

Manejo del consumo de cannabis en adolescentes y jóvenes

ENRIQUETA OCHOA MANGADO

Psiquiatra. Programa Adolescentes y Familias Proyecto Hombre Madrid. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS). Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM). Universidad de Alcalá, Madrid, España

AGUSTÍN MADDOZ-GÚRPIDE

Psiquiatra. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS). Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM). Universidad de Alcalá, Madrid, España

El conjunto de sustancias de abuso, el cannabis ocupa el tercer lugar en prevalencia, tras el tabaco y el alcohol. Según el ESTUDES de 2023, que analiza estudiantes entre 14 a 18 años, el 26,9% de los jóvenes refieren haber consumido cannabis alguna vez en la vida, el 21,8% en los últimos 30 días y el 15,6% en el último mes. Estas cifras tan elevadas, sin embargo, suponen una consolidación de la tendencia negativa observada desde 2021. La prevalencia de consumo de cannabis en esta población empieza en un 9,8% a los 14 años y aumenta de forma progresiva hasta un 30,3% a los 17 años. En general, el consumo de cannabis se encuentra más extendido en los chicos, excepto entre los alumnos de 14 años donde se registran prevalencias más altas entre las chicas. La edad media de inicio en el consumo se mantiene en 14,9 años.

En cuanto a la cantidad consumida, se establece en torno a 3,4 porros de media, el día que consumen. Los chicos realizan un consumo mayor que las chicas (4,0 vs. 2,8 porros). Si se valora el consumo problemático entre los consumidores en los últimos 30 días, el 2,4% de ellos (2,7% en chicos y 2% en chicas) lo realiza, fumando una media de 6,4 porros/día el día que consumen.

Habitualmente se utiliza la marihuana y el hachís, mezclándolo con tabaco más del

75% de los consumidores habituales y del 85% los aquellos que realizan un consumo problemático. El consumo de cannabis suele, frecuentemente, asociarse a experiencias y tiempos de ocio, siendo muy habitual que su consumo se acompañe con el de otras sustancias (especialmente tabaco y alcohol, pero también otras).

» Consecuencias del consumo de cannabis

El consumo de cannabis puede producir diferentes síntomas clínicos, en función básicamente de la dosis, de su contenido de Tetrahidrocannabinol (THC), de la proporción Tetrahidrocannabinol/Cannabidiol (THC/CBD) y de la vía de administración. Influye también la expectativa del sujeto, sus experiencias previas y su personalidad, así como el contexto donde se produce el consumo.

Tradicionalmente se ha considerado el cannabis como una droga "blanda" de escasas consecuencias médicas y que genera escasa dependencia. Hoy día, sin embargo, están demostradas severas implicaciones sanitarias y sociales relacionadas con su consumo (TABLA 1).

TABLA 1. Efectos físicos, psíquicos y psicopatológicos del consumo de cannabis.

Efectos físicos	
Oftalmológico	Enrojecimiento conjuntival, dificultades de acomodación, disminución del reflejo pupilar, disminución de presión intraocular...
Digestivo	Sequedad de boca, disminución del peristaltismo intestinal, disminución de vaciado gástrico...
Cardiovascular	Taquicardia, hipertensión arterial...
Respiratorio	Broncodilatación...
Hormonal	Disminución de hormonas sexuales...
Inmunológico	Alteraciones de la inmunidad
General	Efecto antiemético, aumento del apetito, relajación muscular, somnolencia, analgesia...

Efectos psíquicos	
Consumo agudo	<i>Fase inicial:</i> estimulación, euforia, bienestar <i>Fase posterior:</i> sedación y somnolencia. <i>Síntomas asociados:</i> risa fácil, verborrea, agudización de las percepciones... <i>Síntomas neurocognitivos:</i> alteraciones de la concentración y de la coordinación motora, disminución del rendimiento psicomotor
Tolerancia	Fenómeno subjetivo de necesidad de incremento de dosis para alcanzar ciertos efectos
Abstinencia	Disforia e irritabilidad, ansiedad, insomnio con pesadillas, temblor, hipertermia, y un deseo intenso de consumo
Trastorno por consumo (antigua dependencia)	Pérdida de control sobre el consumo aun a sabiendas de las nocivas consecuencias que genera al sujeto
Ansiedad	Ansiedad elevada, crisis de pánico
Depresión	Síntomas depresivos, con anergia, desmotivación
Sr. Amotivacional	Anergia, abulia, disminución intereses y rendimiento
Psicosis	Síntomas psicóticos, favorece aparición esquizofrenia
Trastorno bipolar	Favorece fases maníacas, recaídas y la clínica psicótica
Delirium	Alteraciones nivel de conciencia, asociado a intoxicaciones
Alt. Personalidad	Modificación de hábitos, alteraciones conductuales, cambios de personalidad...
Alt. neuropsicológicas	Atención, memoria, velocidad psicomotora, y en alguna de las funciones ejecutivas

Elaboración propia parcialmente basada en tabla del Informe de la Comisión Clínica Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe sobre el Cannabis 2009.

Efectos físicos

El consumo agudo suele traducirse en un efecto bifásico, con una fase inicial de estimulación, euforia y bienestar a la que sigue una segunda de sedación y somnolencia. Suele asociarse dicho consumo agudo

con risa fácil, cierta verborrea, así como agudización de las percepciones visuales, táctiles y auditivas. Se producen igualmente alteraciones cognitivas que altera la concentración y coordinación motora, lo que afecta al rendimiento psicomotor y la conducción de vehículos.

Prácticamente todos los sistemas del organismo se ven alterados

en el consumo de cannabis. Provoca enrojecimiento conjuntivas, sequedad de boca, disminución del reflejo pupilar y dificultad para la acomodación, taquicardia, hipertensión arterial, broncodilatación, efecto antiemético (aunque puede producir hiperemesis), relajación muscular, enlentecimiento del vaciado

gástrico y reducción del peristaltismo intestinal, alteraciones en la inmunidad celular, disminución de hormonas sexuales entre otros signos y síntomas.

Efectos psíquicos

El cannabis produce tolerancia, abstinencia y trastorno por consumo. Se estima para la población general una prevalencia-vida del trastorno por consumo entre el 1,3 y 2,5%. El consumo intensivo, el inicio precoz y el uso repetidos del cannabis son los mejores marcadores de riesgo para el desarrollo del mismo. La abstinencia se caracteriza por clínica de disforia e irritabilidad, ansiedad, insomnio con frecuentes pesadillas, temblor y deseo intenso de consumo.

El cannabis puede desencadenar o facilitar un importante número de alteraciones psicopatológicas (trastornos inducidos por, según se denomina en DSM-5). Son importantes las reacciones agudas de la esfera cognitivo emocional, incluyendo ansiedad y problemas de atención que se relacionan con un aumento del riesgo de accidentes. Los de tráfico son especialmente relevantes en el consumo de esta sustancia. Las más frecuentes de las alteraciones psicopatológicas inducidas por cannabis son la clínica de ansiedad (con frecuentes crisis de pánico

“EN EL CONSUMO DE CANNABIS INFLUYE TAMBIÉN LA EXPECTATIVA DEL SUJETO, SUS EXPERIENCIAS PREVIAS Y SU PERSONALIDAD, ASÍ COMO EL CONTEXTO DONDE SE PRODUCE EL CONSUMO”



co) y la clínica depresiva. Síntomas depresivos como la anergia y la abulia, con importante disminución del rendimiento son datos importantes para diagnosticar el llamado síndrome amotivacional.

El consumo de cannabis aumenta el riesgo de desarrollar psicosis. El inicio temprano en dicho consumo y su uso intensivo incrementan dicho riesgo, al igual que la concentración de THC de la sustancia. También adelanta la edad la edad de inicio de la esquizofrenia en las personas predispuestas. En la enfermedad bipolar el cannabis favorece la aparición de fases maníacas, las recaídas y la presencia de clínica psicótica. Otras consecuencias psicopatológicas son el delirium, los flashback así como cambios en la personalidad del consumidor.

La afectación a nivel neuropsicológico, que es más marcada en consumidores intensivo y en quienes se iniciaron más tempranamente en el consumo, condiciona el rendimiento del sujeto. Se describen repercusiones en la atención, la memoria, la velocidad psicomotora y en las funciones ejecutivas. Estas alteraciones frecuentemente se presentan conjuntamente con cuadros de apatía, depresión... y condicionan el rendimiento del sujeto en su día a día. En población escolar esta clínica suele manifestarse en desgana, absentismo escolar, dificultades para estudiar por falta de atención y de memoria... La edad de inicio en el consumo de *cannabis* se relaciona significativamente con el bajo rendimiento escolar y formativo, junto al fracaso escolar. Las consecuencias sobre la futura vida laboral y social del sujeto son importantes.

» Diagnóstico y clínica del consumo de cannabis

La detección precoz del consumo de cannabis y su abordaje temprano es esencial. Aunque la edad media de inicio en la sustancia es de 14,9 años, una buena parte de los sujetos se inician ya a edades de 11-13 años. En estas edades, el cerebro está todavía en fase de maduración siendo especialmente sensible a la acción de tóxicos exógenos. Aunque el inicio temprano se relaciona con mayor psicopatología y deterioro cognitivo y con mayor riesgo de producir dependencia, no obstante, no todos los sujetos que consumen se afectarán por igual, influyendo tanto la vulnerabilidad personal como los factores de riesgo y protección.

La mayor parte de la demanda de asistencia relacionada con el consumo de

“LA DETECCIÓN PRECOZ DEL CONSUMO DE CANNABIS Y SU ABORDAJE TEMPRANO ES ESENCIAL. LA EDAD MEDIA DE INICIO EN LA SUSTANCIA ES DE 14,9 AÑOS, EN ESTAS EDADES, EL CEREBRO ESTÁ TODAVÍA EN FASE DE MADURACIÓN SIENDO ESPECIALMENTE SENSIBLE. EL INICIO TEMPRANO SE RELACIONA CON MAYOR PSICOPATOLOGÍA Y DETERIORO COGNITIVO Y CON MAYOR RIESGO DE PRODUCIR DEPENDENCIA”

“UNA BUENA PARTE DEL TRABAJO PREVENTIVO ES LA TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN VERAZ DE MANERA COMPRENSIBLE, Y EL FOMENTO DE HÁBITOS HIGIÉNICOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DESDE LA INFANCIA. EL OBJETIVO DE LA PSICOEDUCACIÓN SERÁ QUE EL ADOLESCENTE CONOZCA DE LAS CONSECUENCIAS DEL CONSUMO Y QUE ADQUIERA O RECUPERE LA PERCEPCIÓN DE RIESGO, SIN SENTIRSE AMENAZADO O JUZGADO”

cannabis en sujetos jóvenes no la realiza el propio consumidor (sobre todo en edades jóvenes) sino la familia o el colegio.

En ocasiones el consumo de la sustancia produce efectos que van más allá de los esperados por el consumidor. La intoxicación aguda se manifiesta por alucinaciones, confusión, ansiedad e inquietud, insomnio con pesadillas frecuentes, agitación o ideación delirante paranoide, y suele requerir atención médica urgente.

Algunos refieren una clínica de malestar, irritabilidad, inquietud, insomnio con pesadillas frecuentes...

Se trataría de un cuadro de abstinencia y convendría valorar si se ha producido un abandono o reducción brusca del consumo de la misma. Los propios pacientes suelen señalar necesidad de consumir nuevamente.

Una forma frecuente de presentación del cuadro son las alteraciones conductuales, junto con una pérdida de rendimiento escolar. Los padres suelen referir cambios de carácter, alteraciones del humor, irritabilidad e incluso agresividad. Puede haber también un cambio de hábitos, con pérdida de interés por sus aficiones, abandono o cambio de amigos, aislamiento de la familia.... A la exploración muy frecuentemente se encuentren cuadros asociados de apatía, depresión, insomnio, o la presencia de crisis de ansiedad inexplicables por otras causas.

Hay que sospechar también el consumo de cannabis en cualquier sujeto joven que se presente con clínica de crisis de ansiedad y/o clínica depresiva en el que el predomine la apatía, embotamiento, anergia y desmotivación. Es muy frecuente que se presente insomnio y alteración del apetito.

Menos frecuentes, pero más graves son los cuadros psicóticos. Suelen ir precedidos de un periodo largo de síntomas inespecíficos donde la apatía, la desmotivación y

algunos síntomas aislados psicóticos (sensación de ser seguidos, ocasionalmente de que los demás hablan del paciente, clínica de despersonalización...) dan paso a un cuadro esquizofreniforme más desarrollado. En otros casos la clínica psicótica es de inicio brusco, más desorganizada que en episodios esquizofrénicos no relacionados con el consumo de sustancia, y con un cariz generalmente paranoide. En cualquier caso, en todo sujeto joven que presente clínica psicótica más o menos estructurada hay que descartar siempre el consumo de algún tipo de sustancia.

El diagnóstico es siempre clínico, aunque se puede apoyar con el uso de escalas breves. También informa del consumo las analíticas en sangre, aire espirado y orina. No obstante, la alta variabilidad en los niveles y su larga duración en el tiempo, en función de la frecuencia de consumo, la cantidad de grasa del individuo, la metabolización, etc.... hacen que sean poco fiables para el diagnóstico y seguimiento. Establecido el diagnóstico, es importante evaluar el papel de la familia y los factores psicosociales en el desarrollo del consumo.

Prevención

La prevención requiere desde la infancia, un programa global continuado que implique estilos de vida sanos tanto en la familia como en la escuela y el entorno más próximo. Alguno de los factores que se han relacionado con dicha prevención ya en etapas posteriores son el control de la oferta (que se relaciona con la percepción de disponibilidad de la misma por parte de los consumidores), y la información y educación adecuada (relacionada con la percepción de la adquisición de la misma por parte de los usuarios). Los programas de reducción de daño y rehabilitación del mismo forman parte también de las estrategias preventivas.

Una buena parte del trabajo preventivo es la transmisión de información veraz de manera comprensible, y el fomento de hábitos higiénicos y estilos de vida saludables desde la infancia, tanto a sus pacientes como a los familiares. El objetivo de la psicoeducación será que el adolescente conozca de forma básica las consecuencias del consumo y que adquiera o recupere la percepción de riesgo, sin sentirse amenazado o juzgado.

Abordaje

El tratamiento se inicia con un correcto diagnóstico del problema y la información adecuada tanto al paciente como a la fa-

milia. No existe un tratamiento farmacológico específico para la desintoxicación de cannabis. En función de la sintomatología de abstinencia se suelen utilizar tratamientos sintomáticos sedantes durante unos días que ayuden a controlar la ansiedad o el insomnio. Como en otras sustancias, es esencial el trabajo de deshabituación, que suele plantearse a través de terapias individuales y/o de grupo, generalmente de corte cognitivo-conductual, y terapia emocional.

Para el primer abordaje del consumidor es importante contar con el manejo de herramientas de evaluación y con destreza para el desarrollo de programas de intervención motivacional breve. Son programas tanto preventivos como terapéuticos, de corta duración y de brevedad de seguimiento, que tienen un objetivo educativo y de disminución e incluso abstinencia del consumo. Se basan en los principios de la entrevista motivacional, buscando la precepción por parte del sujeto de responsabilidad y autoeficacia (TABLA 2).

Tabla 2. Principios de la entrevista motivacional

PRINCIPIO	EXPRESAR EMPATÍA
Objetivos	Dejar saber al usuario que realmente entiende lo que siente. Empatía Crear una atmósfera acogedora, no posesiva De aceptación positiva incondicional centrada en el paciente Crear una óptima distancia emocional
Habilidades	Escucha reflexiva Escucha activa Autenticidad Preguntas abiertas Aceptar la ambivalencia como algo normal, y validar su existencia sin tensión
PRINCIPIO	CREAR UNA DISCREPANCIA
Objetivos	Que el paciente encuentre una motivación para el cambio No imponérsela, debe surgir de él mismo
Habilidades	Estrategias emocionales Tomar conciencia de las consecuencias Valoración riesgo-beneficio
PRINCIPIO	EVITAR LA DISCUSIÓN Y DAR UN GIRO A LAS RESISTENCIAS
Objetivos	La resistencia del paciente es una señal para el cambio de estrategia. Identificarlas.
Habilidades	No enfadarse ante el no cambio No persistir en una estrategia que genera resistencia. Provocará el efecto contrario al deseado Sugerir alternativas Decisión equilibrada Reforzar al paciente y su capacidad para generar alternativas
PRINCIPIO	FOMENTAR LA AUTOEFICACIA
Objetivo	Reforzar la confianza de una persona en su propia capacidad para llevar a cabo una acción
Habilidades	Recordar logros pasados del paciente Ejemplizar con personas de su entorno que lo han logrado Informar sobre la abstinencia y su manejo Prevenir y trabajar sobre riesgo de recaída.



La motivación para el cambio no es un rasgo estable sino una disponibilidad o deseo de cambiar que fluctúa de un momento a otro. Los programas de intervención motivacionales tienen como objetivo principal resolver esa ambivalencia ante el cambio. No se trata de indicar al paciente lo que debe hacer sino facilitar que el paciente tome su propia decisión de cambio de hábitos y estilo de vida, mediante intervenciones específicas. Estas incluyen la identificación del problema, la información, el análisis de limitaciones y resistencias, el consejo y el pacto terapéutico, la provisión de estrategias adecuadas de afrontamiento y un seguimiento breve pero estructurado. La actitud ha de ser

de escucha y respeto ante las preocupaciones, opiniones y preferencias del adolescente. Deben evitarse tanto las conversaciones intrascendentes y de colegao, presiones o amenazas, juicios o críticas, intransigencia e intolerancia, intelectualización o interpretación exagerada y autorevelaciones.

Son intervenciones rentables, en espacial, en sujetos que tienen pocos problemas con el consumo, con niveles bajos de adicción y una historia de uso breve, con un entorno estable y que presentan cierta ambivalencia con el consumo, por lo que es interesante identificar la etapa del cambio en que se haya el paciente (TABLA 3).

Tabla 3. Modelo transteórico del cambio según Prochaska y DiClemente (1994)

Etapas del cambio	Características
Precontemplación	No se plantea el cambio
Contemplación	Se plantea el cambio pero no actúa
Disposición para la acción	Combinación de intención e intentos conductuales
Acción	Los cambios en actitudes y conductas son visibles
Mantenimiento	Cambios sostenidos en el tiempo. Autocontrol y normalización de conducta
Terminación o recaída	



En ocasiones el abordaje supone un programa de reducción de daños. Se buscarán, al menos temporalmente, objetivos como la disminución de la cantidad consumida, minimización de los perjuicios a nivel escolar y familiar, en la conducción de vehículos, etc... También en este tipo de programas hay que fomentar que el sujeto desarrolle sus propias estrategias de identificación de situaciones de riesgo (emociones negativas, presión social, conflictos, etc...), control y afrontamiento.

Un aspecto importante es tratar de involucrar a la familia y trabajar con ella desde el inicio del programa. Se debe escuchar a los progenitores y ofrecerles un asesoramiento dirigido a desdramatizar y contextualizar el consumo. Se analizarán con ellos los cambios de conducta y los posibles factores facilitadores en el entorno cercano del adolescente. El asesoramiento a las familias y la intervención de estas en el proceso ha de ser paulatino y continuado, pero respetando siempre el principio de que ha de surgir del adolescente la genuina motivación para el cambio de hábitos.

Es esencial darle al consumo de cannabis la importancia que requiere, y orientar a pa-

ciente y familia hacia los recursos adecuados. Existen recursos especializados, que son imprescindibles cuando claramente se haya desarrollado un trastorno por consumo o haya aparecido una clínica psicopatológica grave o un importante desajuste psicosocial no manejable. En principio dichos recursos son los existentes para el resto de sustancias, aunque en los últimos años se está haciendo un esfuerzo importante, dadas las especiales características de estos usuarios, por establecer programas específicos para el consumo de cannabis, algunas instituciones y ONGs, como **Proyecto Hombre**, han desarrollado sus propios recursos para los jóvenes dependientes de cannabis, siendo una buena opción terapéutica.

Consultar bibliografía:

