados han legalizado el cannabis con fines recreativos (Washington, Colorado, Oregón y Arizona) y la regulación en estos 4 estados es muy similar a la del alcohol e incluye la prohibición de la venta y consumo a menores de 21 años, limitaciones a la publicidad y marketing de esta sustancia y control sobre los productores, distribuidores y vendedores, que deben obtener una licencia específica para esta actividad comercial. En general, aunque hay algunas diferencias entre los estados, la marihuana medicinal se vende solo en farmacias; la recreativa en establecimientos previamente acreditados. Como todo producto de consumo está sujeto a impuestos que varían de un estado a otro (desde el 10% en Colorado hasta el 37% en Washington). Hay toda una creciente industria generada alrededor de la marihuana (empresas de estudios de mercado, de apoyo empresarial, de seguros para los negocios...). El mercado estadounidense está además diversificando los productos y actualmente hay una gran cantidad de derivados comestibles que se comercializan.

España es uno de los países con niveles más altos de consumo de cannabis, hasta el punto de que hoy en día el porcentaje

“En España el consumo de drogas está despenalizado, aunque no es lícita ni la producción, ni la venta o distribución del producto”.

de consumidores de esta sustancia es muy similar al de los fumadores de tabaco y aunque desde el año 2004, según los datos de las encuestas escolares del Plan Nacional sobre Drogas, la prevalencia de consumo entre escolares se ha reducido, 146.200 estudiantes entre 14 y 18 años se han iniciado en su consumo en 2014. Además de esto, una parte importante de los consumidores desarrolla patrones de consumo problemático y este hecho se agudiza con la edad (el 18% de los escolares de 18 años).

Es una droga de fácil accesibilidad, el precio medio del gramo en España es de aproximadamente 5 euros y casi el 65% de los escolares de la encuesta perciben que es fácil o muy fácil conseguirla. La percepción del riesgo relacionada con su consumo es muy similar a la relacionada con el consumo de tabaco. En España el consumo de drogas está despenalizado, aunque no es lícita ni la producción, ni la venta o distribución del producto. A pesar de esto, en los últimos años se han incrementado los clubes o asociaciones cannábicos por todo el país así como también lo ha hecho el autocultivo.

Aunque aún hay poca información, las repercusiones de estos cambios legislativos se están empezando a evaluar, tanto desde el punto de vista económico como de la salud, fundamentalmente con estudios realizados en Estados Unidos. En Uruguay, aún no se disponen de estudios sobre su impacto en el consumo y en la salud pública, aunque dentro del sistema de información del observatorio uruguayo de drogas se incluyen módulos específicos para el seguimiento de la ley.

Desde el punto de vista económico es la propia industria la que está realizando estudios de mercado. Según el estudio "El estado del mercado de la marihuana legal; 4ª edición", la marihuana legal es una de las mayores oportunidades de negocio de nuestro tiempo. Estiman que las ventas nacionales de esta sustancia han aumentado en un 232% entre 2015 y 2016, lo que repercute directamente en el aumento de las recaudaciones de los estados por los impuestos a esta actividad comercial. Por ejemplo, según ese estudio, en Colorado se recaudaron en 2014, 76 millones de dólares por este concepto y se esperaba que esta cifra ascendiera a 135 millones en 2015. Desde la perspectiva de la salud, tan solo un año después de la puesta en marcha ya hay indicadores que demuestran el aumento del consumo en este Estado (un incremento del 6% de adolescentes y un 11% entre estudiantes universitarios) y de todos los indicadores de problema relacionados con el cannabis (detenciones por consumo en vía pública, expulsiones de la escuela y expedientes académicos, urgencias médicas y accidentes de tráfico, entre otros).

El hecho de que la legalización aumenta el consumo es algo admitido por todas las partes, tanto defensores como detractores de esta medida. Pero la evolución hacia la legalización depende, según la propia industria del cannabis, de una serie de factores tales como el apoyo social y político, o la propia capacidad de este mercado para generar beneficios.

En relación a los aspectos económicos, los estudios estadounidenses apuntan una serie de factores que influirán en la rentabilidad del negocio y en el precio final de la droga y, por tanto, en su capacidad para competir con el mercado ilegal, que es uno de los objetivos de todas estas leyes. En primer lugar deben tomarse en consideración los impuestos que gravan el comercio de cannabis: no solo suelen ser altos, sino que además, dado que federalmente es una sustancia prohibida, no se pueden aplicar deducciones fiscales, lo que repercute directamente en el precio. Otro aspecto relevante es la dificultad de acceso de estos negocios a la financiación, ya que los bancos temen las implicaciones legales que pueda suponer financiar un negocio "ilegal", aparte de aspectos éticos a los que también se aduce.

En cuanto al apoyo social, en los Estados Unidos, el apoyo a la legalización sigue aumentando y es significativamente más alto en los estados en los que la marihuana se ha legalizado. Según una encuesta realizada por Gallup en 2015 (<http://www.gallup.com>), un 58% de los estadounidenses aprueban la legalización del consumo frente al 36% que lo hacía en 2005, superando el umbral del 50% que se estima como crítico, (este apoyo es significativamente más alto entre demócratas que entre republicanos). En España las cosas son diferentes: El apoyo a la legalización en la población general es hoy menor que en 1995. Solo el 27% de la población apoya esta medida y además la mayoría prefiere otras opciones para solucionar el problema (educación en las escuelas, tratamiento, control aduanero...). En cuanto al apoyo político, en los Estados Unidos 12 estados debatirán la cuestión en sus parlamentos en 2016. En Europa, diversos países han propuesto

introducir cambios en la legislación de esta sustancia en 2015, sin que en ningún caso las propuestas hayan sido aprobadas en sus parlamentos. En España no hay de momento ninguna propuesta de cambio de la legislación sobre la mesa, pero tanto el PSOE como Podemos proponen la despenalización de la producción y cultivo de esta droga.

No sabemos qué pasará en el futuro, pero evidentemente estas experiencias de legalización son oportunidades únicas para aprender. Mientras tanto debemos seguir insistiendo en la prevención, informando a la población sobre los riesgos y consecuencias del consumo, y ayudando a los decisores políticos aportándoles información basada en la evidencia y en la experiencia acumulada de muchos años de trabajo en este campo, especialmente en lo que se refiere a la prevención de las drogas legales.

BIBLIOGRAFÍA

- Alain Joffe, MD, MPH and W. Samuel Yancy The Committee on Substance Abuse and Committee on Adolescence. Legalization of Marijuana: Potential Impact on Youth. MD PEDIATRICS Vol. 113 No. 6 June 2004, pp. 632-638.
- Amy J. Porath-Waller, et al. A Meta-Analytic Review of School-Based Prevention for Cannabis Use. Health Education & Behavior, Vol. 37(5); 709-723 (October 2010).
- ArcView Market Research & New Frontier. The State of Legal Marijuana Markets: 4th Edition Executive Summary. 2015.
- Beau Dilmer, Kristy Kruihof, Mafalda Pardal, Jonathan P. Caulkins, Jennifer Rubin. Multinational overview of cannabis production regimes RAND Europe, 2013.
- Bryan M. Vance Big Changes Come To Oregon's Cannabis Industry This Year. Jan 22, 2016. <https://secure.opb.support/contribute/>
- David M. Fergusson & Joseph M. Boden University of Otago, Christchurch School of Medicine and Health Sciences, New Zealand. Cannabis use and later life outcomes. Addiction 103; 969-976
- Econorthwest Economics -Finance-Planning Oregon Cannabis Tax. Revenue Estimate: July 22, 2014.
- Madeline H. Meier, et al. Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife: PNAS Early Edition. www.pnas.org/cgi/dol/10.1073/pnas,
- Marijuana Policy Project The Control, Regulation, and Taxation of Marijuana and Industrial Hemp Act: A summary of Measure 91. <http://www.Mpp.Org>
- Nora D. Volkow et al. Effects of Cannabis Use on Human Behavior, Including. Cognition Motivation and Psychosis: A Review Jama Psychiatry 3 feb 2016.
- Oregon Health Authority. Public Health Division. The Oregon Medical Marijuana Program. Statistical Snapshot January 2016. www.healthoregon.org/marijuana
- Robin Room Legalizing a market for cannabis for pleasure: Colorado, Washington, Uruguay and beyond. Addiction, 109. 345-351.
- Rocky Mountain High Intensity Drug Trafficking Area. The legalization of Marijuana in Colorado. The impact. Vol, 3 Prev. 2015.
- Society for the Study of Addiction Book reviews. Virginia Berridge Demons: Our changing attitudes to alcohol, tobacco and drugs. Addiction, 109, 1388-1388.
- Society for the Study of Addiction. Editorial. Quasi-legal cannabis in Colorado and Washington: local and national implications. Addiction, 108, 837-838
- The Lancet Commission. Public health and International Drug Policy. Vol 837 April 2, 2016. www.the.lancet.com
- The Straight Dope on Marketing Marijuana and Promotional Products: <http://www.qualitylogoproduct.com/blog/straight-dope-marketing-marijuana-promotional-products/>

2

CANNABIS: CONSUMO Y EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO

Abel Baquero Escribano

Psicólogo Proyecto Hombre Castellón/
Fundación Amigó.

Isabel Vilimelis Cabedo

Directora Proyecto Hombre Castellón/
Fundación Amigó.



El cannabis en sus distintas variedades es la sustancia ilegal más consumida en España, y en la mayoría de países europeos, observándose un gradual incremento de su consumo también en otros continentes como Estados Unidos o Australia.

Cerca de un 23% de la población europea y un 30,4% de la española ha consumido algún derivado cannabináceo en alguna ocasión, situándose en un 29,9% la prevalencia de quienes demandan tratamiento para abandonar el consumo, con unas bajas tasas de remisión total y permanencia en los programas terapéuticos. Esta evolución exponencial del consumo de cannabis abarca una globalidad integral a nivel legal, social y clínico-asistencial. Las repercusiones legales oscilan en el espectro del propio sistema jurídico tanto a nivel civil, penal así como de regularización. Durante 2015 el incremento por incautaciones de la sustancia llega a 3,7 millones de plantas de marihuana y 460 toneladas de resina de cannabis, representando un 80% de las

incautaciones por sustancias en 2015 en Europa (*Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías, 2015*). También aumentan los delitos por tráfico, consumo u otros vinculados al uso de la sustancia: un mayor porcentaje de siniestralidad laboral, delitos de violencia o accidentes de tráfico (*Asbridge, Mann, Cusimano, Tallon, Pauley y Rehm, 2014*). Por otro lado, la vertiente regularizadora del estatus legal de la sustancia y principalmente de los nuevos cannabinoides sintéticos, se encuentra en auge hoy en día. Estos cannabinoides, indetectables con los tradicionales métodos de análisis, configuran un patrón de consumo lúdico o recreativo, pero en ocasiones condicionado por factores externos como situaciones de mantenimiento de la abstinencia ante sanciones administrativas, condicionantes legales alternativos a privación de libertad, normativa laboral, etc. Parece que por la complejidad, impacto mediático y diversificación, este escenario legal es uno de los marcos determinantes de la evolución del consumo de cannabis en los próximos años (*Williams, Bretteville-Jensen, 2014*).

Estos aspectos condicionan el marco social, siendo este un factor determinante del consumo de cualquier sustancia, mucho más del cannabis. El mensaje que acompaña al uso de las sustancias se ubica en parte al mito, en estadios iniciales de consumo y a la realidad científica cuando el uso de la sustancia ha configurado una problemática clínico/asistencial. Podemos encontrar ejemplos en el consumo de tabaco ó 3,4 metilendioximetanfetamina (MDMA) con su supuesta inicial inocuidad y la realidad psicopatológica detectada a posteriori. Esto también sucede en el consumo de cannabis (*Benzenhöfer y Passie, 2010*): existe una realidad cultural sobre lo inofensivo del consumo, así como una cierta tolerancia social hacia la sustancia. Un factor que guarda relación con esto es la proximidad geográfica con países como Marruecos, donde en la región del Rif, el uso y distribución se encuentra sistematizado siendo un determinante socioeconómico. Esta normalización parece proyectarse en los últimos años, donde las incautaciones, consumo y delitos por tráfico proveniente de cultivos propios se ha incrementado. Un llamativo indicador de este aumento es también la mayor cantidad de polen detectado en el aire (*Aboulaich, 2013*). La actual recesión económica, la permisividad social junto con la elevada diferencia coste/beneficio parecen ser los factores condicionantes de este exponencial auge del autocultivo tanto exterior como interior. Como consecuencia directa de esta mayor disponibilidad de la sustancia se produce un descenso en su precio conllevando un incremento del consumo y también del movimiento procannábico, llegando en los últimos años a mimetizarse dentro del ocio; con festivales o encuentros centrados en el uso de la sustancia y una frecuente presencia en medios de comunicación e internet, donde las dificultades de regulación permiten la adquisición, publicitación y distribución normativa de material e información sobre cultivo.

Este crecimiento del consumo es objeto de atención clínica, a la vez produce mayor demanda asistencial en las últimas décadas (*Nordstrom y Levin, 2007*). Cabe comentar en relación al tratamiento, que durante años existió el debate sobre el potencial adictivo del cannabis, a día de hoy, no cabe duda alguna (*Dennis, Babor, Roebuck y Donaldson, 2002*). Diversas investigaciones ofrecen evidencia neurofisiológica sobre la interacción del THC en el sistema dopaminérgico, en estructuras mesocorticolímbicas o núcleo accumbens. (*Tanda, Pontieri, Di Chiara, 1997*).

“EL MENSAJE QUE ACOMPAÑA AL USO DE LAS SUSTANCIAS SE UBICA EN PARTE AL MITO, EN ESTADIOS INICIALES DE CONSUMO, Y A LA REALIDAD CIENTÍFICA, CUANDO EL USO DE LA SUSTANCIA HA CONFIGURADO UNA PROBLEMÁTICA CLÍNICO/ASISTENCIAL”.



Una de las primeras líneas de intervención asistencial es la prevención del uso en menores de edad, si bien pese a las cada vez más específicas campañas de prevención, las tasas de prevalencia por trastorno por consumo de cannabis siguen incrementándose. Estas actuaciones preventivas evolucionan a intervenciones conjuntas con la familia en contexto convivencial, donde se interviene desde un enfoque conductual, cognitivo y motivacional, así como con diferentes técnicas prototípicas del enfoque sistémico (*Thatcher y Clark, 2006*). La atención a los trastornos por uso de cannabis requiere una intervención integral, comprendiendo atención psicoterapéutica pero también farmacológica, donde la primera valoración médico/psiquiátrica encuentra ciertas controversias como la existencia o no de síndrome de abstinencia. Éste se caracteriza por ansiedad, irritabilidad, malestar físico y anhedonia lo que conlleva, según valoración, la administración o no de tratamiento pautado (*Haney, Ward, Comer, Foltin y Fischman 1995; Marlatt y Gordon, 1985*). En todas las revisiones sobre eficacia del tratamiento, la administración conjunta de psicofármacos ofrece mejores resultados que la simple intervención terapéutica. Este abordaje farmacológico está indicado en procesos de intoxicación, consumo esporádico, dependencia, patología dual, etc. (*Benard et al, 2015*). Las intervenciones psicoterapéuticas que se llevan utilizando a partir de este primer y necesario ajuste farmacológico son muy diversas: desde las pioneras recomendaciones centradas en ejercicio físico reglado, cuidados pulmonares, dieta, sueño estructurado y seguimiento de programas de 12 pasos (*Miller, Gold y Pottash, 1989*), hasta enfoques que llegan a utilizar la terapia aversiva en vertientes como el uso de descargas eléctricas o

XVIII Jornadas de la Asociación Proyecto Hombre

agentes eméticos, si bien con nulos resultados (Smith, Schmeling, Knowles, 1988). Los profesionales comienzan a intervenir de una manera más integral desde programas estructurados; alguna de estas experiencias consisten en sesiones de evaluación tras las que se fijan objetivos, estrategias de reducción de daños y de uso controlado, entrenamiento de habilidades sociales y el trabajo con materiales escritos, principalmente de autoayuda (Lang, Englander y Brooke, 2000). Es evidente que existen diferentes aproximaciones terapéuticas para el uso de cannabis, algunas de corte más tradicional o de primera y segunda generación: cognitivas, humanistas, conductistas, etc. Otras más recientes centradas en el contextualismo funcional: mindfulnes, aceptación y compromiso, etc., Según estudios se obtendrá una mayor o menor eficacia de cada una de ellas, si bien ninguna forma de psicoterapia parece resultar más efectiva que otra (Babor, 2012; Nordstrom, 2007).

La evaluación del estado actual de los tratamientos para abandonar el uso de cannabis así como de la investigación al respecto, ofrece diferencias importantes entre la propia conceptualización del trastorno, así como en la intervención, criterios diagnósticos, duración, seguimiento, control toxicológico, etc. La literatura sobre el tratamiento es reciente y sugiere que los tipos de programas eficaces con otras sustancias los son también con el uso de cannabis. Es evidente la complejidad del tratamiento por uso de cannabis, así como el estudio y evaluación

de los programas efectivos para este trastorno (Danovitch y Gorelick, 2012; Davis, Powers, Handelsman, Medina, Zvolensky y Smits, 2015), ésta es una línea de actuación prioritaria en el campo de las adicciones, en vista a optimizar y adaptar los procedimientos terapéuticos existentes, así como de prevenir las graves consecuencias de su consumo. El uso de cannabis ha evolucionado notablemente en los últimos años pasando de ser una sustancia sin resultar apenas objeto de atención clínica, a ser uno de los mayores desafíos de la intervención en trastornos por uso de sustancias.

“Una de las primeras líneas de intervención asistencial es la prevención del uso en menores de edad”.

BIBLIOGRAFÍA

- Aboulaich, N., Trigo, M. M. M., Bouziane, H., Cabezudo, B., Recio, M., El Kadiri, M. y Ater, M. (2013). Variations and origin of the atmospheric pollen of Cannabis detected in the province of Tetouan (NW Morocco): 2008-2010. *Science of the Total Environment*, 443, 413–419. <http://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2012.10.075>
- Asbridge, M., Mann, R., Cusimano, M. D., Tallon, J. M., Pauley, C. y Rehm, J. (2014). Cycling-related crash risk and the role of cannabis and alcohol: A case-crossover study. *Preventive Medicine*, 66, 80–86. <http://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.06.006>
- Marijuana, T. y Project, T. (2004). Brief treatments for cannabis dependence: findings from a randomized multisite trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 455–466. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.72.3.455>
- Benard, V., Rolland, B., Messaadi, N., Petit, A., Cottencin, O. y Karila, L. (2015). Consommation de cannabis : conduite à tenir en médecine générale. *La Presse Médicale*, 44, 707-715.
- Benzenhöfer, U. y Passie, T. (2010). Rediscovering MDMA (ecstasy): The role of the American chemist Alexander T. Shulgin. *Addiction*, 105, 1355–1361. <http://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.02948.x>
- Danovitch, I. y Gorelick, D. A. (2012). State of the Art Treatments for Cannabis Dependence. *Psychiatric Clinics of North America*.
- Davis, M. L., Powers, M. B., Handelsman, P., Medina, J. L., Zvolensky, M. y Smits, J. A. J. (2015). Behavioral therapies for treatment-seeking cannabis users: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Evaluation & the Health Professions*, 38, 94–114. <http://doi.org/10.1177/0163278714529970>
- Dennis M, Babor T. F, Roebuck M.C. y Donaldson J.(2002). Changing the focus: the case for recognizing and treating cannabis use disorders *Addiction*, 97, 4-15.
- Haney, M., Ward, A. S., Comer, S. D., Foltin, R. W. y Fischman, M. W. (1999). Abstinence symptoms following oral THC administration to humans. *Psychopharmacology*, 141, 385–394. <http://doi.org/10.1007/s002130050848>
- Lang E, Englander M. y Brooke T. (2000). Report of an integrated brief intervention with self-defined problem cannabis users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 111–116.
- Marijuana, T. y Project, T. (2004). Brief treatments for cannabis dependence: findings from a randomized multisite trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 455–466. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.72.3.455>
- Miller, N. S., Gold, M. S. y Pottash, A. C. (1989). A 12-step treatment approach for marijuana (cannabis) dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6(4), 241–250. [http://doi.org/10.1016/0740-5472\(89\)90048-2](http://doi.org/10.1016/0740-5472(89)90048-2)
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. *Informe Europeo Sobre Drogas 2015. Tendencias Y Novedades*. Lisboa: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2015.
- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, (2015) Estadísticas 2015: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de Publicaciones, Madrid.
- Smith, J. W., Schmeling, G. y Knowles, P. L. (1988). A marijuana smoking cessation clinical trial utilizing THC-free marijuana, aversion therapy, and self-management counselling. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 5, 89–98. [http://doi.org/10.1016/0740-5472\(88\)90018-9](http://doi.org/10.1016/0740-5472(88)90018-9)
- Tanda, G., Pontieri, F. E. y Di Chiara, G. (1997). Cannabinoid and heroin activation of mesolimbic dopamine transmission by a common mu opioid receptor mechanism. *Science*, 276, 2048–2050. <http://doi.org/10.1126/science.276.5321.2048>
- Thatcher, D. L. y Clark, D. B. (2006). Adolescent alcohol abuse and dependence: Development, diagnosis, treatment and outcomes. *Current Psychiatry Review*, 2, 159-177.
- Williams, J. y Bretteville-Jensen, A. L. (2014). Does liberalizing cannabis laws increase cannabis use? *Journal of Health Economics*, 36, 20–32. <http://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2014.03.006>

3

CANNABINOIDES SINTÉTICOS: NUEVAS DROGAS, VIEJAS LOCURAS

El inconsciente es la historia de la humanidad desde tiempos inmemoriales.

Carl Gustav Jung (1875-1961)

Mihaela Gabriela Dalae

Grupo de investigación TXP,
Universidad CEU-Cardenal-Herrera,
Castellón.



Foto: Alba Bernabé

Los cannabinoides sintéticos (SC) forman parte de las nuevas drogas emergentes también denominadas sustancias "inteligentes". Estas sustancias aparecen por primera vez en 1960 al explorar los posibles usos médicos en los receptores cannabinoides, desde entonces reciben una gran variedad de nombres, entre ellos "legal highs", "Spice" y "K2" (EMCDDA, 2009). Su situación legal es compleja, obedeciendo al doble estatus de "legales", ya que no están controladas por los tratados internacionales de control de drogas y de "naturales" por presentarse como una mezcla de hierbas de origen botánico.

Esta supuesta "alegalidad" produce en la primera década de este siglo una rápida expansión y comercialización a través de Internet, publicitándose como una mezcla exótica de incienso aromático no apto para consumo humano. A pesar de que no existe un perfil de consumidor, el mercado de "Spice" se orienta hacia jóvenes de entre 12 y 20 años (Forrester, 2012) a los que muestran la droga de una forma atractiva e inofensiva con diferentes sabores y llamativos paquetes de colores.

Pese a las limitaciones para identificar el contenido específico de cada paquete de SC se ha confirmado que estos productos contienen compuestos sintéticos similares al tetrahidrocannabinol, componente psicoactivo del cannabis, con una farmacodinámica agonista total en los receptores cannabinoides CBI y una afinidad de los compuestos entre 20 y 100 veces más potente que el THC (EMCDDA, 2009), además los SC no contienen cannabidiol, antagonista natural CBI, presente en la cannabis sativa y que tendría un efecto protector ante los episodios psicóticos.

A pesar de las crecientes restricciones legales, este fenómeno se incrementa a pasos agigantados mundialmente convirtiéndose en una atractiva alternativa para los usuarios que buscan eludir los modos habituales para la detección de tóxicos en orina (Salani, 2015). Diferentes casos de este tipo se han descrito en las fuerzas militares de EEUU, trabajadores de la minería en Australia o personas privadas de libertad en Suecia (Hurst, 2011; Johnson, 2011; EMCDDA, 2014).

El incremento de casos en los centros de toxicología y sistemas de control de drogas en Europa, EEUU y Australia, junto con un aumento del número de proveedores en línea, ilustran la tendencia de un mayor uso de las SC (EMCDDA, 2014; Tait, 2016). Mirando hacia EEUU, en el último año de secundaria los SC es la segunda sustancia más utilizada después de la marihuana (Johnson, 2011) y el 8% de los estudiantes universitarios habían consumido SC el año anterior (Hu, 2011). En Europa las cifras son similares con un 7% de adolescentes entre 15 y 18 años que reconocen haber usado SC al menos una vez en alguna ocasión y un 3% durante el último mes (Mongerstern, 2012).

A falta de pruebas toxicológicas de detección, los datos recogidos se basan en su mayoría en autoinformes, sugiriendo que la magnitud de este fenómeno es de mayor alcance que el documentado.

“A PESAR DE QUE NO EXISTE UN PERFIL DE CONSUMIDOR, EL MERCADO DE “SPICE” SE ORIENTA HACIA JÓVENES DE ENTRE 12 Y 20 AÑOS, A LOS QUE MUESTRAN LA DROGA DE UNA FORMA ATRACTIVA E INOFENSIVA CON DIFERENTES SABORES Y LLAMATIVOS PAQUETES DE COLORES”.

USO, ABUSO Y EFECTOS SECUNDARIOS

Las investigaciones recientes alertan que los efectos secundarios del consumo de SC son más graves que los derivados del uso de cannabis (Forrester, 2012; Tait, 2016) y que el riesgo de requerir tratamiento médico de emergencia tras su uso es entre 14 y 30 veces mayor en comparación con el cannabis tradicional (Winstock, 2015). Una gran variedad de estudios identifican efectos adversos comunes consistentes en náuseas, problemas cardiorespiratorios, hipertensión, taquicardia, insuficiencia renal aguda, ansiedad, agitación, psicosis, ideación suicida y deterioro cognitivo (Castañeto, 2014; Forrester, 2012; Salani, 2015; Tait, 2016). Ante estos síntomas, el tratamiento farmacológico de corta duración es suficiente para paliar la gran mayoría de efectos secundarios. No obstante, hay que prestar especial atención a los efectos menos usuales y más graves que se producen en una minoría de casos: neurológicos, cerebrovasculares, cardiovasculares, y psiquiátricos, siendo sus efectos a largo plazo todavía desconocidos (Tait, 2016).

Estas nuevas drogas pueden jugar un papel muy importante en “viejas locuras” tales como la esquizofrenia, pese a no existir evidencia empírica de causalidad directa.

Diversos estudios muestran una posible asociación entre el uso de SC y el desarrollo de trastornos psicóticos, episodios psicóticos con características catatónicas, síndrome de Capgras y autolesiones inducidas por SC en sujetos vulnerables sin antecedentes psiquiátricos previos (Hurst, 2011; Van Der Veer, 2011; Haro, 2014).

UN ESTUDIO DE CASO: LA MUJER “PLACAJE”

Uno de los primeros casos de adicción a estas nuevas drogas descritos en nuestro país y, sin duda, uno de los más relevantes debido a la sintomatología descrita, se registró en mayo de 2012 en el Hospital Provincial de Castellón.

La paciente, una joven de 19 años, acudió a Urgencias de Salud Mental debido a graves alteraciones clínicas ocasionadas por el abuso de SC. En su historial se revela que presentaba consumo habitual de tabaco y hachís. El primer contacto con los SC, sustancias que la paciente adquiría de manera legal en una grow-shop de Valencia, se produjo en abril de 2011, momento a partir del cual su consumo se intensificó, utilizando especialmente una variante de la droga conocida en el argot del contexto de consumo como “placaje”.

A partir de noviembre del mismo año la paciente empezó a desarrollar episodios psicóticos breves con sintomatología autorreferente, soliloquios, risas inapropiadas, así como alucinaciones visuales acompañadas por una intensa sensación de despersonalización y desrealización además de un marcado deterioro de la higiene personal.

No obstante, lo más llamativo para los especialistas fueron los síntomas motores asociados al consumo. Se instauró un trastorno motor similar a la catatonía, consistente principalmente en falta de armonía motora, bradicinesia y rigidez muscular en la zona del cuello, la cabeza y los brazos, similar a la postura de la “mantis religiosa”.

Con el fin de determinar si la sintomatología se debía a una etiología orgánica se llevaron a cabo varias pruebas médicas, descartando el posible diagnóstico de Parkinson. Los análisis de orina no revelaron la presencia de tetrahydrocannabinol (THC) pero se encontraron restos de cannabinoides sintéticos en las muestras de laboratorio.

A partir de la llegada a consulta se inició la abstinencia a SC. Pasado un período de dos meses sin consumo, combinado con un tratamiento farmacológico basado en la administración de aripiprazol, lorazepam y biperiden, los episodios psicóticos y los trastornos motores cesaron parcialmente. La paciente continuaba padeciendo abulia y mantiene la postura de la “mantis religiosa” incluso hasta después de finalizar el tratamiento farmacológico en septiembre de 2012.

En ese momento se inició el tratamiento psicoterapéutico individual, con el objetivo de recuperar las habilidades sociales perdidas y evitar posibles recaídas. La recuperación total sobrevino en junio de 2013.





Foto: Alba Bernabé

CONCLUSIONES

El uso de estas nuevas sustancias es motivo de alarma social, judicial y clínica, asociándose a graves problemas psicológicos y físicos. Se requieren estudios de investigación que mejoren el conocimiento de sus características farmacológicas, efectos a corto y largo plazo, así como la mejora de disponibilidad de recursos de laboratorio para su detección, en vistas a facilitar la valoración diagnóstica al personal sanitario, a la vez, se debe hacer especial énfasis en campañas psicoeducativas para aumentar la percepción de riesgo entre la población vulnerable.

“Estas nuevas drogas pueden jugar un papel muy importante en “viejas locuras” tales como la esquizofrenia, pese a no existir evidencia empírica de causalidad directa”.

BIBLIOGRAFÍA

- Castañeto, M. S., Gorelick, D. A., Desrosiers, N. A., Hartman, R. L., Pirard, S., y Huestis, M. A. (2014). Synthetic cannabinoids: epidemiology, pharmacodynamics, and clinical implications. *Drug and alcohol dependence*, 144, 12-41.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2009). Understanding the ‘Spice’ phenomenon. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Forrester, M.B., Kleinschmidt, K., Schwarz, E., et al. (2012). Synthetic cannabinoid and marijuana exposures reported to poison centers. *Hum Exp Toxicol* 31, 1006–11.
- Haro, G., Ripoll, C., Ibáñez, M., Orengo, T., Liaño, V. M., Meneu, E., y Traver, F. (2014). Could spice drugs induce psychosis with abnormal movements similar to catatonia? *Psychiatry*, 77, 206-208.
- Hu, X., Primack, B. A., Barnett, T. E., & Cook, R. L. (2011). College students and use of K2: An emerging drug of abuse in young persons. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 6, 16.
- Hurst, D., Loeffler, G., McLay, R. (2011). Psychosis associated with synthetic cannabinoid agonists: a case series. *American Journal of Psychiatry*, 168, 1119.
- Johnson, L. A., Johnson, R. L., Alfonso C. (2011) Spice: a legal marijuana equivalent. *Military Medicine*, 176, 718–720.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA). (2014). Informe europeo sobre drogas. Tendencias y novedades.
- Salani, D. A., & Zdanowicz, M. M. (2015). Synthetic cannabinoids: the dangers of spicing it up. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 53, 36-43
- Tait, R. J., Caldicott, D., Mountain, D., Hill, S. L., & Lenton, S. (2016). A systematic review of adverse events arising from the use of synthetic cannabinoids and their associated treatment. *Clinical Toxicology*, 54(1), 1-13.
- Van Der Veer, N., & Friday, J. (2011). Persistent psychosis following the use of Spice. *Schizophrenia Research*, 130, 285–286.
- Winstock, A.R., Lynskey, M., Borschmann, R., et al. (2015). Risk of emergency medical treatment following consumption of cannabis or synthetic cannabinoids in a large global sample. *Journal of Psychopharmacology*, 29, 698–703.

4

CONSUMO DE CANNABIS Y PSICOSIS: CAUSA O VULNERABILIDAD



Miguel Ruiz Veguilla

Doctor por la Universidad de Granada
y Médico Especialista en Psiquiatría.
Hospital Virgen del Rocío. UGC-Salud
Mental. Sevilla

Manuel Canal Rivero

María Luisa Barrigón Estévez

Numerosos trabajos han estudiado el papel del consumo de cannabis en el desarrollo de síntomas de carácter psicótico. Pero, ¿existe realmente una relación entre el inicio de consumo y la aparición de este tipo de sintomatología?, ¿es el cannabis un factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos psicóticos? Y por último, ¿puede el consumo de cannabis en población no clínica provocar la aparición de síntomas psicóticos? En la ponencia trataremos de responder a estas preguntas presentando los datos obtenidos en algunas de nuestras investigaciones.

En un estudio realizado (Barrigón et al., 2010) se halló una relación entre la edad de inicio de consumo frecuente de cannabis y el debut de trastornos psicóticos. Además, esta relación fue independiente de características tales como sexo, consumo de cocaína, hábito de tabaco o consumo de alcohol excesivo. En concreto, los análisis de carácter estadístico mostraron cómo los consumidores tempranos de cannabis tenían dos veces más riesgo de desarrollar un trastorno psicótico a menor edad que aquellos pacientes que no presentaban este patrón de consumo. Existe numerosa literatura científica que muestra las dificultades y peor pronóstico de los trastornos psicóticos de inicio temprano. En base a estos datos, podemos concluir que el inicio temprano del consumo en alta frecuencia duplica la probabilidad del debut temprano de los trastornos psicóticos en personas vulnerables al desarrollo del trastorno. Por otra parte, los resultados aquí expuestos resaltan el papel del cannabis como factor de riesgo.

En otro estudio, (Ruiz-Veguilla et al., 2013) analizaron los efectos del consumo de cannabis en población no clínica. Se registró el patrón de consumo y se evaluó la presencia de sintomatología de carácter psicótico. Se encontraron diferencias significativas en la presencia de sintomatología psicótica entre los consumidores diarios de cannabis y consumidores no diarios. En concreto, aquellas personas con consumo diario informaban de la presencia de más experiencias psicóticas. En particular, referían más voces y experiencias de primer rango que consumidores no diarios. Estas diferencias se mantuvieron cuando los datos fueron ajustados por sexo, edad, exclusión social, y consumo frecuente de otras drogas. En el mismo trabajo, analizamos el posible efecto que la edad de inicio de consumo pudiera ejercer en esta relación. En concreto, hallamos que aquellos consumidores cuyo inicio de consumo diario fue previo a los 17 años presentaban rangos significativamente más frecuentes de síntomas de primer rango y en la escucha de voces que aquellos que presentaban este patrón de consumo posterior a los 17 años. Esta diferencia continuó siendo significativa aun cuando se controlaba el efecto que sobre esta relación pudieran ejercer la edad, sexo, exclusión social, alcohol y otras drogas.

Los datos aquí presentados demuestran la influencia del consumo de cannabis en el desarrollo de sintomatología psicótica. La inclusión de este tipo de información en programas de prevención de consumo, pudieran contribuir a la concienciación de los efectos adversos del consumo de cannabis y su relación con la aparición de sintomatología psicótica clínica y subclínica.

“El inicio temprano del consumo en alta frecuencia **duplica** la probabilidad del debut temprano de los trastornos psicóticos en personas vulnerables al desarrollo del trastorno”.



BIBLIOGRAFÍA

- Barrigón, M. L., Gurpegui, M., Ruiz-Veguilla, M., Diaz, F. J., Anguita, M., Sarramea, F., & Cervilla, J. (2010). Temporal relationship of first-episode non-affective psychosis with cannabis use: A clinical verification of an epidemiological hypothesis. *Journal of Psychiatric Research*, 44(7), 413–420. doi:10.1016/j.jpsychires.2009.10.004
- Ruiz-Veguilla, M., Barrigón, M. L., Hernández, L., Rubio, J. L., Gurpegui, M., Sarramea, F., ... Ferrin, M. (2013). Dose-response effect between cannabis use and psychosis liability in a non-clinical population: Evidence from a snowball sample. *Journal of Psychiatric Research*, 47(8), 1036–1043. doi:10.1016/j.jpsychires.2013.03.003

5

CARACTERÍSTICAS PSICOPATOLÓGICAS Y PERFILES DE PERSONALIDAD EN CONSUMIDORES DE CANNABIS EN TRATAMIENTO

José Luis Rodríguez Sáez
Fundación Aldaba – Proyecto Hombre.

Alfonso Salgado Ruiz
Universidad Pontificia de Salamanca.



“EL OBJETIVO DE ESTE ESTUDIO ES DESCRIBIR EL PERFIL SOCIAL, CARACTERÍSTICAS PSICOPATOLÓGICAS Y PERSONALIDAD DE LOS USUARIOS QUE RECIBEN TRATAMIENTO EN PROYECTO HOMBRE VALLADOLID POR DEPENDENCIA DE CANNABIS, CON INTENCIÓN DE DISEÑAR ESTRATEGIAS PREVENTIVAS Y TRATAMIENTOS EFICACES EN FUNCIÓN DE ESTAS VARIABLES”.

INTRODUCCIÓN

El cannabis es la sustancia ilegal más consumida en España y la que más demanda de tratamiento genera entre quienes solicitan ayuda por primera vez. Además, la mayoría de quienes reciben tratamiento por cannabis lo consume a diario (Babín, 2015).

El estudio de comorbilidad de trastornos de la personalidad con dependencia del cannabis tiene una significación clínica relevante, ya que se asocia a una mayor probabilidad de problemas psicosociales, menor adherencia al tratamiento y mayor dificultad en el mantenimiento de la abstinencia (Echeburúa et al., 2010).

El objetivo de este estudio es describir el perfil social, características psicopatológicas y personalidad de los usuarios que reciben tratamiento en Proyecto Hombre Valladolid (PH-V) por dependencia de cannabis, con intención de diseñar estrategias preventivas y tratamientos eficaces en función de estas variables.

METODOLOGÍA

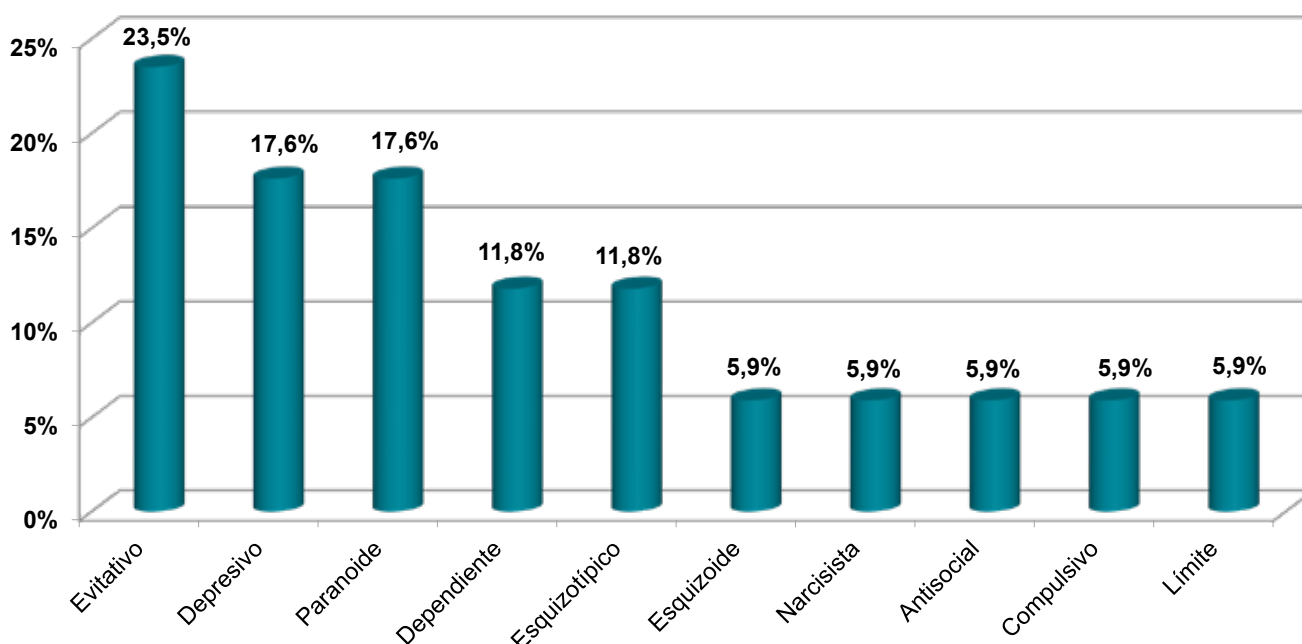
La muestra N=17 está formada por personas que reciben tratamiento psicológico en Proyecto Hombre Valladolid por dependencia de cannabis. Se utilizaron los instrumentos EuropASI, SCL-90-R y MCMI-III.

RESULTADOS

En cuanto a las **variables sociodemográficas**, el perfil de usuario apunta a un varón soltero con una edad 25,59 años. Sus estudios no superan la enseñanza secundaria obligatoria y su ocupación ha sido un trabajo sin formación previa. Tiene un bajo nivel de empleo y su principal fuente de ingresos es la red primaria de apoyo (70,6%).

En cuanto a los **perfiles de personalidad**, los resultados del MCMI-III de Millon (1997) revelan que el 58,8% de los usuarios presentan posible trastorno de personalidad, aunque con criterios **más estrictos**, la prevalencia alcanzaría el 29,4% de la muestra.

Prevalencia de trastornos de personalidad (PREV>74)



Si se aplica como punto de corte la puntuación de prevalencia mayor o igual a 75, los trastornos más prevalentes son el evitativo, el depresivo y el paranoide. Si se aplica el criterio más estricto (PREV>84), los más prevalentes son el evitativo, el esquizotípico y el dependiente.

En cuanto a las **características psicopatológicas**, destaca la escala de Depresión, Ideación Paranoide y Obsesión-Compulsión. Las puntuaciones más bajas corresponden a Ansiedad Fóbica, Psicoticismo y Somatización.

Sub-escalas del SCL-90-R

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Somatización	17	0,00	3,58	1,10	0,96
Obsesión-Compulsión	17	0,40	3,50	1,46	0,93
Sensibilidad Interpersonal	17	0,22	3,11	1,37	1,06
Depresión	17	0,54	3,54	1,73	1,02
Ansiedad	17	0,00	3,10	1,22	0,94
Hostilidad	17	0,00	3,33	1,22	0,81
Ansiedad Fóbica	17	0,00	3,00	0,87	0,96
Ideación Paranoide	17	0,00	3,50	1,50	1,08
Psicoticismo	17	0,00	2,90	1,08	1,01
GSI	17	0,29	3,09	1,32	0,87
PST	17	17,00	86,00	54,88	23,83
PSDI	17	1,42	3,23	2,01	0,57

CONCLUSIONES

El análisis de resultados sugiere que los consumidores dependientes del cannabis tienen un nivel formativo bajo, lo que podría explicarse por la relación negativa existente entre el consumo crónico de cannabis y el rendimiento académico: el bajo rendimiento precede al consumo de cannabis (Hall y Solowij, 1998) o éste interfiere negativamente en el funcionamiento escolar por el síndrome amotivacional, el daño cognitivo generado o el entorno social frecuentado (Lynskey y Hall, 2000).

La tercera parte de los pacientes dependientes del cannabis presentan trastornos de personalidad, lo que coincide con otros estudios (Mariani et al., 2008; Echeburúa et al., 2010). Los trastornos de la personalidad más específicos en estas personas son los pertenecientes al grupo C: trastorno evitativo y dependiente, así como los pertenecientes al grupo A: esquizotípico y paranoide.

A su vez, la sintomatología depresiva acompaña frecuentemente a los sujetos dependientes del cannabis (Bovaso, 2002). Diversos estudios han descrito una relación entre cannabis y trastornos depresivos de intensidad leve-moderada (Chen et al., 2002; Looby y Earlywine, 2007; Van Laar et al., 2007, entre otros).

Dos metanálisis concluyen que el abuso de cannabis es un factor de riesgo para los síntomas depresivos: Degenhart y cols. (2003) concluyen que existe una correlación entre cannabis y síntomas depresivos cuando el inicio del consumo es a edad temprana y con una frecuencia al menos semanal; el estudio de Moore y cols. (2007) concluye que el efecto del cannabis en la aparición de depresión es moderado.

Nuestro estudio sugiere la importancia de realizar una evaluación previa a todas las personas que demandan tratamiento para implementar programas de intervención orientados específicamente a los déficit de personalidad característicos de los sujetos dependientes del cannabis. Las intervenciones guiadas por la personalidad permiten adecuar los objetivos y ajustar el ritmo y consecución de los mismos y deben ser tenidos en cuenta para un análisis más detallado de las necesidades que presentan estos pacientes (Martínez-González y Verdejo, 2014).



“Nuestro estudio sugiere la importancia de realizar una evaluación previa a todas las personas que demandan tratamiento para implementar programas de intervención orientados específicamente a los déficit de personalidad característicos de los sujetos dependientes del cannabis”.

BIBLIOGRAFÍA

- Babín, F. (2015). *Nota de prensa. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y otras Drogas 2013/2014*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Bovasso G (2001). Cannabis abuse as risk factor for depressive symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 158, 2033-2037.
- Chen C.Y. et al. (2002). Marijuana use and the risk of major depressive episode. Epidemiological evidence from the United States National Comorbidity Survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 199-206.
- Degenhart L, Hall W, Lynskey M (2003). Exploring the association between cannabis use and depression. *Addiction*, 98, 1493- 1504.
- Echeburúa, E. et al. (2010) Trastornos de la personalidad en adultos jóvenes dependientes del cannabis en tratamiento: un estudio comparativo. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 18, 229-239.
- Hall, W. y Solowij, N. (1998). Adverse effects of cannabis. *The Lancet*, 352, 1611-1616.
- Lynskey, M. y Hall, W. (2000). The effects of adolescent cannabis use on educational attainment: a review. *Addiction*, 95, 1621-1630.
- Looby A, Earlywine M (2007). Negative consequences associated with dependence in daily cannabis users. *Substance Abuse Treatment and Preventy Policy*, 10, 3.
- Mariani, J. J. et al. (2008). Antisocial behavioral syndromes in cocaine and cannabis dependence. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 34, 405-414.
- Martínez-González, J.M. y Verdejo, A. (2014) *Drogodependientes con trastorno de la personalidad. Guía de intervenciones psicológicas*. Bilbao: DDB.
- Millon, T. y Davis, R. (1997) *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (2nd Ed.)* Minneapolis: Pearson
- Moore T. et al. (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet*, 370, 319-328.
- Van Lar M. et al. (2007). Does cannabis use predict the first incidence of mood and anxiety disorders in the adult population? *Addiction*, 102, 1251- 1260.

> Mesas de experiencias

mesa 1

PREVENCIÓN

- 1.1. BUENAS PRÁCTICAS DE "JUST A TEMPS": PROGRAMA AMBULATORIO PARA PERFIL ESTRUCTURADO ADOLESCENTE CONSUMIDOR DE CANNABIS
- 1.2. PREVIA: PROGRAMA DE APOYO PARA LA TRANSICIÓN DE LA ADOLESCENCIA A LA VIDA ADULTA
- 1.3. TALLER PARA REDUCIR LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL Y CANNABIS

mesa 2

TRATAMIENTO

- 2.1. RETOS Y AVANCES EN LA INTERVENCIÓN CON JÓVENES CONSUMIDORES DE CANNABIS
- 2.2. S.KAPATE "PROGRAMA PARA EL ABANDONO DEL CANNABIS"
- 2.3. LOS EFECTOS NOCIVOS DEL CANNABIS: LA IMPORTANCIA DE UNA RÁPIDA INTERVENCIÓN

mesa 3

INVESTIGACIÓN

- 3.1. PERFIL DE CONSUMIDOR DE CANNABIS EN PROYECTO JOVE BALEAR. APERTURA DE UNA NUEVA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN CANNABIS – TDHA
- 3.2. PROYECTO ÉVICT EVIDENCIA CANNABIS-TABACO

MESA

1

> PREVENCIÓN

1.1.

BUENAS PRÁCTICAS DE "JUST A TEMPS": PROGRAMA AMBULATORIO PARA PERFIL ESTRUCTURADO ADOLESCENTE CONSUMIDOR DE CANNABIS

Joan Rey Carricondo
Integrador Social.
Subdirector de Projecte Jove Balears.



“Just a temps” nació en mayo del año 2005 con la finalidad de dar respuesta al nuevo perfil del consumidor adolescente. El consumo de cannabis ha ido aumentando en esta población y la creación de este nuevo programa era debido a la nueva demanda. Por entonces la respuesta existente era el programa de Projecte Jove, donde la mayoría de jóvenes presentaban desestructura familiar y policonsumo. Ante esta nueva demanda surge la necesidad de dar respuesta a este tipo de población adolescente entre 14 y 23 años, la gran mayoría escolarizados y con estructura personal y familiar, presentado en el 90% de los casos un consumo exclusivo de cannabis.

Por ello surgió la idea de diseñar un programa que se adaptara a nuevos perfiles, a nuevas necesidades y situaciones de los jóvenes y sus familias. Así pues, comenzó a tomar forma concreta en 2005, debatiéndose la necesidad de proponer metodologías innovadoras a nuevos problemas que en el ámbito social se estaban imponiendo, para adaptarse a la nueva demanda del consumo de cannabis en jóvenes.

Las variaciones en el perfil adolescente que estábamos detectando nos conducían y orientaban hacia una diversificación en el consumo de sustancias: pese a que el policonsumo continuaba siendo la nota dominante, cada vez aparecían más jóvenes que demandaban ayuda por el consumo exclusivo de cannabis. Así como un mayor incremento de las personas que acudían al Centro con menos años de consumo de lo habitual; es decir con menos tiempo de consumo regular. Otro factor relevante fue el número de usuarios que acudían al Centro con edades más tempranas por el consumo de cannabis. De hecho, la percepción que teníamos sobre

XVIII Jornadas de la Asociación Proyecto Hombre

el consumo problemático de cannabis con adolescentes se ha confirmado con el último estudio EDADES 2015 del Plan Nacional sobre drogas y por ello reflejamos los datos más significativos:

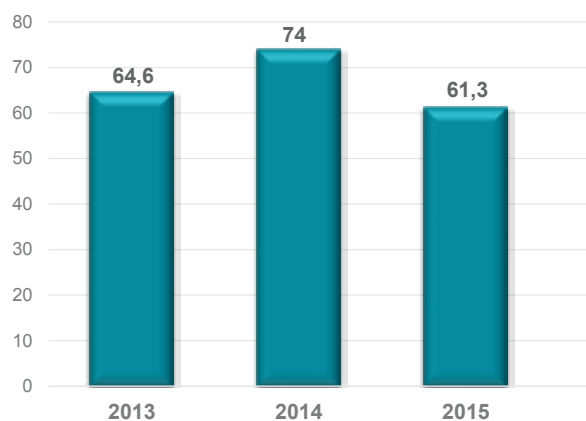
- A día de hoy el consumo de cannabis en Baleares sigue siendo de los más elevados respecto a otras comunidades. La prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días según el (PNSD¹) entre la población de 15-64 años en la comunidad de Baleares es del 10,7% y está por encima de la media española.
- El porcentaje de consumidores de riesgo de cannabis entre la población general, por grupos de edad en 2013 es del 3,9% de 15 a 18 años y del 4,4%² de 15 a 24 años en España; y son los dos grupos de edad donde se presenta un mayor consumo de cannabis.

Así pues, estos datos reflejan la necesidad de elaborar un programa específico conjuntamente con unas buenas prácticas. Tras años de trabajo, desde que se inició en el 2005, finalmente se ha dado con la tecla necesaria para responder de la mejor manera a los usuarios adolescentes que presentan un perfil estructurado en programa ambulatorio. Para ello vamos a reflejar los resultados de estos últimos años y las buenas prácticas que se han aplicado al programa ambulatorio para un perfil de consumidor de cannabis estructurado.

Altas terapéuticas "Just a Temps"



Tasa efectividad "Just a Temps"



Estos resultados son de importancia en sí mismos por ser los mejores resultados de las últimas décadas en la intervención con adolescentes, en Projecte Jove Balears.

Todo ello es, sin duda, suma del esfuerzo de todos los trabajadores que han pasado por estos dispositivos, poniendo cada uno de ellos su granito de arena para desarrollar unas prácticas educativo – terapéuticas perfectamente adaptadas al adolescente de este tiempo. **Nos gustaría destacar algunas de estas prácticas:**

INTERVENCIÓN EXCLUSIVA EN CONSUMO DE CANNABIS CON ADOLESCENTES. Como hemos comentado anteriormente el perfil adolescente estructurado con un consumo exclusivo de cannabis demandaba un programa específico para abordar dicha problemática, teniendo en cuenta las siguientes variables:

- El consumo de cannabis con el que nos encontrábamos permitía mantener la estructura familiar y personal sin tener que realizar otro programa de mayor exigencia terapéutica.
- Programa ambulatorio para mantener la estructura basada especialmente en un carácter educativo y explicativo basándose en la reeducación; en vez de centrarse en tratamiento terapéutico tradicional.
- La familia toma parte activa en programa de "Just a Temps", desde una perspectiva sistémica. La familia se implica y participa en el programa como "paciente".

1 Para el Plan Nacional Sobre Drogas (2015). Edades. Consumo, percepciones y opiniones ante las drogas. En España Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad.
2 Para el Plan Nacional Sobre Drogas (2015). Edades. Encuesta sobre alcohol y drogas. En España Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad.

“No se entiende el programa sin una implicación y participación por parte de la familia. De hecho, en muchos aspectos, el “usuario” a tratar en este dispositivo es la familia”.

UN SOLO EQUIPO Y UNIDAD DE DIAGNÓSTICO. En la última década hemos hecho un esfuerzo paulatino para ir aglutinando los diferentes dispositivos de adolescentes bajo la gestión de un solo equipo. Esto, que por un lado supone un esfuerzo por parte del grupo de profesionales que componen el equipo, para tener una perspectiva de trabajo transversal, por otro trae beneficios colaterales ya que se facilita una transición natural entre programas, una gestión propia “de carácter” adolescente. Es destacable que, el asumir el propio equipo la fase de diagnóstico, nos permite una afinación al máximo de los perfiles. En esta fase de diagnóstico se obtiene toda la información más relevante para poder adaptar el perfil a las necesidades que presenta el usuario.

DOTACIÓN ESTRUCTURA E INCREMENTO EN TIEMPO DE INTERVENCIÓN. Si bien “Just a Temps” tiene un carácter principalmente educativo, es cierto que a lo largo de los años, hemos ido viendo cómo los usuarios demandan más situaciones de terapia. Es decir, en el momento que vinculan afectivamente con el dispositivo se observa cómo las situaciones de terapia son las más valoradas.

Así se ha ido desarrollando una estructura terapéutica cada vez más potente, pese a que se mantiene el estilo educativo y explicativo, frente a la confrontación clásica de los programas de adultos. Se impone un modo de directividad afectiva basada en la autoridad. Se dota de estructura e incrementa la terapia, a través de las asambleas, seminarios educativos e interactivos, talleres prácticos de valores o habilidades sociales, taller transversal de género y actividades puntuales de ocio y tiempo libre.

ANAMNESIS ADAPTADAS AL PERFIL. Por otro lado, y en cuanto al trabajo histórico hemos decidido plantear las anamnesis en función del perfil de usuarios. De esta manera en el programa ambulatorio optamos por una realización **GRUPAL** de las mismas. La anamnesis grupal con este perfil adolescente nos permite crear una mayor cohesión grupal y a la misma vez una identificación personal entre los distintos miembros; al presentar una historia personal y consumo con bastantes similitudes respecto a los compañeros, debido al estilo de vida que llevan en la familia, colegio y amistades; lo cual facilita notablemente el trabajo terapéutico.

Uno de los puntos fuertes en el trabajo de los dispositivos de adolescentes es el **TRABAJO FAMILIAR**, por lo que en estos años hemos ido dotándole de más peso en la terapia.

Entendemos el propio núcleo familiar como usuario principal en el proceso, desde un enfoque sistémico y desde una perspectiva de trabajo con menores (en muchos casos son menores de edad), donde conviene realizar una intervención mínima. El trabajo familiar se basa en las siguientes actuaciones: se realizan grupos familiares, uno en cada fase del proceso, un mínimo de tres a lo largo del programa educativo. Las familias asisten dos veces por semana al programa para realizar las comunicaciones familiares en formato de grupo autoayuda. La familia, al igual que el usuario, realiza un proceso en el programa y es parte fundamental para conseguir con éxito los objetivos educativos terapéuticos marcados. También se les da soporte y acompañamiento a través de la escuela de padres; dotándoles de la formación e información necesaria para poder seguir adecuadamente el programa. No se entiende el programa sin una implicación y participación por parte de la familia. De hecho, en muchos aspectos, el “usuario” a tratar en este dispositivo es la familia.

Y lo que quizás es el punto más importante de todos, el **TRABAJO EN RED** a dos niveles:

- **RED EXTERNA:** Finalmente “Just a temps” ha conseguido internarse dentro de la red del menor/joven. Mediante una vinculación real y una participación activa en la atención de los procesos de la red:
 - Ya sea directamente desde las escuelas e institutos, tanto públicos como privados, desde los servicios comunitarios, desde los referentes de menores, pisos de protección o Dirección General de Menores mediante los Educadores de Medio Abierto (quienes gestionan las medidas de Libertad Vigilada para menores infractores) y centros de reforma gestionados por la Fundació s’Estel.
- **RED INTERNA:** La amplia red interna de Projecte Jove, de la cual también se ha podido beneficiar “Just a Temps” ha facilitado poner los diferentes dispositivos del centro a disposición de los usuarios, provocando una mayor adecuación a los procesos individuales de inadaptación. Actualmente el abanico de dispositivos de Projecte Jove incluye:
 - Unidad de Diagnóstico
 - Unidad Terapéutica
 - Centro de Día
 - Just a Temps
 - Fase Residencial
 - Unidad de Prevención
 - Programa Ciberjove
 - Programas de prevención escolar (Universal y selectivas)
 - Programas de prevención laboral
 - Unidad Formativa
 - FP básico electricidad
 - FP básico Jardinería

Así, a modo de conclusión, nos gustaría destacar cómo la provisión paulatina de estructuras cada vez más adaptadas, el esfuerzo en pro de la individualización de procesos junto con una gestión unitaria por parte de un solo equipo, ha facilitado ir creando una visión transversal del trabajo con adolescentes y su consumo de cannabis, permitiendo una visión y tratamiento integral de los procesos de inadaptación de los usuarios de nuestro recurso.

MESA

1

PREVENCIÓN

1.2.

PREVIA: PROGRAMA DE APOYO PARA LA TRANSICIÓN DE LA ADOLESCENCIA A LA VIDA ADULTA

Miguel Ángel Márquez Gutiérrez

Licenciado en Pedagogía y Máster
en Drogodependencias.
Coordinador del Centro de Tratamiento
Ambulatorio y del programa joven
de Proyecto Hombre Granada.



Para nada es desconocida, en el ámbito de las adicciones y dependencias, la perenne necesidad de adaptación que obliga a instituciones y profesionales a la adecuación de repertorios de intervención, exigida sin duda por el dinamismo en el que se circunscribe en este complejo sector (Fernández, 1999).

No ajenos a estas evidencias, desde el año 2011, en Proyecto Hombre Granada se viene aplicando un programa de intervención dirigido específicamente al perfil de jóvenes que se encuentran entre los estadios vitales de adolescencia y adultez, al objeto de proveer, por un lado, unos niveles de respuesta ajustados a las demandas concretas de esta población, y por otro, como intento de incrementar la eficacia en las intervenciones, mejorando los resultados. Dicho programa fue proyectado, puesto en marcha y bautizado como PREVIA, acrónimo de PREparación para la Vida Adulta.

Desde entonces, PREVIA alberga una población de jóvenes con una manifiesta heterogeneidad en cuanto a sus circunstancias vitales. Sus edades están comprendidas entre los 18 y 24 años, teniendo como común denominador una demanda externa de adquisición de responsabilidad, fundamentalmente desde el entorno familiar, pareja y sectores académico y laboral.

En cuanto a su formación, conviven jóvenes cursando estudios universitarios y medios principalmente con otros con abandono escolar prematuro, encontrándose representado a su vez un sector de jóvenes empleados, por norma general con escasa cualificación, presentándose en la mayoría de los casos bajos niveles de empleabilidad.

Dichas circunstancias, suelen estar asociadas a actitudes conformistas, apatía, llegando en ocasiones a anhedonia, locus de control externo, déficit importantes en cuanto a la gestión y organización del tiempo (estudios, trabajo, ritmos sueño-vigilia, ocio...).

“Este programa fue proyectado, puesto en marcha y bautizado como **PREVIA**, acrónimo de **PRE**paración para la **V**ida **A**dulta”.

En cuanto al consumo de sustancias, el 80% de los usuarios del programa, reconocen consumos habituales (4 días o más por semana) y problemáticos de cannabis, siendo la incidencia de los mismos muy variada en función de los sujetos: problemas familiares, pérdida de control sobre el consumo, dificultad para el manejo y resolución de situaciones cotidianas, pérdida de la gratificación sobre los efectos del consumo, disminución del rendimiento académico, aislamiento y en los casos más drásticos, presencia de brotes psicóticos relacionados con el consumo de esta sustancia, con una prevalencia del 10% del total de casos tratados. En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas, la mayoría reconoce uso abusivo durante los fines de semana en entornos concretos para la ingesta de alcohol (en el caso de Granada en el Botellódromo) y un consumo muy reducido o inexistente durante los días lectivos-laborales. En mucha menor medida, se refieren consumos de otras sustancias como cocaína, MDMA, anfetaminas, siendo estos consumos muy específicos y localizados.

Otras conductas problemáticas presentes en menor medida son usos desmesurados de TIC.

La motivación para la toma de contacto, inicio de las intervenciones, tiene casi siempre su origen en la demanda de madres y padres de los jóvenes, alarmados por conductas inadecuadas y consumo de drogas (Secades, 2006).

Si existe un calificativo que exprese la exigencia metodológica en PREVIA, ese es su adaptabilidad, debido fundamentalmente a la diversidad de los perfiles de las personas usuarias del programa, a sus diferentes problemáticas y situaciones particulares y también a la diferencia en sus grados de madurez. Tal pluralidad exige no solo un esquema flexible de intervención, sino que exhorta además, a la presencia de requerimientos que estimulen el desarrollo de unos procesos de cambio, con frecuencia no sostenidos por la siempre deseable motivación intrínseca de la población atendida.

PREVIA es un programa eminentemente educativo-preventivo y a sabiendas de esta fortaleza, cuida con especial mimo el trabajo sobre la motivación de los perceptores del programa, atendiendo con particular atención a los modos de presentar las temáticas, apoyándose para ello en la experimentación e indagaciones personales, imprimiendo un manifiesto carácter práctico a las sesiones de trabajo. En esta línea el programa se actualiza apoyándose en los medios y materiales tecnológicos necesarios que faciliten la captación y el mantenimiento de la atención de los jóvenes, indispensable para la consecución de logros personales.

Un elemento fundamental en la metodología del programa es el espacio reservado a la autoayuda, que ubica a estos usuarios en tesituras que invitan al análisis de conductas identitarias, propiciando novedosas oportunidades para la exploración autocrítica de la propia existencia, brindando la oportunidad de incremento del autoconocimiento, antesa necesaria para la modificación de actitudes y conductas.

Elementos diferenciales y acicatas para el interés que genera el programa en sus receptoras y receptores son los contenidos abordados en PREVIA, tan variados y heterogéneos como la idiosincrasia de sus participantes. Estudios, trabajo, intereses y necesidades, conocimiento sobre la conducta y los conflictos, la repercusión de las emociones y su gestión, los valores, las prioridades o cosas importantes de la vida como la familia, son temáticas enriquecedoras y motivadoras que conviven con otras



más evidentes como el análisis de las conductas violentas, sus implicaciones y consecuencias o la ineludible información sobre el consumo de drogas y su funcionalidad.

La estructura del programa incluye también la realización de talleres sobre ansiedad, estrés y conducta agresiva, autocontrol, autoestima, funcionamiento cognitivo centrado en ideas irracionales, ocio alternativo, incluyendo sesiones dirigidas a la ingesta de alcohol con compromisos de responsabilidad.

Dado el perfil de usuario predominante en PREVIA no obstante y al margen de planteamientos generales de intervención, resultan necesarios enfoques específicos de abordaje de la sustancia presente en mayor incidencia: el cannabis.

No cabe duda que los consumos de esta droga, se apoyan entre otras evidencias en representaciones sociales con peso específico (Añaños, 2005), además de un sistema de creencias sociales instaurado en las últimas décadas, que responden a criterios que erigirían al cannabis como una sustancia facilitadora de beneficios para la salud de sus consumidores (Calafat, 2000). No cabe duda que el entorno pro-cannabis ha colaborado en la interpretación romántica de su consumo, que refieren muchos de los usuarios de esta droga. La presencia de informaciones fundamentadas, a la par de dispares sobre la sustancia, también ha ayudado y colabora en una visión un tanto incongruente de los efectos de su consumo, en función de cual sea la fuente de la documentación (Elzo, 2000).

Son los servicios médicos de Proyecto Hombre Granada los encargados de informar sobre las propiedades y efectos del cannabis en el organismo, atendiendo a la afectación en el plano biológico. La causa de que esta información sea ofrecida por profesionales sanitarios, se debe a que es recibida de mejor grado por los usuarios del programa, otorgando una mayor credibilidad al *mensaje médico*.

En cuanto a la incidencia del consumo de cannabis en el plano psicológico, se realiza de forma individualizada un profundo análisis funcional de su ingesta, que incluye la reflexión sobre los beneficios y costes a corto y largo plazo tanto del consumo, como de una hipotética o previsible abstinencia futura.

Este análisis funcional, en la mayoría de casos, abre una vía hacia la introspección autocrítica de la incidencia real del consumo de cannabis en las historias personales de los usuarios del programa, que permite además comenzar una reconstrucción del argumentario propio en torno a la sustancia.

Otras evaluaciones que incorpora el programa son los cálculos de los costes económico (inversión monetaria), temporal (tiempo dedicado consumo, búsqueda, etc. vs. robado a otras facetas vitales), relacional (familiar, amistades) derivados de la situación

de consumo activo. En un tercer estadio posterior al informativo y analítico, se estimula e invita para la toma de decisiones desde el nuevo bagaje de conocimiento personal.

PREVIA incluye la realización de analíticas de tóxicos para corroborar el mantenimiento de abstinencia que permite, en acción combinada con madres y padres de los usuarios, el refuerzo de conductas alternativas al consumo de cannabis.

PREVIA explora y navega en una etapa vital de singular importancia para multitud de jóvenes confundidos por el vértigo, velocidad e incongruencia, de una sociedad como la actual, que no presenta reparos en exigir de ellos el máximo rendimiento y competitividad, a la par que les presenta un desalentador panorama para su inserción laboral y el logro de un estatus de autonomía real.

En resumen y ante tal perspectiva, Proyecto Hombre Granada ofrece un programa que asiste a estos jóvenes en este complicado tránsito hacia una vida adulta cargada de dificultades y exigencias, acompañándoles en la construcción de sus identidades personales y en el descubrimiento y refuerzo de las propias capacidades, cuestiones que les permitan afrontar sus futuros inmediatos bajo actitudes constructivas y proactivas. Jóvenes adultos conscientes de los riesgos de decidir y preparados para la responsabilidad, que emulando a la extraordinaria mujer Amelia Earhart, *"hacen lo que hacen porque desean hacerlo"*.

"PREVIA EXPLORA Y NAVEGA EN UNA ETAPA VITAL DE SINGULAR IMPORTANCIA PARA MULTITUD DE JÓVENES CONFUNDIDOS POR EL VÉRTIGO, VELOCIDAD E INCONGRUENCIA, DE UNA SOCIEDAD COMO LA ACTUAL".

BIBLIOGRAFÍA

- Añaños, F. (2005). Representaciones sociales de los jóvenes sobre las drogas (alcohol, tabaco y cannabis) y su influencia en el consumo. Madrid: Dykinson.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Gil, E. and Llopis, J. (2000). Estrategias y organización de la cultura pro-cannabis. Adicciones, 12, pp.231-273.
- Elzo, J. (2000). *Las culturas de las drogas en los jóvenes*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Fernández, J. & Secades, R. (1999). La evaluación de programas de tratamiento para drogodependientes en España. *Psicothema*, 11, pp.279-291.
- Secades, R. & Olaya, G. (2006). La percepción de la gravedad del uso de drogas en las familias con hijos adolescentes. *Revista Proyecto*, 60, pp.27-38.

MESA

1

PREVENCIÓN

1.3.

TALLER PARA REDUCIR LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL Y CANNABIS

M^a Dolores de las Heras Renero
Técnico del Comisionado Regional para
la Droga. Junta de Castilla y León.



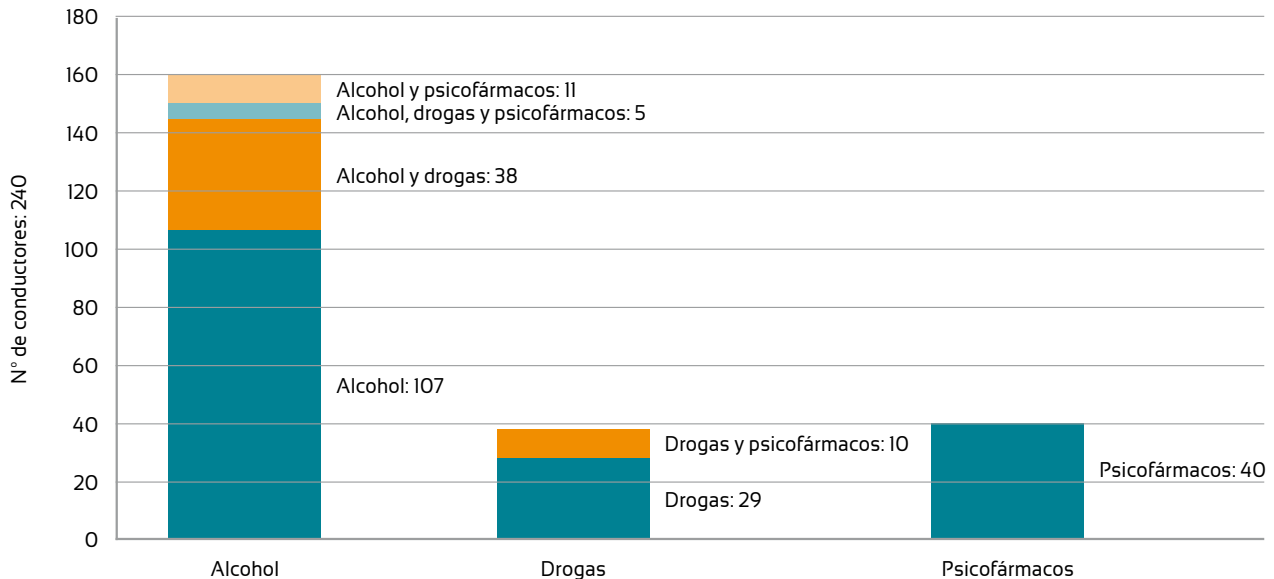
JUSTIFICACIÓN

Es en el año 2006 cuando el Comisionado Regional para la Droga de Castilla y León comienza a valorar la realización de estos talleres. Las cifras de siniestralidad en la carretera y de mortalidad en los más jóvenes eran alarmantes y nuestros programas de prevención no llegaban a las edades cercanas al manejo de vehículos como la motocicleta o el automóvil (16 a 18 años). Inicialmente se contempló realizar un taller dirigido en exclusividad al alcohol, pero el aumento de las prevalencias de consumo de cannabis en menores hizo que lo ampliáramos.

El binomio alcohol-conducción es una combinación muy peligrosa y, cada vez más, son otras drogas, como es el caso del cannabis, las que están asociadas a los accidentes de tráfico. La población joven presenta una serie de factores que incrementan el riesgo de tener un accidente de tráfico. Por un lado, se encuentran los factores directamente relacionados con las características psicológicas de la juventud (exhibicionismo, sobre valoración de las capacidades, etapa de autoafirmación, búsqueda de riesgo, influencia de la presión del grupo de iguales) y, por otro, no hay que olvidar su inexperiencia en la conducción durante los primeros años. Los accidentes de tráfico, junto con el suicidio, son la principal causa de muerte entre los jóvenes (15-24 años), provocando 4 de cada 10 jóvenes fallecidos.

Según los datos del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses del conjunto de los conductores fallecidos en accidente de tráfico que se comunicaron al INTCF en 2014, el 39,09% dieron positivo en sangre a drogas y/o psicofármacos y/o alcohol, siendo el coche el vehículo conducido, seguido de la motocicleta. El 67,08% había consumido alcohol solo o asociado a drogas y/o psicofármacos, y el 34,17 a drogas de abuso, solas o asociadas con alcohol y/o psicofármacos, siendo el cannabis el 46,34% de los casos positivos. Sin obviar, que en muchos casos la droga principal está asociada a otra sustancia, incluidas los psicofármacos.

Clasificación de los resultados positivos según el tipo de sustancia detectada



Fuente: Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. Víctimas mortales en accidentes de tráfico. Memoria, 2014

El estudio realizado por la fundación Mapfre y Ayuda contra la Drogadicción, muestra que el 60% de los encuestados (1.000 conductores y pasajeros entre 18 y 30 años) utilizan el coche para salir de marcha, y el 37% reconoce haber conducido al menos una vez bajo los efectos del alcohol. El porcentaje de jóvenes que viajaron con un conductor que había bebido llega al 63%, y el 32% al menos una vez en los últimos 6 meses con un conductor que había fumado cannabis, un 10% para cocaína y un 6% para pastillas. Además, se estima que entre un 30% y un 45% de los accidentes de tráfico tienen lugar en el rango de edad de 18-29 años. De cada tres jóvenes muertos en accidentes de tráfico con influencia del alcohol, dos eran acompañantes.

Pero no sólo los accidentes mortales tienen gran impacto entre la población juvenil, también es importante recordar que las lesiones medulares en población joven (paraplejías, tetraplejías) se relacionan directamente con los accidentes de tráfico.

Así mismo, destacar el fenómeno social que está ocurriendo sobre el cannabis, cuya percepción del riesgo, según las encuestas, ha ido disminuyendo entre estudiantes y población general, así como ha aumentado la tolerancia social respecto a su consumo, de forma que están adquiriendo los patrones de consumo de las drogas legales (alcohol y tabaco).

Esta situación determinó que desde el Comisionado Regional para la Droga y en el marco de colaboración con la Red de Planes sobre Drogas de Castilla y León, se hayan impulsado diferentes iniciativas dirigidas a reducir los accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol, cannabis y otras drogas entre la población joven. Entre estas hay que destacar el desarrollo de este programa orientado a la reducción de los daños relacionados con el consumo de alcohol y cannabis en aquellos jóvenes que, en un período muy corto de tiempo, van a poder tener acceso a la conducción de coches, y que sin duda en la actualidad pueden tener conductas de riesgo como pasajeros de coches o conductores de motocicletas. Desde el año 2006 que empieza la aplicación piloto hasta la actualidad han pasado por estos talleres más de 40.000 adolescentes y jóvenes.

Destacar la evaluación del pilotaje realizado en el año 2007 con un grupo de 404 alumnos (59% mujeres, 41% hombres) que participaron en 19 talleres, de los cuales el 68% eran menores de edad. De las 17 preguntas sobre conocimientos y percepción del riesgo, se apreció un aumento de los porcentajes de respuestas correctas y en 14 de ellas existe significación estadística. Por lo que respecta a las conductas de riesgo en la conducción antes de iniciar el taller, aproximadamente el 50% de los estudiantes manifestó que no habían montado en un coche cuyo conductor hubiera consumido alcohol y un 81% en un coche cuyo conductor estuviese bajo los efectos del cannabis; en el lado opuesto, un 45% aseguró haberlo hecho en el caso del alcohol y un 14% en el caso del cannabis. Después del programa, sólo un 1% refirió seguir teniendo intención de montarse en un vehículo con alguien que hubiera tomado bebidas alcohólicas, y un 4% en el caso del cannabis, existiendo en ambos casos diferencias estadísticamente significativas. En las preguntas referidas a la posibilidad de actuar en situaciones de riesgo en la conducción, aumentaron de forma significativa las opciones de no dejar conducir a un amigo que haya bebido y de no montarse con él. En conclusión, el taller demostró que mejora los conocimientos sobre los efectos del alcohol y cannabis sobre la conducción y que disminuyó la intención de tener conductas de riesgo relacionadas con la seguridad vial.

“EL BINOMIO ALCOHOL-CONDUCCIÓN ES UNA COMBINACIÓN MUY PELIGROSA Y, CADA VEZ MÁS, SON OTRAS DROGAS COMO EL CANNABIS, LAS QUE ESTÁN ASOCIADAS A LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO”.

Foto: Alba Bernabé



¿A QUIÉNES VAN DIRIGIDOS?

Se dirige al alumnado de Bachillerato y de los ciclos formativos de grado medio y superior de centros preferentemente en los que se esté trabajando programas de prevención escolar impulsados desde el Plan Regional sobre drogas y en zonas donde se estén implementando otros Programas de Prevención de Accidentes de Tráfico relacionados con el consumo de alcohol, cannabis y otras drogas. También se contempla su desarrollo fuera del contexto educativo, con adolescentes/jóvenes de edades equivalentes en el marco de intervenciones más globales.

¿CUÁLES SON LOS OBJETIVOS GENERALES?

- Reducir los daños asociados al consumo de alcohol-conducción y cannabis-conducción.
- Reforzar la idea de que la conducción es incompatible con cualquier consumo de alcohol y de otras drogas, como el cannabis.

¿EN QUÉ CONSISTE?

Son tres sesiones de 50 minutos, que se desarrollan a través de una metodología eminentemente interactiva, con los siguientes contenidos y objetivos:

1. **“Los mitos sobre el alcohol y el cannabis”**
 - Hacer aflorar las informaciones que manejan los alumnos/as ya que éstas son la base de sus actitudes y comportamientos, para contrarrestarlas, como sea necesario, aportando una información útil y veraz.

2. Promoción de alternativas seguras

- Reflexionar y valorar las posibles alternativas ante el consumo de alcohol y cannabis y la conducción.
- Impulsar el uso de alternativas ante el consumo de alcohol/cannabis/conducción.
- Promover el cambio de actitud: no consumir nada de alcohol/cannabis cuando se va a conducir.

3. Habilidades de resistencia

- Tomar conciencia de la propia vulnerabilidad ante conductas de riesgo asociadas al consumo de alcohol/cannabis y conducción.
- Aumentar la competencia social poniendo en práctica estrategias de afrontamiento ante situaciones relacionada con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y la conducción.

“Destacar el fenómeno social que está ocurriendo sobre el cannabis, cuya percepción del riesgo, según las encuestas, ha ido **disminuyendo entre estudiantes y población general**”.

BIBLIOGRAFÍA

- Conducción y drogas. Factores subyacentes a los comportamientos de riesgo. Fundación Mapfre, en colaboración con la FAD, 2016.
- Encuesta sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2014/2015. Plan Nacional sobre Drogas. http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016_ESTUDES_2014-2015.pdf
- Memoria del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, 2014.
- Taller de reducción de los accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol y cannabis. Junta de Castilla y León, 2007

MESA

2

TRATAMIENTO

2.1.

RETOS Y AVANCES EN LA INTERVENCIÓN CON JÓVENES CONSUMIDORES DE CANNABIS

Sergio Fernández Artamendi

Doctor en Psicología por la Universidad de Oviedo. Miembro del Grupo de Investigación en Conductas Adictivas de la Universidad de Oviedo.



EL CONSUMO DE CANNABIS

El cannabis es la droga ilegal más consumida en prácticamente todos los países occidentales. Según el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías, 14,6 millones de jóvenes europeos (de 15 a 34 años) consumieron cannabis en el último año, lo que supone el 11,7% de la población de este grupo de edad. Lo que es más grave aún es que el 15,2% de los jóvenes entre 15 y 24 años, es decir, 8,8 millones de jóvenes, afirman haber consumido cannabis en el último año (EMCDDA, 2015).

En muchos países europeos de nuestro entorno, como Francia, Dinamarca, Finlandia o Suecia, el consumo de cannabis se ha incrementado notablemente en los últimos años. En el caso de España, por el contrario, se ha observado una cierta reducción en las prevalencias de consumo de cannabis. En nuestro país, entre 1994 y 2004 se produjo un importante incremento del consumo pasando de un 12,4% de adolescentes entre 14 y 18 años que habían consumido cannabis en el último mes en 1994 a un 25,1% en el 2004 (ESTUDES 2015). No obstante, desde ese año las prevalencias de consumo han marcado una tendencia ligeramente descendente, aunque en 2014 un 18,6% de los jóvenes habían consumido cannabis en el último mes, siendo una cifra muy significativa.

Lo que es más preocupante aún es que según el Plan Nacional Sobre Drogas (ESTUDES 2012), un 2,7% de los adolescentes españoles consume cannabis. Teniendo en cuenta estas cifras, no resulta sorprendente que según una encuesta del año 2014 un 13,8% de los adolescentes que consumía cannabis podía considerarse consumidor problemático según el *Cannabis Abuse Screening Test* (CAST). En números absolutos esto supone 53.701 adolescentes españoles, o el 2,5% de toda la población de esa franja de edad.

CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE CANNABIS

El consumo de cannabis, y más aún en edades tempranas, supone múltiples riesgos importantes para la salud. En primer lugar, aproximadamente un 9% de las personas que prueban el cannabis se vuelve dependiente de esta sustancia (Anthony, Warner, & Kessler, 1994); un riesgo que asciende al 50% en el caso de los consumidores frecuentes. Este diagnóstico de dependencia establecido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, versión IV (APA, 2002), incluye síntomas relacionados con la dependencia fisiológica de la sustancia, pero también aspectos psicológicos, como el consumo a pesar de los problemas y la pérdida de control sobre el propio uso de cannabis.

“Aproximadamente un 9% de las personas que prueban el cannabis se vuelve dependiente de esta sustancia, un riesgo que asciende al 50% en el caso de los consumidores frecuentes”.



En los últimos años, han sido muchas las investigaciones que han concluido que el consumo frecuente de cannabis no sólo es perjudicial para la salud física sino que presenta riesgos también para la salud mental (Fernández-Artamendi, Fernández-Hermida, Secades-Villa, & García-Portilla, 2011; Moore et al., 2007). La revisión sistemática de Moore et al. (2007) fue una de las primeras que concluyó que el consumo de cannabis puede incrementar el riesgo de padecer trastornos de tipo psicótico, en personas vulnerables a este tipo de enfermedades. Dicha relación entre consumo y trastornos como la esquizofrenia parece ser además dosis-dependiente, por lo que a mayor consumo, mayor riesgo; siendo aún más significativa esta relación cuánto más temprana es la edad de inicio de consumo. Este y otros estudios posteriores han llevado a diversas agencias nacionales e internacionales como el National Institute on Drug Abuse (NIDA) de EEUU, o el Plan Nacional Sobre Drogas a advertir de los riesgos del consumo de cannabis, especialmente entre los más jóvenes.

ACCESO DE LOS JÓVENES A LOS RECURSOS DE TRATAMIENTO

A pesar de los múltiples problemas que el consumo de cannabis genera en los jóvenes, resulta sorprendente que la demanda de tratamiento para esta población sea relativamente escasa (Fernández-Artamendi, Fernández-Hermida, García-Fernández, Secades-Villa, & García-Rodríguez, 2013). Los motivos que explican esta situación son muy diversos. En primer lugar, los jóvenes consumidores se caracterizan tradicionalmente por una baja motivación para el cambio, y una menor disposición a acudir a tratamiento en comparación con la población adulta (Melnick, De Leon, Hawke, Jainchill, & Kressel, 1997). Es por ello que numerosas investigaciones se han centrado en evaluar los factores precipitantes

de la motivación para el cambio y de la solicitud de ayuda en los jóvenes consumidores. Los resultados confirman lo que es una percepción clínica habitual en los profesionales de estos recursos, y es que habitualmente son las presiones externas (sociales, familiares o judiciales) las que derivan en la asistencia a estos programas. No obstante, la investigación ofrece información sobre otros factores personales adicionales que pueden ser precipitantes de la motivación hacia el cambio como la experimentación de problemas por parte del consumidor y la mayor preocupación personal por los posibles efectos del consumo frente a visiones más positivas del cannabis (Fernández-Artamendi et al., 2013).

Resulta significativo también que una vez que los jóvenes se sienten motivados para el cambio, perciben una serie de barreras para la utilización de los recursos asistenciales. Según los propios consumidores de cannabis, el deseo de resolver los problemas por sí mismos, y el miedo a que la familia conozca la situación son barreras significativas. Particularmente, entre los jóvenes que se plantean dejar de consumir, el desconocimiento de los recursos también es una importante barrera, que pone en evidencia la necesidad de realizar un esfuerzo activo aún mayor por dar a conocer los recursos existentes a esta población y facilitar su acceso.

TRATAMIENTOS PARA LOS PROBLEMAS POR CONSUMO DE CANNABIS EN JÓVENES

Cuando finalmente los jóvenes acceden a los recursos de tratamiento, es responsabilidad de los profesionales ofrecerles intervenciones eficaces basadas en la evidencia, que garanticen que nuestro trabajo es el mejor posible. Afortunadamente, en los últimos años han proliferado los estudios sobre programas de tratamiento de eficacia probada, que nos indican cuáles son las mejores técnicas e intervenciones para los jóvenes.



En este sentido, el National Institute on Drug Abuse (NIDA) de los Estados Unidos publicaba recientemente una guía con los principios que deben cumplir este tipo de intervenciones (National Institute on Drug Abuse, 2014). De forma muy resumida, la guía incluye menciones a aspectos tan importantes como la adecuada evaluación y detección de los problemas originados por el consumo, la adaptación a las necesidades específicas de cada menor, la inclusión de familia y comunidad en estos programas, el abordaje de problemas comórbidos, la detección de posibles situaciones de violencia o abuso, el uso de enfoques globales, así como la necesidad de monitorizar de forma sistemática el consumo de los jóvenes durante el periodo de tratamiento. Entre las intervenciones consideradas eficaces destacan la Aproximación de Refuerzo Comunitario para Adolescentes (A-CRA), la Terapia Cognitivo-Conductual, el Manejo de Contingencias, la Entrevista Motivacional, o diversas terapias familiares como la Terapia Familiar Breve Estratégica y la Terapia Familiar Multidimensional.

Con el objetivo de evaluar la eficacia de una intervención basada en la evidencia en nuestro país, desde el Grupo de Investigación en Conductas Adictivas de la Universidad de Oviedo se realizó recientemente un estudio para analizar los resultados del programa A-CRA y el Manejo de Contingencias en una muestra de adolescentes consumidores de cannabis en colaboración con el Programa Reciella de Proyecto Hombre Asturias y con Madrid Salud (Fernández-Artamendi, Fernández-Hermida, Godley, & Secades-Villa, 2014). Este estudio piloto demostró cómo el uso de estrategias de intervención eficaces, ajustadas a los criterios establecidos por instituciones como el NIDA, permiten alcanzar resultados positivos en abstinencia y reducción de problemas asociados al consumo de cannabis. Esta investigación sirvió también para demostrar que es factible

implementar este tipo de programas en los recursos asistenciales de nuestro país, con buenos resultados, incluyendo el Manejo de Contingencias, una estrategia de gran eficacia, pero aún de escasa implementación en España y en la atención a jóvenes adolescentes.

Los avances en investigación en los últimos años nos ofrecen una amplia gama de herramientas de evaluación e intervención con jóvenes consumidores de cannabis, que podemos utilizar para mejorar la atención ofrecida a este colectivo. El consumo de cannabis presenta múltiples riesgos, y los jóvenes que experimentan las consecuencias de su uso se encuentran en ocasiones ante una serie de barreras para recibir la atención que pueden necesitar. Es nuestro deber facilitar este acceso en la medida de lo posible e intervenir con las mejores técnicas a nuestra disposición.

“LOS JÓVENES CONSUMIDORES SE CARACTERIZAN TRADICIONALMENTE POR UNA BAJA MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO, Y UNA MENOR DISPOSICIÓN A ACUDIR A TRATAMIENTO EN COMPARACIÓN CON LA POBLACIÓN ADULTA”.

MESA

2

> TRATAMIENTO

2.2.

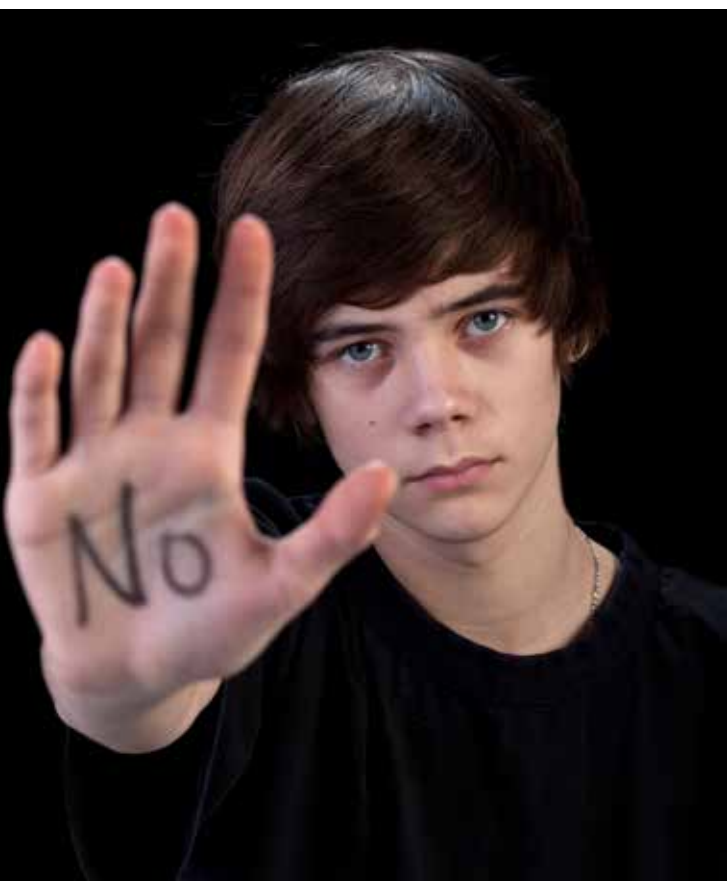
S.KAPATE "PROGRAMA PARA EL ABANDONO DEL CANNABIS"

PROYECTO HOMBRE BIERZO-LEÓN
AMPLÍA LA OFERTA DE ALTERNATIVAS
PARA PERSONAS CONSUMIDORAS
DE CANNABIS CON UN NUEVO
PROGRAMA PUENTE ENTRE
PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO



Tania Paz Ramón

Psicóloga y terapeuta en Proyecto Hombre Bierzo, León. Profesora de master de Adicciones de la Universidad de León.



Desde hace años el consumo de cannabis se ha ido normalizando, prueba de ello es que es la droga ilegal más consumida en España, ocupando el tercer lugar en las "sustancias más consumidas alguna vez en la vida" y el tercero en "sustancias consumidas durante el último año" (si sólo tenemos en cuenta el consumo de hipnosedantes sin receta) o cuarto (si consideramos el consumo de hipnosedantes con y sin receta), según OEDT Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES, 2013).

Conocedores de que el cannabis es la droga ilegal más consumida en nuestro país, llama la atención que sólo el 9,3% de las personas que demandan tratamiento en Proyecto Hombre (a nivel nacional) lo hagan en relación a la citada sustancia (Observatorio Proyecto Hombre). Varios son los factores que pueden ser determinantes en ello: la baja percepción del riesgo de su consumo desde la sociedad, la baja conciencia de problemática de los/as consumidores/as, el no sentirse identificados/as con el perfil de los programas tradicionales, la falta de programas específicos para su abordaje...

Hasta ahora, los recursos más frecuentes para consumidores de cannabis son los programas de prevención indicada y los de tratamiento ambulatorio, salvo excepciones. Los primeros, se dirigen a menores de 21 años aprox., que suelen abusar de cannabis y/o alcohol. Por el contrario, los tratamientos ambulatorios son para personas dependientes a alguna sustancia (ej. cocaína, alcohol, cannabis) y no en un número pequeño de casos nos encontramos con policonsumo.

Somos conscientes de que no son pocas las personas consumidoras que comparten características de ambos recursos, pero para quienes ninguno de los dos sería la opción más adecuada.

El primero (prevención indicada) podría resultar insuficiente y en el segundo la exigencia de los programas podría ser mayor de la necesaria, facilitando que no se sientan identificados y no accedan al tratamiento. En los últimos años esto nos ha llevado a hacer cada vez más planes terapéuticos alternativos con consumidores/as de cannabis.

Es por ello, que desde hace algún tiempo, en la continua y necesaria evolución de los recursos de tratamiento de las adicciones se viene planteando la necesidad de introducir tratamientos específicos para consumidores de cannabis que sean intermedios a los recursos existentes en la actualidad. La Fundación CALS.-Proyecto Hombre Bierzo-León, tras detectar esta demanda, incipiente pero constante, decide poner en marcha un recurso de tratamiento especializado que tenga en cuenta los patrones de conducta asociados a estos/as consumidores/as y las intervenciones psicoterapéuticas que se están mostrando más eficaces.

Por todo lo anterior, y porque desde un programa específico se podrían tratar más adecuadamente las peculiaridades derivadas del consumo de esta sustancia, nace S.KAPATE "Programa de Atención a Consumidores de Cannabis". Surge con el objetivo de ayudar a personas mayores de edad que quieren dejar de fumar (cannabis), pero siguen manteniendo un estilo de vida no desestructurado y son capaces de lograr la abstinencia sin necesidad de un tratamiento de mayor exigencia". S.Kapate es, por tanto, un programa intermedio entre prevención indicada y tratamiento ambulatorio, y también con similitudes a los programas para dejar de fumar tabaco, en el que entrarán los casos que compartan características de los dos primeros, pero no encajen totalmente en ninguno de ellos (ni en prevención indicada, ni en el programa de tratamiento ambulatorio tradicional).

PROGRAMA S.KAPATE

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

La evaluación se realiza a través de entrevistas y cuestionarios, y se firma el contrato terapéutico. Tres serán los objetivos principales durante esta fase:

1. Motivar a los/as usuarios/as para el inicio y mantenimiento en el recurso.
2. Identificar adecuadamente los casos para los cuales este programa sea el más adecuado (ya que contamos con dos programas de prevención indicada y uno de tratamiento ambulatorio, a su vez con dos alternativas, grupal e individual).
3. Obtener la información necesaria de las diferentes áreas de la persona sobre las que posteriormente trabajaremos en la intervención: personal, familiar, sanitaria, psicológico/psiquiátrica, socio-laboral, historia de consumo, etc.

"S.KAPATE surge con el objetivo de ayudar a **personas mayores de edad que quieren dejar de fumar cannabis**, pero siguen manteniendo un estilo de vida no desestructurado y son capaces de lograr la abstinencia sin necesidad de un tratamiento de mayor exigencia".

INTERVENCIÓN

- Nivel 1. Preparación y Abandono del Consumo (1-2 meses aprox.)
Durante esta primera fase abandonarán el consumo, para ello se les dará la información y las estrategias/técnicas necesarias e irán adquiriendo o incorporando hábitos que faciliten la reducción y/o el cese del consumo. Los instrumentos para conseguir los objetivos de esta fase son: grupos de autoayuda, grupos de autoayuda para familiares, entrevistas individuales, balance decisional, autorregistro, pautas/estrategias para reducir/eliminar el consumo, seminarios (centrados en la sustancia), relajación, grupos unifamiliares...
- Nivel 2. Mantenimiento de la Abstinencia – Cambio Estilo de vida (4 meses aprox.)
La pretensión del segundo nivel es conseguir un estilo de vida que favorezca la abstinencia, y se perseguirá a través del autoconocimiento y el establecimiento de metas acorde a los valores personales. Además de los instrumentos utilizados en el primer nivel, se realizarán seminarios (centrados en la persona), ejercicios y dinámicas de conocimiento, motivación y crecimiento personal, y actividades alternativas de ocio y tiempo libre.
- Nivel 3. Prevención de Recaídas. (1 mes aprox.)
Este nivel adquiere un carácter básicamente de consolidación: consolidar los logros conseguidos en las diferentes áreas de la persona y de esta manera prevenir las posibles caídas/recaídas. En el nivel 3 se trabaja el plan "proceso de recaídas" y se finaliza con un grupo unifamiliar en los casos en que haya apoyo familiar.

SEGUIMIENTO

Tras la finalización del proceso se harán seguimientos grupales (o individuales en caso necesario) durante el primer año, para verificar el mantenimiento de los logros conseguidos.

BIBLIOGRAFÍA

- Informe 2014 del Observatorio de Proyecto Hombre sobre el perfil de las personas con problemas de adicción en tratamiento. Asociación Proyecto Hombre (2015). <http://proyectohombre.es/wp-content/uploads/2011/11/InformeObservatorio2014.pdf>
- Informe 2015: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Autor: Observatorio Español de la droga y las toxicomanías (OEDT). Madrid. Editor: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de publicaciones.

MESA

2

> TRATAMIENTO

2.3.

LOS EFECTOS NOCIVOS DEL CANNABIS: LA IMPORTANCIA DE UNA RÁPIDA INTERVENCIÓN

Ana Beltrán Cánovas

Licenciada en Medicina y cirugía general por la Universidad de Alicante y Master de Prevención y Tratamiento de las Conductas adictivas, Universidad de Valencia. Médico ALAD (Asociación de ayuda). Cad, ACLAD Valladolid.

Somos conscientes de que el cannabis es la droga ilegal más extendida en España y la que se consume a una edad más temprana y que existe una baja percepción del riesgo de consumo desde la sociedad y desde las personas que lo consumen; pero no por ello queda exenta de múltiples consecuencias que afectan a todas las esferas de la persona, justificación por la cual el modelo de intervención se realiza desde una perspectiva biopsicosocial, incorporando el sistema de gestión por procesos como herramienta de trabajo, ya que forma parte de los requisitos de organización y control de calidad exigibles para la acreditación de centros específicos de asistencia a drogodependientes de Castilla y León (orden FAM/236/2010, de 22 de febrero de 2010).

El informe anual del Sistema de Información sobre Drogas de Castilla y León recoge en el año 2014 que el cannabis supone el 33,1% de la sustancia principal que motiva la admisión a tratamiento.

Realizando el mismo estudio en nuestro centro también observamos que de las personas que son admitidas a tratamiento en el año 2015, el 36,99% presentan un trastorno de abuso o dependencia por consumo de cannabis.

Las demandas de tratamiento por consumo de cannabis, como por cualquier otra sustancia tóxica, recibidas por el CAD son valoradas por el equipo multidisciplinar formado por trabajador social, psicólogo y médico, quienes se encargan respectivamente de realizar la valoración sociolaboral, psicológica y médica del paciente.

En el proceso de elaboración de la historia clínica evaluamos las siguientes dimensiones (adaptado de Santis, R y Pérez de los Cobos, J.C. 2006): Toxicología o Adictiva, Sanitaria, Psicológica y Sociolaboral.

Realizadas las valoraciones por los profesionales que componen el equipo del CAD, realizamos el diagnóstico biopsicosocial y se elabora un Plan de Intervención Individualizada (PAI) con las actividades previstas en el programa terapéutico. Actividades que son evaluadas periódicamente hasta la conclusión del tratamiento.



“EL INFORME ANUAL DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE DROGAS DE CASTILLA Y LEÓN RECOGE EN EL AÑO 2014 QUE EL CANNABIS SUPONE EL 33,1% DE LA SUSTANCIA PRINCIPAL QUE MOTIVA LA ADMISIÓN A TRATAMIENTO”.

Hemos observado que la potencia del cannabis ha ido aumentando progresivamente en los últimos años. A ello han contribuido las técnicas de cultivo y la selección genética de las variantes más psicoactivas, que han permitido que se puedan encontrar variedades que contienen entre un 25% y un 40% de delta-9-tetrahidrocanabinol, THC, la sustancia ilegal, susceptible de abuso y dependencia. (Según estudio realizado por Energy Control en 2014, en un análisis de 764 muestras de marihuana).

El uso del cannabis a diario y durante periodos prolongados o con concentraciones elevadas de THC provoca cambios estructurales y daños severos en el tejido cerebral (hipocampo y amígdala) que pueden traducirse en deficiencias en la memoria, la atención, percepción, resolución de problemas, la capacidad psicomotora y la velocidad de procesamiento de la información (Yücel et al., 2008; Hunault et al., 2008; Iversen, 2003).

Los motivos por los cuales solicitan tratamiento actualmente, coinciden con sintomatología del sistema nervioso central y suelen estar relacionados con los cuadros psicóticos, sensaciones paranoides, pérdida de motivación (“síndrome amotivacional”) y episodios de flashback.

No por ello hay que infravalorar que las consecuencias clínicas más importantes, además de afectar al sistema nervioso central también afectan a los sistemas cardiovascular, respiratorio, ocular, digestivo, inmunológico, endocrino y reproductor y sobre el embarazo y la lactancia.

También es importante tener en cuenta las enfermedades infecciosas prevalentes en población consumidora de drogas: VIH, hepatitis por VHB, VHC, tuberculosis, infecciones de transmisión sexual, etc., contraídas por las conductas de riesgo derivadas de la personalidad drogodependiente, que también cumple el perfil de consumidor de cannabis, y pueden tener consecuencias sobre la salud personal y comunitaria.

Actualmente realizamos tratamiento de desintoxicación y deshabituación cannábica mediante tratamientos farmacológicos sintomáticos (ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos, etc.) y terapias psicológicas (cognitivo-conductual, motivacional y de incentivos).

Desde nuestra experiencia, queremos lanzar una llamada de atención en la importancia de la intervención rápida en los consumidores de cannabis, sin banalizar el daño que esta sustancia produce a corto y largo plazo. Cuando debutan con síntomas neuro-psiquiátricos una intervención rápida puede evitar que el déficit neurológico se instaure definitivamente.



BIBLIOGRAFÍA

- Swift W, Wong A, King M, Li, Jonathon C, Arnold, Lain S, McGregor. Analysis of Cannabis Seizures in NSW, Australia: Cannabis Potency and Cannabinoid Profile. 2013. Disponible en: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0070052#abstract0>
- Zuardi AW, Shirakawa I, Finkelfarb E, Karniol IG. Action of cannabidiol on the anxiety and other effects produced by delta 9-THC in normal subjects. *Psychopharmacology (Berl)*. 1982; 76(3):245-50.
- Morgan CJ, Freeman TP, Schafer GL, Curran HV. Cannabidiol attenuates the appetitive effects of Delta 9-tetrahydrocannabinol in humans smoking their chosen cannabis. *Neuropsychopharmacology*. 2010 Aug; 35(9):1879-85.
- Aldington S, Williams M et al. Effects of Cannabis on pulmonary structure, function and symptoms. *Thorax*. 2007; 0:1-7.
- Aviello G, Romano B, Izzo AA. Cannabinoids and gastrointestinal motility: animal and human studies. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2008; 12(1): 81-93.
- Brown TT, Dobs AS. Endocrine Effects of Marijuana. *J Clin Pharmacol*. 2002; 42:905-965.
- Hall W, Solowij N. Adverse effects of Cannabis. *Lancet*. 1998; 352:1611-1616.
- Saso L. Effects of drug abuse on sexual response. *Ann Ist Super Sanita*. 2002; 38:289-96.
- Sidney S. Cardiovascular consequences of marijuana use. *J Clin Pharmacol*. 2002; 42(11):645-705.
- Admisiones a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de drogas. Episodios de urgencia hospitalaria relacionados con el consumo de drogas. Muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Castilla y León, 2014. Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías de Castilla y León (SAITCYL).

MESA

3

INVESTIGACIÓN

3.1.

PERFIL DE COSUMIDOR DE CANNABIS EN PROYECTO JOVE BALEARS. APERTURA DE UNA NUEVA LINEA DE INVESTIGACIÓN CANNABIS – TDHA



Marcos Campoy Carrasco
Pedagogo y psicopedagogo.
Director de programas terapéuticos
de Projecte Jove Balears.

En España el consumo de cannabis entre los jóvenes se ha disparado en la última década, hasta el punto de estar aceptada por gran parte de la sociedad.

Entre los jóvenes, el consumo de cannabis se está convirtiendo en un ritual de iniciación propio de la adolescencia, vinculado a la transgresión de límites y normas y a la rebeldía frente al colectivo adulto. El problema es que con la socialización de esta conducta se produce un paulatino avance del inicio de consumo, siendo cada vez en edades más tempranas. La media se mantiene en torno a los 14 años (Estudes 2013¹), no obstante, nos estamos encontrando cada vez más, en los dispositivos especializados, con casos cuyo proceso de iniciación se da en torno a los 12-13 años.

Hace ya algunos años que en Projecte Jove Balears, el cannabis se ha convertido en la sustancia de referencia de la mayoría de los casos de jóvenes que vienen a pedir ayuda a nuestros dispositivos. Asimismo, hace ya tiempo que venimos observando cómo los trastornos del desarrollo aparecen como variables recurrentes en los procesos adictivos de las personas que acuden a tratamiento.

¹ Sobre Drogas. O. E. (2013). Encuesta Escolar sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2012-2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

XVIII Jornadas de la Asociación Proyecto Hombre

Por estos motivos, el pasado año decidimos empezar a dar peso a este hecho. Tratamos de poner cara y ojos al perfil de consumidor de cannabis que viene a pedir ayuda a nuestros dispositivos y conocer en qué grado aparecen los trastornos del desarrollo como variables preeminentes. Mediante el análisis de los datos recogidos se realiza una primera aproximación al perfil en base a los ingresos de 2015. Para ello se desgana la información recogida en la fase de diagnóstico, previa al acceso a los programas, que incluye:

- La hoja de primeros coloquios. Donde se recoge la parte cualitativa de Familias.
- OED² (hoja de notificación individual de admisión a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas que los centros adscritos a la red pública de atención al drogodependiente recogen, a través de sus respectivas Comunidades Autónomas, para el Observatorio Español de Drogodependencias, en el marco del Plan Nacional sobre Drogas).
- Europasi (mayores 18 años)³
- Registro Inicial Familiar y en Registro Inicial de Adolescentes (En los casos menores de edad).

De los datos recogidos mediante estos instrumentos, pasamos a extraer información relevante en función de las siguientes variables descriptivas:

1. **Edad**
2. **Grupo edad** (14-18; 19-20;21-22;23-24)
3. **Sexo**
4. **Género**
5. **Problemas judiciales** (Este ítem incluye cualquier relación con Dirección General de Menores y con la imposición de medidas en Medio Abierto y/o Cerrado).
6. **Entorno sociofamiliar estructurado** (Familias con roles parentales claros, con capacidades para la comunicación, con situación laboral de los padres estable...).
7. **Trastornos del desarrollo** (Principalmente THDA, TDA y Dislexia. Diagnosticados por salud mental).
8. **Máximo nivel de estudios alcanzado** (Recoge el nivel de estudios cursándose en la actualidad).
9. **Situación laboral** (Dada la edad de los usuarios este ítem incluye el trabajo en negocios familiares... pese a que puedan no estar dados de alta en la Seguridad Social).
10. **Monoconsumo vs Policonsumo** (Consumo únicamente de cannabis vs Consumo junto a otras sustancias en abuso).

Finalmente se llevó adelante el análisis de los datos mediante el SPSS 15, trabajando en conjunción con el departamento de metodología de PHB, y llegando a la elaboración del siguiente perfil:

PERFIL PSICOSOCIODEMOGRÁFICO PROYECTO JOVE BALEARIS

- El rango de edad de chicos y chicas atendido/as en Projecte Jove con consumo de cannabis, en 2015, es de entre 14 y 24 años. Donde el grueso se concentra entre 16 y 22 años.
- Consumo de cannabis con edad de inicio entre los 12-13 años.
- El cannabis se configura como sustancia de referencia en las mujeres jóvenes. Un 25% de los sujetos encuestados eran mujeres en tratamiento en alguno de los dispositivos, reforzando la idea de que es en las sustancias socialmente más aceptadas (Estudes 2013) donde más aparición están teniendo las mujeres jóvenes.
- La mayoría de ellos/as, en torno a un 76%, están escolarizados/as y cursan estudios con o sin éxito en primer ciclo de ESO. Lo cual nos da una visión clara del período de conflicto: En este ítem nos encontramos:
 - Fracaso escolares (Repetidores, Escuela de Adultos, FP básica...) con una edad variable (entre 16 – 23 años).
 - Chicos/as de 12 y 13 años en fase de consumo experimental o bien con un uso problemático de consumo de cannabis con un mínimo de 6 meses de duración.
- Encontramos un claro predominio de monoconsumidores (87'5%), principalmente en la franja hasta 18 años, pero con una clara orientación como sustancia de inicio hacia el policonsumo, a partir de esa edad. Del total de jóvenes que giran hacia el policonsumo (12'5%) y manteniendo el de cannabis como sustancia principal destacamos que:
 - 76% varones.
 - 93% problemas judiciales.
 - 30% entorno social desestructurado.
 - Poca incidencia en THDA (7.7%), respecto a los que continúan en el monoconsumo.
 - 100% fracaso escolar (sin superar 1er ciclo de ESO). El mantenimiento de los estudios se posiciona como factor de protección clave.
 - 38.5% en situación de desempleo.



2 Para el Plan, D. D. G. (2009). Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas. (OED). Informe. 2009. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.

3 Kokkevi, A., & Hørtgers, C. (1995). EuropASI: European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. European addiction research, 1(4), 208-210.



- Destacamos, en esta franja de edad, el ítem de género (25% de las personas objeto de estudio eran mujeres):
 - No hay diferencia en los tres grupos de edad.
 - 28% de las chicas tienen problemas judiciales.
 - 24% de las chicas dan índice positivo en la escala de THDA.
 - 76% pertenecen a un entorno sociofamiliar estructurado y no evolucionan hacia el policonsumo. Paradójicamente parece que una sociedad que mantiene roles tradicionales de género machistas “protege” más a las niñas en este aspecto, desde este control social hacia las mujeres.
 - 68% siguen en 1er ciclo de ESO, si destaca que es casi un 17% las que finalizaron el bachillerato.
 - **Finalmente**, y teniendo en cuenta la motivación inicial de esta iniciativa, en cuanto a la variable de Trastornos del desarrollo (en este caso THDA), **observamos que el 25% de las personas objeto de estudio tienen diagnosticado un Trastorno de Hiperactividad con déficit de atención por parte de Salud Mental.** Este dato supone una prevalencia superior a la que estudios registran para población infantil en Baleares (4'6%)⁴.
 - 76,9% son varones.
 - 84,6% son menores de 18 años.
 - El 84% continúan estudiando y 73.1% están cursando 1er ciclo de ESO. La mayoría en carácter de repetidor.
 - 96,2% practican el monoconsumo.
 - 30% tienen problemas con la justicia.
 - 84% vienen de una estructura sociofamiliar estructurada. Lo que nos habla de la influencia de la familia a la hora de poner en marcha procesos diagnósticos y de tratamiento.

Es este último dato, por tanto, el que más nos llama la atención y nos invita a desarrollar algún tipo de iniciativa de investigación que permita profundizar más en este tema.

Así pues, y aprovechando que este año Projecte Home Balears ha firmado un convenio marco para el desarrollo de iniciativas de investigación en la comunidad autónoma de las Islas Baleares, se propone la realización de un estudio que indague en la relación del binomio cannabis – THDA en el marco de centros educativos que colaboran con la unidad de prevención de PHB. De este modo, tenemos a nuestra disposición:

- 20 centros
- 88 aulas
- Una muestra de alumnos. N = 2.385

Recientemente se ha llegado a un acuerdo para la realización de la investigación. El título de la misma será:

“Las conductas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad como predictoras del uso de sustancias en adolescentes: análisis de moderadores”

Pensamos que esta es la línea a seguir, que la elaboración de perfiles no debe limitarse a una fotografía esporádica, que debe hacerse longitudinalmente y dando peso a las características reales de los usuarios, para la mejor y más idónea adaptación de los programas a los usuarios y usuarias, en este caso de los más jóvenes.

“Hace ya algunos años que en Projecte Jove Balears, el cannabis se ha convertido en la sustancia de referencia de la mayoría de los casos de jóvenes que vienen a pedir ayuda a nuestros dispositivos”.

⁴ Cardo, E., Servera, M., & Llobera, J. (2007). Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en población normal de la isla de Mallorca. Rev Neurol, 44(1), 10-4.

MESA

3

INVESTIGACIÓN

3.2.

PROYECTO ÉVICT EVIDENCIA CANNABIS-TABACO

Ana Esteban Herrera

Doctora en Psicología.
Coordinadora del Proyecto ÉVICT.
Grupo gestor Proyecto ÉVICT.

Adelaida Lozano Polo
Esteve Saltó Cerezuela
Josep María Suelves i Joanxich
Joseba Zabala Galán
Grupo gestor Proyecto ÉVICT.



“LA ORIGINALIDAD DEL PROYECTO ES INTEGRAR DESDE UNA PERSPECTIVA MULTIDISCIPLINAR LOS DISTINTOS ENFOQUES DEL PROBLEMA, CON EL FIN DE CONSOLIDAR EL CONOCIMIENTO, GENERAR EVIDENCIAS Y APORTAR SOLUCIONES DESDE DISTINTOS PRISMAS O PUNTOS DE VISTA”.

En nuestro medio, el cannabis se consume habitualmente mezclado con tabaco, fomentando y potenciando la capacidad adictiva de ambas sustancias. El *porro* es el paradigma de uso simultáneo de dos drogas psicoactivas y adictivas: cannabis y tabaco.

El Proyecto ÉVICT - Evidencia Cannabis-Tabaco. Grupo de Trabajo para el estudio y abordaje de políticas de control del policonsumo de cannabis y tabaco en España, nace en enero del año 2015 impulsado por el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT) y financiado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) con la convicción de que entender las implicaciones del policonsumo de cannabis y tabaco puede ayudar a diseñar estrategias de prevención y tratamiento eficaces en una población especialmente vulnerable, como es la juvenil. La originalidad del proyecto es integrar desde una perspectiva multidisciplinar los distintos enfoques del problema, con el fin de consolidar el conocimiento, generar evidencias y aportar soluciones desde distintos prismas o puntos de vista.

Durante el primer semestre del año 2015 se desarrolló la primera fase del proyecto: ÉVICT 1 y durante el primer semestre del año 2016 se está desarrollando la segunda: ÉVICT 2.

ÉVIC T 1

La misión fue proveer evidencia científica para mejorar las políticas de salud pública, educativas y de control destinadas a reducir la iniciación y el daño ocasionado por el fenómeno dual cannabis-tabaco. Así mismo, aunar esfuerzos entre profesionales, organizaciones y diferentes administraciones para generar espacios de trabajo que permitieran crear prácticas preventivas eficaces.

Los objetivos fueron investigar, evidenciar y aumentar el conocimiento sobre el binomio cannabis y tabaco en España, y promover políticas de abordaje de dicho policonsumo.

Las actividades principales que se llevaron a cabo fueron la creación de la red nacional de expertos/as: Grupo Évict; el diseño y elaboración de una página web de acceso libre con información relevante, contrastada y "fácil" de consultar fundamentalmente dirigida a profesionales www.evictproject.org, el desarrollo de acciones formativas en materia cannabis-tabaco y la elaboración del Informe Évict: documento sobre Evidencia Cannabis-Tabaco y de un documento de síntesis de dicho informe.

Más de 80 personas con experiencia en cannabis y/o tabaco provenientes de diferentes ámbitos y campos de conocimiento han conformado el Grupo Évict para el estudio del policonsumo cannabis-tabaco. Mediante la articulación de diferentes subgrupos: gestor de trabajo, asesor y colaborador, han trabajado presencial y virtualmente para el buen desarrollo del proyecto.

El principal hito de la primera fase fue la conformación de la red nacional de expertos y expertas que ha materializado su labor en un informe con la evidencia disponible del consumo combinado de ambas sustancias. Este primer informe pretende ser la base para la elaboración de propuestas para la administración pública y los organismos sanitarios, así como también para profesionales que trabajan directamente con pacientes, familiares o en prevención en poblaciones infanto-juveniles.

SÍNTESIS DEL INFORME

1. EPIDEMIOLOGÍA Y RELACIÓN DEL CONSUMO DE CANNABIS Y TABACO:

Los datos epidemiológicos sobre el uso de tabaco, cannabis y alcohol en España muestran la existencia de una fuerte relación entre el uso de estas sustancias. El uso de tabaco y de cannabis se inicia en la adolescencia, su consumo es muy prevalente entre la población general, y especialmente entre la juventud.

El cannabis históricamente no se ha considerado factor de riesgo para el tabaco, dado que se asume que el inicio de su consumo es posterior al tabaco. Sin embargo, recientemente existen estudios sobre la puerta de entrada "inversa" del cannabis al tabaco. Actualmente hay evidencia de que el inicio puede ser conjunto, y que la influencia se expresa en los dos sentidos.

2. ENTENDIENDO EL BINOMIO CANNABIS Y TABACO:

El *porro* es la forma más habitual del policonsumo de cannabis-tabaco en España. La vía inhalada es la única forma actual de consumo mezclado de ambas sustancias, lo cual condiciona unos riesgos y daños inherentes al acceso por vía alveolar y a la alta velocidad de absorción de la misma. Se ha propuesto que una de las razones por las cuales el tabaco y el cannabis se usan de forma combinada es para atenuar los efectos adversos y/o aversivos de cada uno de ellos. Así, las personas consumidoras de cannabis podrían utilizar el tabaco para atenuar los efectos sobre la cognición.



El debate actual en relación a temas como el uso medicinal del cannabis, la legalización en ciertos países, la apertura de clubes sociales de cannabis, los "grow-shops", etc. genera confusión y duda entre padres y madres sobre cómo abordar educativamente este tema desde la familia, y disminuye la percepción de riesgo ante esta sustancia.

La estructura y funcionamiento de los mercados de drogas tienen una gran influencia en la incidencia, la prevalencia y las pautas de uso de estos productos. Las lecciones aprendidas en los diferentes intentos de regulación de los mercados del tabaco y el alcohol, pudieran ser válidas también para regular el mercado del cannabis y reducir su impacto sobre la salud pública.

El tabaco y el cannabis son sustancias que se regulan separadamente, y desde diferentes ámbitos del ordenamiento jurídico, siendo la fundamentación más relevante de la legislación en esta materia, en ambos casos, la protección de la salud.

3. EFECTOS Y CONSECUENCIAS CLÍNICAS DE LOS CONSUMOS DE CANNABIS Y TABACO:

El consumo de tabaco y cannabis produce consecuencias relevantes sobre la salud tanto a corto como a largo plazo. A nivel farmacológico, el consumo conjunto genera interacciones relevantes para el desarrollo de abuso y/o dependencia. La adicción al tabaco es posiblemente el efecto no deseado más frecuente que afecta a las personas consumidoras de cannabis. Varios autores coinciden en concluir que el fumar de forma conjunta tabaco y cannabis conlleva a mayores problemas de salud que el fumar sólo tabaco.

4. ESTRATEGIAS Y HERRAMIENTAS EFICACES EN PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO:

Existen escasas intervenciones de prevención escolar, selectiva e indicada que aborden simultáneamente y de forma específica la cesación del consumo de tabaco y cannabis.

Las políticas de reducción de riesgos en cannabis-tabaco no deben de ser estrategias universales sino que requieren de una adaptación obligada al grupo diana o colectivo al que van dirigidas.

Con respecto al tratamiento, se recomienda el tratamiento individualizado y conjunto del tabaco y el cannabis, bien



“El porro es la forma más habitual del policonsumo de cannabis-tabaco en España”.

ÉVICT 2

La misión es sensibilizar y empoderar a la ciudadanía a partir de la divulgación y difusión de las evidencias identificadas en la primera fase del proyecto ÉVICT, así como continuar profundizando en el conocimiento sobre el policonsumo cannabis-tabaco, promover sinergias entre profesionales y favorecer el desarrollo de un ámbito de conocimiento específico del binomio cannabis-tabaco.

Las actividades concretas de esta segunda fase son el mantenimiento de la Red Nacional de Expertos/as: Grupo Évict; adaptar la web a diferentes grupos poblacionales; difundir información, noticias, cursos de formación, etc. sobre el binomio; realizar acciones formativas; traducir al inglés el documento de síntesis, ideas clave y propuestas de acción ÉVICT 1, y elaborar y difundir documentos que recojan la evidencia sobre el policonsumo cannabis-tabaco obtenida en ÉVICT 1 adaptados a distintos grupos poblacionales.

En definitiva, ÉVICT es un proyecto pionero, integral, multidisciplinar y abierto a participación que pretende soltar el simbólico nudo en el que se entrelazan las sustancias cannabis-tabaco.

simultáneo o secuencial. Para la deshabituación conjunta, el tratamiento psicológico es efectivo y de elección, sin embargo, a día de hoy son necesarios nuevos estudios para poder recomendar fármacos eficaces. Cabe resaltar la importancia de la entrevista motivacional puesto que es frecuente que se desee abandonar el consumo de una sustancia pero no de la otra, siendo preciso motivar al abandono de ambas.

BIBLIOGRAFÍA

- Agrawal A, Budney AJ, Lynskey MT. The co-occurring use and misuse of cannabis and tobacco: a review. *Addiction*. 2012;107:1221-33.
- Agrawal A, Lynskey MT, Pergadia ML, Bucholz KIK, Heath AC, Martin NG, Madden PAF. Early cannabis use and DSM-IV nicotine dependence: a twin study. *Addiction* 2008; 103:1896–1904.
- Barry RA, Hillamo H, Glantz SA. Waiting for the opportune moment: The tobacco industry and marijuana legalization. *Milbank Q*. 2014;92(2):207–42.
- Becker J, Haug S, Kraemer T, Schaub MP. Feasibility of a group cessation program for co-smokers of cannabis and tobacco. *Drug Alcohol Rev*. 2015 Feb 11. doi:10.1111/dar.12244.
- Butters JE. Family stressors and adolescent cannabis use: A pathway to problem use. *Journal of Adolescence*. 2002; 25: 645-654.
- Caulkins JP. Effects of prohibition, enforcement and interdiction on drug use. In LSE Expert Group on the Economics of Drug Policy, editor. *Ending the drug wars*. (Internet). London: LSE Ideas; 2014. p. 16–25.
- Energy control. Informe resultados de análisis de marihuana 20Energy Control4 (Internet). 2014.
- Espada JP, González MT, Orgilés M, Lloret D, Guillén-Riquelme A. Meta-analysis of the effectiveness of school substance abuse prevention programs in Spain. *Psicothema*. 2015; 27:5-12
- Espinosa S. Regulación y consumo de drogas en México, una primera mirada al caso del tabaco y la marihuana. México: Centro de Investigación y Docencia Económicas; 2014.
- Hill KP, Toto LH, Lukas SE, Weis RD, Trksak GH, Rodolico JM, Greenfield SF. Cognitive Behavioral Therapy and the Nicotine Transdermal Patch for Dual Nicotine and Cannabis Dependence: A Pilot Study. *Am J Addict*. 2013; 22: 233–238.
- Hindocha C, Shaban N, Freeman T, Das R, Gale G, Schafer G, Falconer C, Morgan C, Curran H. Associations between cigarette smoking and cannabis dependence: A longitudinal study of young cannabis users in the United Kingdom. *Drug and Alcohol Dependence* 2015; 148: 165-171.
- Hunt GP, Evans K, Kares F. Drug use and meanings of risk and pleasure. *Journal of youth studies* 2007;10, 73-96.
- Patton GC, Coffey C, Carli, JB, Sawyer SM, Lynskey M. Reverse gateways? Frequent cannabis use as a predictor of tobacco initiation and nicotine dependence. *Addiction* 2005; 100:1518–1525.
- Peters EN, Budney AJ, Carroll KM. Clinical correlates of co-occurring cannabis and tobacco use: a systematic review. *Addiction* 2012; 107:1404–1417.
- Peters EN, Schwartz RP, Wang S, O’Grady E, Blanco C. Psychiatric, Psychosocial and Physical health correlates of co-occurring Cannabis use disorders and Nicotine dependence. *Drug Alcohol Depend*. 2014. January 1;0: doi 10.1016/j.drugalcdep.2013.10.003.
- Rabin RA, George TP. A review of co-morbid tobacco and cannabis use disorders: Possible mechanisms to explain high rates of co-use. *The American journal on addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions*. 2015 Mar;24(2):105-16.
- Ramo DE, Liu H, Prochaska JJ. Tobacco and marijuana use among adolescents and young adults: a systematic review of their co-use. *Clin Psychol Rev* 2012; 32(2): 105–121.

» Talleres





1

**CANNABIS: INTERVENCIÓN
TERAPÉUTICA EN DIFERENTES
PERFILES DE CONSUMO**

2

**JÓVENES Y CÁNNABIS: DISTINTOS
USOS, DISTINTAS INTERVENCIONES**

3

**CONSUMO DE CANNABIS
Y RENDIMIENTO COGNITIVO EN
ADOLESCENTES CON TRASTORNO
MENTAL GRAVE**

4

**PSICOESCÉNICA APLICADA
AL TRABAJO FAMILIAR EN CASOS
DE CONSUMO DE CANNABIS
EN ADOLESCENTES**

1

CANNABIS: INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN DIFERENTES PERFILES DE CONSUMO

Abel Baquero Escribano

Psicólogo Proyecto Hombre
Castellón/Fundación Amigó.

Isabel Vilimelis Cabedo

Directora Proyecto Hombre Castellón/
Fundación Amigó.

La ciencia moderna aún no ha producido un medicamento tranquilizador tan eficaz como lo son unas pocas palabras bondadosas.

Sigmund Freud



INTRODUCCIÓN

La conceptualización del proceso de intervención terapéutica en la adicción al cannabis encuentra un punto de inflexión a principios de los años ochenta, con una ampliación sintomatológica, donde conceptos como impulsividad, locus de control, etc., a la vez que la codificación en el DSM III de los trastornos por uso de sustancias profundizan en la valoración diagnóstica, más allá de la mera dependencia física (Danovitch y Gorelick, 2012). A la par de esta evolución se produce un incremento en la prevalencia del consumo y de trastornos por uso de la sustancia, con la consecuente atención asistencial donde emergen diferentes alternativas terapéuticas en función de la tipología de paciente y sintomatología clínica detectada. Cabe pues destacar estas opciones de tratamiento, así de la evolución como del perfil clínico.

MODELOS Y APROXIMACIONES EN EL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS POR USO DE CANNABIS

Las opciones terapéuticas existentes para la intervención en cualquier psicopatología son diversas y condicionadas por el marco legal, social y asistencial existente en el sistema de salud de cada país, si bien las principales metodologías de tratamiento parecen ser universales y presentes en la mayoría de las carteras de servicios psicológicos, médicos, psiquiátricos y sociosanitarios. En el trastorno por uso de cannabis la opción farmacológica parece ser coadyuvante a cualquier alternativa psicoterapéutica, si bien adquiere una mayor relevancia en cuadros clínicos como la intoxicación, síndrome de retirada, episodios psicóticos inducidos por cannabis, etc. El abanico de fármacos disponibles es amplio: antiimpulsivos, ansiolíticos, estabilizadores, etc.; el uso de cada

“CUANDO REVISAMOS LA ATENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA, LAS TERAPIAS DE CORTE MOTIVACIONAL SON AMPLIAMENTE APLICADAS A TODA TIPOLOGÍA DE TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS”.



opción dependerá de la sintomatología detectada y criterio médico. La eficiencia de la intervención farmacológica con alternativas terapéuticas es mayor que cualquiera de las dos aisladas, con una reducción sintomática a nivel de ansiedad, adecuación del ritmo de sueño, irritabilidad, etc. (Ashton, 2000; Reece, 2009). Esta opción de tratamiento parece incrementar su eficacia debido a la constante investigación, donde el progresivo crecimiento en el conocimiento del sistema cannabinoide endógeno y de los receptores cannabinoide CBI posibilitan la mejor adecuación farmacológica y el desarrollo de nuevos fármacos (Cooper y Haney, 2008).

Cuando revisamos la atención psicoterapéutica, las terapias de corte motivacional son ampliamente aplicadas a toda tipología de trastornos por uso de sustancias (Miller y Rollnick, 2012). La intervención tradicional en adultos mejora los resultados relacionados con el consumo de cannabis, si bien las intervenciones breves parecen no conseguir dicho

resultado (Martin y Copeland, 2007). También demuestran su efectividad las intervenciones cognitivas, donde como objetivo el paciente consigue identificar vínculos asociativos, la cadena de acontecimientos del uso, la alteración del comportamiento, el afrontamiento de mecanismos automatizados, etc. Una de las ventajas frente a otras opciones es la elevada eficacia de la terapia cognitiva cuando se utiliza a nivel grupal. (Denis, Lavie, Fatséas, M. y Auriacombe, 2006; Fridberg, 2012).

Valorando la efectividad, tras una revisión de la terapias de corte conductual, éstas obtienen una aceptable adecuación (Davis, Powers, Handelsman, Medina, Zvolensky y Smits, 2015). A su vez, la combinación con intervenciones de tipo cognitivo o motivacional optimiza los resultados obtenidos, con una mayor funcionalidad de los pacientes focalizada en una menor frecuencia y severidad del consumo. Otros enfoques como el psicodinámico, no presentan una revisión como opción de tratamiento específico con consumo de cannabis, si bien parece que la mayor duración frente a otras opciones condiciona su eficiencia (Grenyer, Peters, 1996). Mucho más estudiadas y teniendo presente la problemática psicosocial inherente al consumo de cannabis, se ubicarían las intervenciones sistémicas donde la familia es el principal gestor de apoyo comunitario. Estas alternativas ofrecen una favorable atención, sobre todo cuando el perfil de consumidor es menor de edad (Dennis et al., 2002). Desde muchos más enfoques: humanistas, terapias de aceptación, mindfulness, etc., se facilita atención a los trastornos por uso de cannabis, a la vez que con diversas adaptaciones: enfoque individual, grupal, específico, etc., si bien parece evidente que es necesaria una revisión integral y metodológica de cómo se atiende este problema, así como de una forma específica a los participantes directa e indirectamente en el mismo.

TIPOLOGÍA CLÍNICA DEL PACIENTE CONSUMIDOR DE CANNABIS

La evolución del paciente consumidor de cannabis se encuentra en un momento de definición, tanto si se utiliza una conceptualización específica o más amplia, lo cierto es que en cualquiera de los dispositivos de atención clínica y sociosanitaria se denota una mayor demanda a tratamiento así como una creciente diversificación del perfil de usuario de cannabis.

El usuario tipo con un definido patrón de uso de cannabis evoluciona hacia el policonsumo o poliuso fundamentalmente con alcohol y cocaína (Aharonovich, Liu, Samet, Nunes, Waxman y Hasin, 2005). A la vez que se detectan múltiples modificaciones en el contexto de consumo: descenso en la edad de inicio, mayor disponibilidad de la sustancia, nuevas variedades de marihuana con más elevado porcentaje de THC, cannabinoide sintéticos, métodos de autocultivo con variedades autoflorescentes, mayor especificidad en cannabinoide: cannabidiol (CBD), cannabinol (CBN), etc. Todo este proceso de cambio, determina el perfil clínico del paciente así como de la sintomatología referida. Desde la ampliamente reconocida vinculación del uso de cannabis con los desórdenes psicóticos que conlleva una atención dentro de un contexto en ocasiones de patología dual, dispositivos de urgencias de salud mental, etc., (Ghodse, 1986) se observa una ampliación clínica que incluye un mayor grupo de trastornos mentales: THDA, TLP, estado de ánimo, TOC, bulimia nerviosa, etc. (Lev-Ran, Le Foll, McKenzie, George y Rehm, 2013; Stinson, Ruan, Pickering y Grant, 2006); así

como situaciones objeto de valoración multidisciplinar: intoxicación en menores por negligencia paterna en adultos consumidores (Pélissier, Claudet, Pélissier-Alicot y Franchitto, 2014), accidentes de tráfico (Asbridge et al, 2014), contexto militar, etc.

Dentro del trastorno por uso de cannabis, los tres aspectos determinantes del mismo: sustancia, tratamiento y paciente, se encuentran actualmente en un proceso génesis con consecuencias aún desconocidas. Es responsabilidad de todos los profesionales que intervienen directa o indirectamente en este proceso conocer la realidad actual, así como estrategias de gestión y tratamiento adecuadas a la demanda asistencial.

“El usuario tipo con un definido patrón de uso de cannabis evoluciona hacia el policonsumo o poliuso fundamentalmente con alcohol y cocaína”.



BIBLIOGRAFÍA

- Aharonovich, E., Liu, X., Samet, S., Nunes, E., Waxman, R. y Hasin, D. (2005). Postdischarge cannabis use and its relationship to cocaine, alcohol, and heroin use: A prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1507-1514.
- Asbridge, M., Mann, R., Cusimano, M. D., Trayling, C., Roerecke, M., Tallon, J. M., ... Rehm, J. (2014). Cannabis and traffic collision risk: Findings from a case-crossover study of injured drivers presenting to emergency departments. *International Journal of Public Health*, 59, 395-404. <http://doi.org/10.1007/s00038-013-0512-z>
- Ashton, C. H. (2001). Pharmacology and effects of cannabis: A brief review. *British Journal of Psychiatry*. <http://doi.org/10.1192/bjp.178.2.101>
- Brin, F., Grenyer, L.L. y Solowij, N. (1995). Treatment manual for supportive-expressive dynamic psychotherapy: special adaptation for treatment of cannabis (marijuana) dependence. National Drug and Alcohol Research Centre (Australia).
- Cooper, Z. D. y Haney, M. (2008). Cannabis reinforcement and dependence: Role of the cannabinoid CB1 receptor. *Addiction Biology*. <http://doi.org/10.1111/j.1369-1600.2007.00095>.
- Danovitch, I. y Gorelick, D. A. (2012). State of the Art Treatments for Cannabis Dependence. *Psychiatric Clinics of North America*. <http://doi.org/10.1016/j.psc.2012.03.003>
- Davis, M. L., Powers, M. B., Handelsman, P., Medina, J. L., Zvolensky, M. y Smits, J. A. J. (2015). Behavioral therapies for treatment-seeking cannabis users: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Evaluation & the Health Professions*, 38, 94-114. <http://doi.org/10.1177/0163278714529970>
- Denis, C., Lavie, E., Fatséas, M. y Auriacombe, M. (2006). Psychotherapeutic interventions for cannabis abuse and/or dependence in outpatient settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, 3(2), CD005336. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD005336.pub2>
- Dennis, M., Titus, J. C., Diamond, G., Donaldson, J., Godley, S. H., Tims, F. M., ... Scott, C. K. (2002). The Cannabis Youth Treatment (CYT) experiment: Rationale, study design and analysis plans. *Addiction*, 97, 16-34. <http://doi.org/10.1046/j.1360-0443.97.s01.2.x>
- Fridberg, D. J., Queller, S., Ahn, W. Y., Kim, W., Bishara, A. J., Busemeyer, J. R., ... Stout, J. C. (2010). Cognitive mechanisms underlying risky decision-making in chronic cannabis users. *Journal of Mathematical Psychology*, 54, 28-38. <http://doi.org/10.1016/j.jmp.2009.10.002>
- Grenyer, B. y Peters R. (1996). A comparison of brief versus intensive treatment for cannabis dependence. *Australian Journal of Psychology*, 48.
- Ghodse, A. H. (1986). Cannabis psychosis. *British Journal of Addiction*, 81, 473-478. <http://doi.org/10.1192/pb.16.9.572-a>
- Lev-Ran, S., Le Foll, B., McKenzie, K., George, T. P. y Rehm, J. (2013). Cannabis use and cannabis use disorders among individuals with mental illness. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 589-598. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.12.021>
- Martin, G. y Copeland, J. (2008). The adolescent cannabis check-up: Randomized trial of a brief intervention for young cannabis users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 407-414. <http://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.07.004>
- Miller, W. R., y Rollnick, S. (2012). Motivational Interviewing: Helping People Change: Helping People Change: Helping People Change. *Helping People Change*. <http://doi.org/10.1080/02615479.2014.894351>
- Pélissier, F., Claudet, I., Pélissier-Alicot, A.-L. y Franchitto, N. (2014). Parental Cannabis Abuse and Accidental Intoxications in Children. *Pediatric Emergency Care*, 30, 862-866. <http://doi.org/10.1097/PEC.0000000000000288>
- Reece, A. S. (2009). Chronic toxicology of cannabis. *Clinical Toxicology (Philadelphia, Pa.)*, 47, 517-524. <http://doi.org/10.1080/15563650903074507>
- Stinson, F. S., Ruan, W. J., Pickering, R. y Grant, B. F. (2006). Cannabis use disorders in the USA: prevalence, correlates and co-morbidity. *Psychological Medicine*, 36, 1447-1460. <http://doi.org/10.1017/S0033291706008361>

2

JÓVENES Y CÁNNABIS: DISTINTOS USOS, DISTINTAS INTERVENCIONES



Otger Amatller Gutierrez

Psicólogo. Coordinador
Prevención y profesor del Máster
Drogodependencias Universidad
de Barcelona.
Responsable proyectos de prevención
Fundación Salud y Comunidad.

Debate encendido en la radio ante la regulación del cannabis en Uruguay, Méjico o en Estados Unidos. En la terraza de un bar cualquiera, un joven está liando un porro y las dos señoras que toman un cortado en la mesa de al lado lo miran con cara de desaprobación. A unos cuantos metros, en la misma calle, un pequeño local sin rótulo ni ningún tipo de elemento identificativo disimula lo que realmente es, un club cannábico, y siguiendo calle abajo un *grow-shop* promueve, sin ningún tipo de tabú, toda clase de complementos para el cultivo de la marihuana.

El consumo de cannabis **se ha convertido en algo habitual** y muy visible en muchos entornos de nuestra sociedad, y no parece que esté perdiendo protagonismo sino todo lo contrario¹. Los clubs sociales de cannabis han sido el detonante de que muchos políticos y administraciones querían evitar, y pocos -y bienvenidos sean- han dado una respuesta, aunque tímida, a esta situación². El debate sobre la regularización del cannabis ha crecido exponencialmente y se ha abierto de par en par³.

Y eso se agradece desde frentes muy diversos. Poder hablar abiertamente, más allá de ser saludable, es urgentemente necesario. Como sucede con cualquier tema de actualidad, todo el mundo opina, desde aquellos que tienen un conocimiento técnico y científico hasta aquellos que sorprendentemente saben hablar de todo. Psiquiatras, antropólogos, preventólogos, sociólogos, pero también periodistas, contertulios, políticos o usuarios consumidores.

¿Puntos de vista? De todo tipo. ¿Evidencias científicas? De todos los colores; algunas parecen bien claras y admitidas por todos, y otras generan grandes discusiones⁴. Pero lo que sí es real y se debería afrontar con cierta celeridad es la realidad actual, la existencia de un número importante de consumidores y muchos de ellos jóvenes y adolescentes.

“La adolescencia no es una lotería, y cuando los porros aparecen, todo aquel trabajo que se haya hecho anteriormente determinará si esos consumos tienen mucha, poca o ninguna importancia”.

ADOLESCENCIA, RIESGOS Y LOTERÍAS

La adolescencia no es una lotería, y cuando los porros aparecen, todo aquel trabajo que se haya hecho anteriormente determinará si esos consumos tienen mucha, poca o ninguna importancia.

La adolescencia es una edad que muchos padres y madres temen. Contrariamente a la realidad, se puede llegar a pensar que la adolescencia es cuestión de azar, que por el simple hecho de escoger unos amigos y no otros, de escoger un tipo de estudios concretos o ponerse a trabajar en un tipo de trabajo, o en uno totalmente contrario, el futuro de nuestros hijos e hijas puede cambiar radicalmente por simple cuestión de suerte⁵.

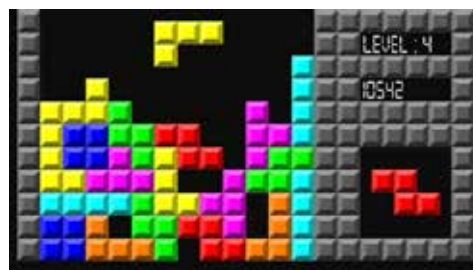


No nos engañemos, salvo en contadas ocasiones, un adolescente elegirá un tipo de amigos concretos, estudiará según qué, o querrá dejar los estudios para dedicarse a según qué trabajo, en relación a lo que él haya ido aprendiendo a lo largo de su vida, a lo que desde casa o desde otros referentes educativos le han conseguido traspasar y a lo que genéticamente ha heredado de sus padres biológicos. Por tanto, las decisiones que toman nuestros hijos e hijas (como las nuestras) tienen nada o poco que ver con una lotería, ni a cara y cruz.

Durante el crecimiento de ellos y ellas, los padres deberán tomar muchas decisiones, y debemos tener en cuenta que no tomar decisiones es también una manera de tomarlas. La manera como educamos a nuestro hijo, las responsabilidades que le traspasamos, los límites que les marcamos, la sobreprotección que le encubrimos no dejan de ser acciones que conformarán su ser y que marcarán sus propias decisiones y su futuro.



PORROS Y TETRIS, UNA PIEZA DIFÍCIL DE COLOCAR



Lógicamente, no todo serán decisiones sobre situaciones previsibles, sino que hay muchas que no nos esperamos y que aparecen de la nada. Todas ellas, las esperadas y las inesperadas las podríamos situar metafóricamente dentro del famoso juego del Tetris. Sí, aquel juego donde va cayendo pieza tras pieza, sin posibilidad de seleccionar el *pause* y que dependiendo de cómo hayamos colocado las piezas anteriores y de cómo de complicada tengamos la partida, las piezas serán más fáciles de recolocar y tendremos más tiempo para reaccionar y pensar dónde colocar la siguiente.

Los porros se han convertido ya en una pieza muy habitual en la adolescencia⁶ y la gran mayoría de padres, sorprendidos de su aparición, no tienen claro dónde situarla, ni de qué manera. Los padres reciben muchas presiones totalmente contrapuestas, desde una normalización del consumo de cannabis que la sociedad está experimentando en los últimos años hasta el recuerdo de su adolescencia donde el consumo de porros entraba dentro del mismo saco de la heroína o la cocaína.



Los progenitores perciben cómo existen cada vez más indicios de que el cannabis no es aquella droga de la que les hablaban sus padres, sus maestros o la televisión de su juventud, pero tampoco quieren sentirse culpables por si realmente los porros acaban dificultando el crecimiento de sus hijos adolescentes y ellos no le han dado la importancia que se merecía.

ENTONCES, ¿DÓNDE SITUAMOS EL CONSUMO DE PORROS?

Parece claro que aquellos jóvenes que tengan el resto de piezas bien ordenadas, el consumo de porros simplemente será una pieza más que no tiene por qué llevarnos excesivos problemas; por otro lado, si la partida de Tetris está complicada y ya tenemos bastante trabajo a intentar situar aún un puñado de piezas muy complejas, el cannabis puede ser esa pieza que nos lo enrede todo y acabe complicando la partida⁷.

De esta manera, tenemos delante nuestro jóvenes con consumos bien diferenciados, con motivos de consumo bien distintos, con problemáticas de todos los colores y ante situaciones bien diversas que requieran cada una de ellas respuestas distintas y personalizadas. El tipo de consumo y la concienciación de problema, en el caso de existir, serán dos elementos fundamentales a tener en cuenta.

Una última reflexión, así como en el **Tetris**, una vez aparecía el **Game Over** teníamos la posibilidad con una insignificante moneda de **5 duros** de empezar de nuevo, en la vida real no es así, por mucho que no lo queramos ver, las piezas se van amontonando y la partida no acaba nunca. Cuanto más tarde nos ponemos, más trabajo acumulado tendremos que recuperar. Todo aquello que no hayamos hecho en su momento, nos volverá, pero de forma multiplicada.

“LOS JÓVENES QUE TENGAN EL RESTO DE PIEZAS BIEN ORDENADAS, EL CONSUMO DE PORROS SIMPLEMENTE SERÁ UNA PIEZA MÁS QUE NO TIENE POR QUÉ LLEARNOS EXCESIVOS PROBLEMAS”.

BIBLIOGRAFÍA

1. Observatorio Español de la Drogas y las Toxicomanías. (2015) Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Informe 2015. Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.
2. Parlamento Vasco. (2016) LEY 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias. Euskadi.
3. Secretaria de Gobernación. Gobierno Federal. (2016). Debate Nacional sobre el Uso de la Marihuana. Mexico
4. International Centre for Science in Drug Policy. Canada. (2015). Estado de la Evidencia Uso de cannabis y regulación. Canadá.
5. Del Pueyo, Begoña y Suarez, Rosa. (2013). La buena adolescencia. Editorial Grijalvo. 2013.
6. Observatorio Español de la Drogas y las Toxicomanías. (2014). Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España, ESTUDES. Plan Nacional Sobre Drogas. Madrid.
7. Instituto Deusto de Drogodependencias. Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas. 2004.

3

CONSUMO DE CANNABIS Y RENDIMIENTO COGNITIVO EN ADOLESCENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Teresa Sánchez-Gutiérrez

Doctora en Psicología. Profesora en la Universidad Internacional de la Rioja (UNIR) y Profesora-tutora en la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).

El cannabis es la droga ilegal más consumida en la población general después del tabaco y del alcohol. En España, un 32.1% de personas entre 15 y 64 años fumó cannabis alguna vez en la vida, situándose la edad media de inicio del consumo de cannabis en los 14.7 años de edad y con una prevalencia un poco más elevada en el caso de los varones (34.9%). También ocurre así en Europa: 65 millones de europeos de entre 15-64 años de edad (uno de cada cinco) habría consumido cannabis por lo menos una vez en la vida; 22.5 millones lo habrían hecho en el último año y 12 millones de ciudadanos, en los últimos 30 días.

La extensión del consumo de esta sustancia se ha producido en todos los grupos de edad y sexo, aunque en los últimos años ha sido más intenso entre los hombres, sobre todo entre los más jóvenes. Sin embargo, el número de mujeres consumidoras de cannabis ha aumentado considerablemente, esperándose en los próximos años que iguale al número de hombres consumidores.

Por otro lado, el interés por examinar los efectos del cannabis sobre el funcionamiento cognitivo en la población general comenzó en la década de los 70-80, cuando los investigadores observaron que los consumidores presentaban una disminución en las funciones de memoria, aprendizaje y funciones ejecutivas a lo largo del tiempo. La investigación fue avanzando y durante todo este tiempo los resultados obtenidos han sido heterogéneos, generando un debate importante en los foros científicos sobre los supuestos efectos nocivos producidos por la sustancia en el rendimiento cognitivo. Mientras que algunos estudios concluyen que el rendimiento cognitivo general se recupera en individuos sanos cuando dejan de consumir cannabis, otros estudios sugieren que estos déficit persisten a lo largo del tiempo una vez ha acabado el consumo.

Más concretamente, muchas están siendo las investigaciones que tratan de esclarecer qué es lo que ocurre a nivel cognitivo en pacientes con trastorno mental grave, donde el consumo de cannabis es muy acusado. Sin embargo, las limitaciones propias de los diseños de investigación y las cualidades de la variable del consumo (la medida del consumo de cannabis) hacen difícil extraer conclusiones sin un control adecuado de qué es lo que se consume, con qué frecuencia y con qué duración.



XVIII Jornadas de la Asociación Proyecto Hombre

Dadas las propiedades psicodislépticas de la sustancia, dentro del trastorno mental grave, la investigación se ha dirigido prioritariamente hacia el estudio de los efectos del consumo de cannabis sobre los síntomas y sobre el rendimiento cognitivo de pacientes con psicosis. Uno de los aspectos que todavía quedan por esclarecer en estos estudios es si los déficits observados están presentes antes del inicio u ocurren después, a consecuencia del comienzo del trastorno. A continuación se revisarán algunos de los resultados más relevantes de dos de las dimensiones más alteradas en pacientes con psicosis: la atención y la memoria.

ATENCIÓN

La literatura todavía no ha podido dar una respuesta única a esta pregunta y lo que para unos está muy claro para otros no lo está tanto. Los estudios más paradójicos han observado que los pacientes consumidores de cannabis obtenían mejores puntuaciones en el dominio cognitivo, atención y funciones ejecutivas, que los pacientes no consumidores, lo cual sugeriría, en primer lugar, la existencia de un subgrupo de pacientes con una preservación en estos dominios cognitivos (de la Serna et al., 2010; DeRosse, Kaplan, Burdick, Lencz, & Malhotra, 2010). En segundo lugar, estas diferencias apostarían por la hipótesis en la cual las alteraciones en el rendimiento cognitivo aparecerían en momentos previos al inicio del trastorno, puesto que el tetrahidrocannabinol (THC) actuaría contrarrestando los síntomas cognitivos. Estos momentos previos se denominan pródromos, donde el cannabis tiene un peso importante como factor de riesgo para el inicio del episodio psicótico.

Más en profundidad, en un estudio en el que se reclutó una muestra de 44 pacientes diagnosticados con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, más abuso o dependencia de cannabis a lo largo de la vida (con una edad media de 26.3 años) y una muestra de 17 controles sanos, se midió la relación entre el funcionamiento cognitivo y los diagnósticos de abuso y dependencia. También se midió la frecuencia de uso (subdividiendo el grupo de pacientes en tres subgrupos: alta, media y baja frecuencia) y el tiempo pasado desde el último uso de cannabis. Los controles consiguieron mejores resultados en todos los dominios cognitivos evaluados (siendo uno de ellos la atención) con respecto de los pacientes. De forma específica, los resultados obtenidos entre los tres grupos de consumidores, según su frecuencia, indicaron que una alta frecuencia de consumo de cannabis en pacientes estaba relacionada con una mejor ejecución en tareas de atención (Coulston, Perdices, & Tennant, 2007) B.

En otro de los estudios, se incluyó una muestra de 108 pacientes adolescentes con PEP y edades comprendidas entre los 9 y 17 años, de los cuales 32 consumían cannabis y 76 no consumían, así como una muestra de 96 controles sanos no consumidores. Se demostró la existencia de diferencias significativas en el funcionamiento cognitivo de los pacientes consumidores y de los no consumidores con respecto de la muestra de controles sanos no consumidores, obteniendo los dos primeros grupos peores puntuaciones que los controles en los dominios cognitivos examinados, siendo uno de ellos la atención. Sin embargo, al comparar los pacientes consumidores con los no consumidores, los primeros obtuvieron mejores resultados en el momento de aparición del primer episodio psicótico (de la Serna et al., 2010).

El trabajo de Sevy en 2007 con un grupo de pacientes con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo consumidores de cannabis y otro grupo de pacientes no consumidores observó diferencias significativas en el subtest dígitos directos del WAIS-III (relacionado con la medida de funciones atencionales), donde los pacientes consumidores puntuaron por encima de los pacientes no consumidores (Sevy et al., 2007). En la misma línea, en otro estudio donde se evaluó el rendimiento en atención en pacientes con esquizofrenia policonsumidores (siendo una de las sustancias consumidas el cannabis en todos los participantes), se observó la presencia de una mejor ejecución en los pacientes consumidores en este dominio cognitivo (Rentzsch, Buntebart, Stadelmeier, Gallinat, & Jockers-Scherubl, 2011).

Por el contrario, en un estudio reciente que incluye una muestra de 200 pacientes con un primer episodio psicótico de edades comprendidas entre los 18 y 50 años se examinaron de forma transversal tres subgrupos: 1) pacientes consumidores de cannabis, 2) pacientes no consumidores y 3) controles. Se observó una disminución de la atención en el grupo de pacientes consumidores respecto de los pacientes no consumidores. Además, en ambos grupos se obtuvieron puntuaciones inferiores comparados con los controles (Cunha et al., 2013).

En la misma línea, en un estudio con una muestra de 21 pacientes diagnosticados con esquizofrenia y consumo de cannabis y 343 pacientes con esquizofrenia y ausencia de consumo, se obtuvieron diferencias en el dominio de la atención, donde los pacientes no consumidores obtuvieron mejores resultados. Sin embargo, estas diferencias desaparecieron cuando se replicaron los análisis controlando por el funcionamiento premórbido, variable que podría explicar la presencia de diferencias en el rendimiento cognitivo de pacientes con psicosis según la presencia o ausencia de consumo de cannabis (Ringen et al., 2013).

“El número de mujeres consumidoras de cannabis ha aumentado considerablemente, esperándose en los próximos años que iguale al número de hombres consumidores”.



“LAS LIMITACIONES PROPIAS DE LOS DISEÑOS DE INVESTIGACIÓN Y LAS CUALIDADES DE LA VARIABLE DEL CONSUMO (LA MEDIDA DEL CONSUMO DE CANNABIS) HACEN DIFÍCIL EXTRAER CONCLUSIONES SIN UN CONTROL ADECUADO DE QUÉ ES LO QUE SE CONSUME, CON QUÉ FRECUENCIA Y CON QUÉ DURACIÓN”.

MEMORIA

Los resultados en memoria de trabajo son también poco concluyentes. En un estudio transversal de 19 sujetos con un primer episodio psicótico consumidores de cannabis, con una edad media de 22 años, y 20 pacientes con un primer episodio psicótico no consumidores, con una edad medida de 27 años se observó que aquellos pacientes que consumieron cannabis antes del primer episodio, obtuvieron mejores resultados en tareas que evaluaron la atención, la memoria de trabajo y la velocidad de procesamiento que los pacientes no consumidores. Esta diferencia era mayor si el consumo se inició antes de los 17 años (Jockers-Scherubl et al., 2007).

Por otra parte, algunos estudios también han revelado la ausencia de diferencias en el dominio de la memoria entre pacientes con un diagnóstico dentro del espectro de la psicosis y consumo de cannabis y aquellos pacientes no consumidores. En un estudio en el que se comparó, entre otros dominios, el rendimiento en memoria verbal de 33 pacientes con esquizofrenia y consumidores de cannabis y 33 pacientes no consumidores se demostró la ausencia de diferencias entre los dos grupos en el rendimiento de dicha función (Addington & Addington, 1997). En la misma línea, otros dos estudios, uno de ellos con 27 pacientes con esquizofrenia paranoide, consumidores de cannabis, y 23 pacientes no consumidores; y otro de ellos con 128 pacientes consumidores y 736 pacientes no consumidores tampoco observaron diferencias en el dominio memoria (Thoma, Wiebel, & Daum, 2007).

También se han realizado estudios en los que el resultado es contrario a los anteriores. El estudio de Cunha, 2013, mencionado previamente, también observó peores resultados en memoria de trabajo en los pacientes consumidores de cannabis con respecto de los no consumidores. En otro estudio comparativo entre distintas sustancias y diseñado con 12 pacientes consumidores de cannabis, 9 pacientes consumidores sólo de opioides y 19 pacientes consumidores de anfetamina, se concluyó que los pacientes consumidores de cannabis recordaban peor la información, mostraban un procesamiento enlentecido y rendían menos en el dominio de funciones ejecutivas que el resto de pacientes consumidores de otras drogas en todos los dominios evaluados (Krysta et al., 2012).

En conclusión, dada la heterogeneidad de resultados, todavía es necesario investigar los efectos producidos por el cannabis en el rendimiento cognitivo de manera longitudinal y controlando por una amplia cantidad de variables extrañas, como son la frecuencia, duración de consumo y composición exacta de los preparados para obtener resultados concluyentes.

BIBLIOGRAFÍA

- Addington, J., & Addington, D. (1997). Substance abuse and cognitive functioning in schizophrenia. *J Psychiatry Neurosci*, 22(2), 99-104.
- Coulston, C. M., Perdices, M., & Tennant, C. C. (2007). The neuropsychological correlates of cannabis use in schizophrenia: lifetime abuse/dependence, frequency of use, and recency of use. *Schizophr Res*, 96(1-3), 169-184. doi: 50920-9964(07)00362-3 [pii]
- 10.1016/j.schres.2007.08.006
- Cunha, P. J., Rosa, P. G., Ayres Ade, M., Duran, F. L., Santos, L. C., Scazufca, M., . . . Schaufelberger, M. S. (2013). Cannabis use, cognition and brain structure in first-episode psychosis. *Schizophr Res*, 147(2-3), 209-215. doi: 10.1016/j.schres.2013.04.009
- de la Serna, E., Mayoal, M., Baeza, I., Arango, C., Andres, P., Bombin, I., . . . Castro-Fornieles, J. (2010). Cognitive functioning in children and adolescents in their first episode of psychosis: differences between previous cannabis users and nonusers. *J Nerv Ment Dis*, 198(2), 159-162. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181cc0d41
- 00005053-201002000-00013 [pii]
- DeRosse, P., Kaplan, A., Burdick, K. E., Lencz, T., & Malhotra, A. K. (2010). Cannabis use disorders in schizophrenia: effects on cognition and symptoms. *Schizophr Res*, 120(1-3), 95-100. doi: 50920-9964(10)01260-0 [pii]
- 10.1016/j.schres.2010.04.007
- Jockers-Scherubl, M. C., Wolf, T., Radzei, N., Schlattmann, P., Rentzsch, J., Gomez-Carrillo de Castro, A., & Kuhl, K. P. (2007). Cannabis induces different cognitive changes in schizophrenic patients and in healthy controls. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 31(5), 1054-1063. doi: S0278-5846(07)00099-1 [pii]
- 10.1016/j.pnpbp.2007.03.006
- Krysta, K., Krupka-Matuszczyk, I., Janas-Kozik, M., Stachowicz, M., Szymaszal, J., & Rybakowski, J. K. (2012). Inferior performance on selected neuropsychological tests in abstinent schizophrenia patients who have used cannabis. *Med Sci Monit*, 18(9), CR581-586. doi: 883355 [pii]
- Rentzsch, J., Buntebart, E., Stadelmeier, A., Gallinat, J., & Jockers-Scherubl, M. C. (2011). Differential effects of chronic cannabis use on preattentive cognitive functioning in abstinent schizophrenic patients and healthy subjects. *Schizophr Res*, 130(1-3), 222-227. doi: 50920-9964(11)00268-4 [pii]
- 10.1016/j.schres.2011.05.011
- Ringen, P. A., Melle, I., Berg, A. O., Agartz, I., Spigset, O., Simonsen, C., . . . Andreassen, O. A. (2013). Cannabis use and premorbid functioning as predictors of poorer neurocognition in schizophrenia spectrum disorder. *Schizophr Res*, 143(1), 84-89. doi: 10.1016/j.schres.2012.10.021
- Sevy, S., Burdick, K. E., Wisweswaraiiah, H., Abdelmessih, S., Lukin, M., Yechiam, E., & Bechara, A. (2007). Iowa gambling task in schizophrenia: a review and new data in patients with schizophrenia and co-occurring cannabis use disorders. *Schizophr Res*, 92(1-3), 74-84. doi: 50920-9964(07)00055-2 [pii]
- 10.1016/j.schres.2007.01.005
- Thoma, P., Wiebel, B., & Daum, I. (2007). Response inhibition and cognitive flexibility in schizophrenia with and without comorbid substance use disorder. *Schizophr Res*, 92(1-3), 168-180. doi: 50920-9964(07)00100-4 [pii]
- 10.1016/j.schres.2007.02.004

4

PSICOESCÉNICA APLICADA AL TRABAJO FAMILIAR EN CASOS DE CONSUMO DE CANNABIS EN ADOLESCENTES

Carlos Alfonso González
de Valdés Correa

Psicólogo y psicoterapeuta.
Master de Psicoterapia Relacional.
Director de Siodrama con ASSG.
Presidente Asociación PONTE.

La aplicación de las artes escénicas en procesos de transformación personal y social es un campo de trabajo tan clásico como eficaz y se presenta en la actualidad como una de las alternativas de trabajo grupal más eficientes.

Desde experiencias chamánicas hasta el psicodrama, hay recogidas numerosas experiencias por las que el ser humano procura hallar fórmulas para vehicular sus capacidades teatrales más inherentes, de manera que le ayuden a mutar su ser y estar, hacia una forma que le reporte un mayor bienestar vital. La psicoescénica es una de estas propuestas. Se va articulando como un modelo de trabajo en constante evolución (Nieto Morales, C,2015), desarrollado en un principio en el ámbito de la intervención psico educativa con grupos de adolescentes, madres y padres, para el fomento de la parentalidad positiva y la prevención de conductas antisociales en los jóvenes.

La metodología que sustenta nuestro modelo de actuación se basa fundamentalmente en aportaciones de los modelos sistémicos y siodramáticos, así como otros campos de las artes escénicas como el teatro social o el teatro del oprimido.

Entre los sellos distintivos del enfoque psicoescénico está que la unidad funcional de trabajo la componen un profesional de las ciencias sociales (psicólogo/a, trabajador/a social, etc.), que denominamos analista psicoescénico y un/a profesional de las artes escénicas que denominamos intérprete psicoescénico. Un segundo rasgo distintivo es que ambos trabajan en paridad, disolviendo la clásica propuesta donde uno dirige y el otro le auxilia. Uno y otro encarnan el yin y el yang, la polaridad que subyace en el comportamiento humano y actúan movilizandando estas fuerzas siguiendo una guía de cooperación paritaria, no jerárquica.

Pondremos más atención ahora en el tercero de los sellos distintivos que describiremos aquí. Se trata de la creación y el uso, en el aquí y ahora de la sesión, de escenas prediseñadas o creadas *in situ* sobre las temáticas que se estén tratando.



En este sentido, como en otros modelos, la escena trasciende lo verbal-lineal incorporando el cuerpo y el espacio para que el protagonista y el grupo exploren la respuesta a sus cuestiones, conducidos por la unidad funcional. Pero para nosotros, el escenario se pone al servicio de un amplio ramillete de actuaciones técnicas que se ponen en juego y que podríamos encuadrar en dos tipologías escénicas:

1. *La intrapersonal* refiere aquellas escenas que surgen a partir del contenido del protagonista. Un lapsus, un acontecimiento reciente, una metáfora, etc., toman forma en el escenario para su investigación y para su tránsito. El propósito aquí es atender a la condición más personal del protagonista o elemento protagónico.

La dinamización de este tipo de escenas tiene como estrategia fundamental de abordaje el uso de las denominadas técnicas de improvisación.

Un ejemplo de esto es cuando un joven viene visiblemente afectado por una discusión doméstica y decidimos ponerla en escena tal como la va definiendo.

Esta acepción es similar al concepto de dramatización aunque nuestro proceder con la escena muchas veces no sigue la ortodoxia que el sicodrama propone.

2. *La interpersonal* refiere escenas que surgen a propuesta de la unidad funcional, bien sea por iniciativa propia o haciéndose eco del comentario de algún otro integrante del grupo. Estas escenificaciones tienen como propósito atender a la condición más relacional del protagonista o elemento protagónico.

Aquí la dinamización puede ser de dos tipos: improvisada, como en el caso anterior, o premeditado, como pasa cuando preparamos actuaciones (monólogos, cuentos, etc.) adecuadas a contenidos específicos de la intervención.

Ejemplo de esto es cuando decidimos iniciar una sesión con una performance cuyo contenido escénico recoge elementos esenciales que surgieron en el análisis de la sesión anterior (post-sesión), porque no pudieron trabajarse, porque queremos subrayar aspectos fundamentales de la intervención.

Con los elementos descritos y otros tantos más que no tienen cabida en este artículo, la psicoescénica se pone al servicio de conflictivas de muy diversa naturaleza. Como es de esperar y más aún teniendo en cuenta que trabajamos con cientos de adolescentes, el consumo de estupefacientes es uno de los escenarios más comunes en los que se hace manifiesto una conflictiva personal, familiar y social.

Aquí la conflictiva está servida porque de hecho, ya etimológicamente *phármakon* significa al mismo tiempo remedio y veneno. Los elementos teatrales pues ya están identificados: el protagonista, el antagonista y el conflicto.

No hay un modo psicoescénico predeterminado de trabajo con ninguna temática porque los recursos técnicos se disponen según cada caso. Lo que sí existe es un encuadre, un procedimiento básico de intervención con las conflictivas y un firme compromiso con la evaluación democrática como se hace en Soto Rosales (2014).

Cuando un o una menor presenta como síntoma el consumo de cannabis, solemos explorar si el grado de conflictividad que tiene con esto es consciente o no, pero solo la trabajamos en el grupo cuando se define como emergente grupal; es decir, cuando su grado de significación con respecto al protagonista resuena en el grupo como una temática que requiere que intervengamos.



“LA METODOLOGÍA QUE SUSTENTA NUESTRO MODELO DE ACTUACIÓN SE BASA FUNDAMENTALMENTE EN APORTACIONES DE LOS MODELOS SISTÉMICOS Y SICODRAMÁTICOS, ASÍ COMO OTROS CAMPOS DE LAS ARTES ESCÉNICAS COMO EL TEATRO SOCIAL O EL TEATRO DEL OPRIMIDO”.

“No hay un modo psicoescénico predeterminado de trabajo con ninguna temática porque los recursos técnicos se disponen según cada caso”.

Esta resonancia no obstante se da a menudo porque es un asunto muy generalizado, al menos en los colectivos de jóvenes con los que trabajamos, con lo que trabajamos frecuentemente el consumo de cannábicos.

En principio lo que reflejan es una preocupación externa en tanto que solo ponen la significatividad en los problemas sociales que les genera el consumo, pero nuestro ejercicio profesional no se detendrá en esa parte más superficial sino que se adentrará hasta las razones más íntimas que pudieran llevarle al consumo.

Lo que sigue a continuación responde más al proceder del que escribe, que a un dogma o patrón de intervención psicoescénico, ya que como en todos los modelos y paradigmas “cada maestrillo tiene su librillo”.

Partiendo de la clasificación que hace A. Escohotado, asumimos que el cannabis es una de las drogas que *buscan una excursión psíquica*. ¿Qué historia subyace bajo el consumo? ¿A dónde viaja aun sabiendo los peligros que conlleva su aventura? ¿Cuál es el antagonista en esta historia?

La psicoescénica dispone los elementos necesarios para visualizar estas cuestiones en escena acompañando al protagonista en su investigación, activando sus propios recursos personales y cuestionando las creencias, trabajando en escena mientras se realiza o conversando en la fase de comentarios que sucede a toda escenificación.

En mi caso, a menudo insto a los jóvenes a que se pregunten sobre el uso médico de los cannábicos. En cuanto empiezan por ello a justificar su conducta, les animo a que piensen en que en todo caso, estas sustancias han demostrado científicamente sus beneficios (asma, epilepsia, esclerosis múltiple, etc.) reduciendo el dolor. Y es ahí donde empieza la escena; no en el juicio sino en el conocimiento, ¿Qué es lo que te duele? Luego seguimos cuestionando para ampliar la visión del conflicto con otros argumentos hasta que la sesión termina.

Ya en escena, adentrándonos en la historia que propone el o la joven, investigamos y “experimentamos” para a menudo acabar encontrando que el consumo se enraíza con una disfunción relacional importante. No apuntamos entonces al bien o al mal sino a la conciencia y por ahí transitamos hasta donde cada protagonista puede llegar, respetando el ritmo de aprendizaje en cada caso apartándonos del rol de experto.

En casi todas las ocasiones en las que realizamos este trabajo, la dolencia se vincula de forma directa a los padres, madres o seres queridos. Si el encuadre es familiar, a menudo éstos están en la sala de al lado y promovemos un movimiento para compartir estos hallazgos con ese *antagonista* para trabajar juntos la conflictiva.

Cuando esta presencia no es posible, le toca al intérprete encarnar al antagonista poniendo sus capacidades al servicio de la resolución del conflicto en el plano simbólico y posteriormente, el analista, concluirá con la intervención apuntando desde su rol cuantas asociaciones o ideas pudieran ayudar a este tránsito.

Como pueden ver, todo es teatro. Nos montamos una película sobre lo que nos pasa y cuando esta no resulta satisfactoria la compartimos con quien está receptivo.

La psicoescénica tiene como propósito contribuir a que la persona encuentre una nueva versión o perspectiva sobre los hechos que narra y sobre sí mismo/a y eso pasa por el buen uso de la técnica de la externalización del problema (Ríos, 1987-2006).

No se trata de buscar la verdad o alcanzar una meta, sino de hacer camino al andar y de promover que en los acontecimientos vitales que transitamos podamos liberarnos de cuantas ataduras nos condicionen de forma tan significativa como puede hacerlo un fármaco.

Como dijo E. Burke, *quienes carecen de moderación no pueden ser libres; sus pasiones forjan sus grilletas*.



BIBLIOGRAFÍA

- NIETO MORALES, C. (2015). *Las crisis en las familias, infancia y juventud en el siglo XXI. Una mirada desde la experiencia laboral*. Dykinson.
- ESCOHOTADO, A. (1995) *Aprendiendo de las drogas: Usos, abusos, prejuicios y desafíos*. Barcelona. Anagrama
- ROJAS-BERMÚDEZ, J. (1997) *Teoría y técnica psicodramáticas*. Barcelona: Paidós.
- SOTO ROSALES ET AL. (2014). “Evaluación de un programa de intervención con familias para la reducción de conductas antisociales en los menores”. REOP. Vol. 25, n°2, 2° Cuatrimestre, 2014, pp. 56-73. ISSN electrónico: 1989-7448.
- “La externalización del problema y la reescritura de vidas y relaciones”. En RÍOS GONZÁLEZ, J. A. Cuadernos de Terapia Familiar (1987-2006).

Entidades colaboradoras

Son muchas las entidades implicadas en la labor que desarrollamos en Proyecto Hombre. Desde la Asociación, queremos dedicar este espacio de la revista, a agradecer la colaboración de todas ellas y a dar a conocer los proyectos que desarrollamos conjuntamente.

Gracias.

AENA



AXA



COMUNIDAD RCC



COPERNICO



FREMAP



FUNDACIÓN FEUVERT



FUNDACIÓN FERNANDO POMBO



IRPF



FONDO SOCIAL EUROPEO



MINISTERIO SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD



OBRA SOCIAL LA CAIXA



PWC



SOCIETE GENERALE



LISTADO DE CENTROS

DIRECCIONES DE PROYECTO HOMBRE EN ESPAÑA



ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE

C/ Sánchez Díaz, 2
28027 Madrid
Tel.: 91 357 1684
asociacion@proyectohombre.es
www.proyectohombre.es

ALICANTE

Partida de Aguamarga, s/n
03008 Alicante
Tel.: 965 11 21 25
Fax: 965 11 27 24
info@proyectohombrealicante.org
www.proyectohombrealicante.org

ALMERÍA

Calle de la Almedina, 32
04002 Almería
Tel.: 950 26 61 58
Fax: 950 27 43 07
proyectohombrealmeria@proyectohombrealmeria.es
www.proyectohombrealmeria.blogspot.com

ASTURIAS

Pza. del Humedal, 5 - Entlo. 2º
33207 Gijón
Tel.: 98 429 36 98
Fax: 98 429 36 71
phastur@proyectohombrestur.org
www.proyectohombrestur.org

BALEARES

C/ Projecte Home, 6
07007 Palma de Mallorca (Polígono son Morro)
Tel.: 971 79 37 50
Fax: 971 79 37 46
info@projectehome.com
www.projectehome.com

BURGOS

Pedro Poveda Castroverde, 3
09007 Burgos
Tel.: 947 48 10 77
Fax: 947 48 10 78
proyectohombreburos@saren.es
www.proyectohombreburos.com

CÁDIZ

C/ Corredera, 25
11402 Jerez
Tel.: 956 18 32 74
Fax: 956 18 32 76
sede@proyectohombreprovinciacadiz.org
www.proyectohombreprovinciacadiz.org

CANARIAS

TENERIFE
Pedro Doblado Claverie, 34
38010 Ofra · Tenerife
Tel.: 922 66 10 20
Fax: 922 66 15 68
administracion.tfe@proyectohombrecanarias.com

LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

C/ Eufemiano Jurado, 5 – Esquina C/ Córdoba
35016 Las Palmas de Gran Canaria
Tel.: 928 330 140
Fax: 928 330 148
administracion.gc@proyectohombrecanarias.com

CANTABRIA

Isabel La Católica, 8
39007 Santander · Cantabria
Tel.: 942 23 61 06
Fax: 942 23 61 17
phcantabria@proyectohombrecantabria.org
www.proyectohombrecantabria.org

CASTELLÓN

Avda. Enrique Gimeno, 44
12006 Castellón
Tel.: 964 20 52 55
Fax: 964 25 00 46
fundacion@proyectoamigo.org
www.proyectoamigo.org

CASTILLA-LA MANCHA

Bolarque, 3
19005 Guadalajara
Tel.: 949 25 35 73
Fax: 949 25 35 66
info@phcastillalamancha.es
www.phcastillalamancha.es

CATALUÑA

Gran Via de les Corts Catalanes, 204 bis,
local 7. 08004 Barcelona
Tel.: 93 469 32 25
Fax: 93 469 35 28
info@projectehome.org
www.projectehome.org

CÓRDOBA

Abderramán III, 10
14006 Córdoba
Tel.: 957 40 19 09
Fax: 957 40 19 26
phcordoba@phcordoba.com
www.phcordoba.com

EXTREMADURA

Coria, 25 Bajo
10600 Plasencia · Cáceres
Tel.: 927 42 25 99
Fax: 927 42 25 99
phextrem@hotmail.com
www.conectatealavida.com

GALICIA

Rúa Cottolengo, 2
15702 Santiago de Compostela · A Coruña
Tel.: 981 57 25 24
Fax: 981 57 36 06
fmg@proyectohome.org
www.proyectohome.org

GRANADA

Santa Paula, 20
18001 Granada
Tel.: 958 29 60 27
Fax: 958 80 51 91
ph@proyectohombregranada.org
www.proyectohombregranada.org

HUELVA

Pabellón de las Acacias. Ctra de Sevilla Km. 636
21007 Huelva
Tel.: 959 23 48 56
Fax: 959 22 77 31
info@proyectohombrehuelva.es
www.proyectohombrehuelva.es

JAÉN

Calle Montero Moya, 4
23002 Jaén
Tels.: 953 24 07 66
info@proyectohombrejaen.org
www.proyectohombrejaen.org

LA RIOJA

Paseo del Prior, 6 (Edif. Salvatorianos)
26004 Logroño · La Rioja
Tel.: 941 24 88 77
Fax: 941 24 86 40
phrioja@proyectohombrelarioja.es
www.proyectohombrelarioja.es

LEÓN

Médicos sin Fronteras, 8
24411 Fuentes Nuevas. Ponferrada · León
Tel.: 987 45 51 20
Fax: 987 45 51 55
comunicacion@proyectohombreleon.org
www.proyectohombreleon.org

MADRID

Martín de los Heros, 68
28008 Madrid
Tel.: 91 542 02 71
Fax: 91 542 46 93
informacion@proyectohombremadrid.org
www.proyectohombremadrid.org

MÁLAGA

Eduardo Carvajal, 4
29006 Málaga
Tel.: 952 35 31 20
Fax: 952 35 32 25
central@proyectohombremalaga.com
www.proyectohombremalaga.com

MURCIA

San Martín de Porres, 7
30001 Murcia
Tel.: 968 28 00 34
Fax: 968 23 23 31
general@proyectohombremurcia.es
www.proyectohombremurcia.es

NAVARRA

Avda. Zaragoza, 23
31005 Pamplona · Navarra
Tel.: 948 29 18 65
Fax: 948 29 17 40
info@proyectohombrenavarra.org
www.proyectohombrenavarra.org

SALAMANCA

Huertas de la Trinidad, 2
37008 Salamanca
Tel.: 923 20 24 12
Fax: 923 21 99 80
phsalamanca@proyectohombresalamanca.es
www.proyectohombresalamanca.es

SEVILLA

Virgen del Patrocinio, 2
41010 Sevilla
Tel.: 95 434 74 10
Fax: 95 434 74 11
ces@phsevilla.org
www.proyectohombresevilla.com

VALENCIA

Padre Esteban Pernet, 1
46014 Valencia
Tel.: 96 359 77 77
Fax: 96 379 92 51
www.proyectohombrevalencia.org

VALLADOLID

Linares, 15
47010 Valladolid
Tel.: 983 25 90 30
Fax: 983 25 73 59
proyectohombre@proyectohombrevalla.org
www.proyectohombrevalla.org

HAZTE SUScriptor DE LA REVISTA

PROYECTO

PROYECTO ES LA REVISTA CUATRIMESTRAL DE LA ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE, ESPECIALIZADA EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES

¡COLABORA CON NOSOTROS!

Puedes solicitar la suscripción a la revista PROYECTO a través de la web

www.proyectohombre.es

902 88 55 55

comunicacion@proyectohombre.es

