

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 Recicla 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.

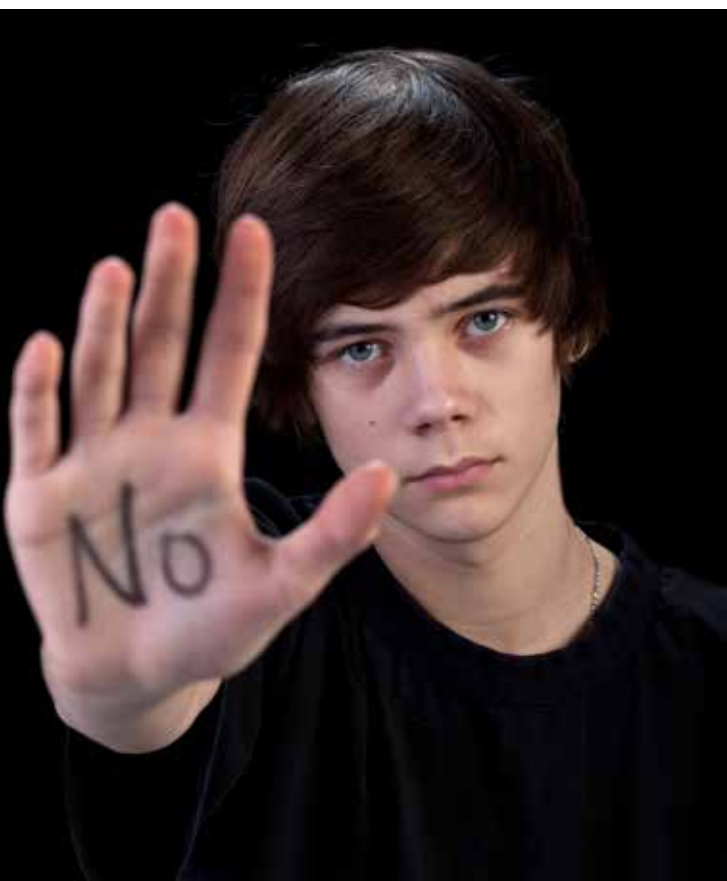
S.KAPATE "PROGRAMA PARA EL ABANDONO DEL CANNABIS"

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>
- Zuairi 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).