

¿CON QUIÉN Y CUÁNDO?

- Si estamos con un fumador de tabaco, hay que **preguntar también por el posible consumo de cánnabis**.
- Especial atención a **adolescentes y jóvenes**, embarazo y lactancia y otros grupos de riesgo.

- ✓ En la apertura de una historia clínica.
- ✓ Al actualizar la historia clínica.
- ✓ Como parte de un examen preventivo rutinario.
- ✓ Antes de prescribir fármacos que interactúen con estas sustancias psicoactivas.
- ✓ Ante la sospecha de consumo.
- ✓ En respuesta a problemas que pueden estar relacionados con su consumo.

El sanitario debería dar el **CONSEJO BREVE DE SALUD** siempre que tenga la oportunidad, independientemente del motivo de consulta.

La **anamnesis habitual de hábitos tóxicos favorece la aceptación de la exploración y la intervención correctora por parte de la AP.**

¿CÓMO?

La intervención muy breve (5 a 10 minutos) o breve (15 a 20 minutos), se estructura en los siguientes pasos:

- Paso 1. Cuantificar.
- Paso 2. Evaluar.
- Paso 3. Aconsejar.
- Paso 4. Acompañar.

PASO 1. CUANTIFICAR EL CONSUMO

Entrevista **semiestructurada** para el cálculo de la cantidad de cánnabis consumido:

- Consumo de cánnabis alguna vez en la vida
- Consumo de cánnabis en los últimos 30 días
- Frecuencia de consumo diario
- Formas de consumo: Marihuana, Hachís, alimentos, en otros formatos...

Felicitar a los pacientes que no hayan fumado nunca o ex-fumadores por ello.

Seguir con el paso 2 (Evaluar los riesgos) con los consumidores.

➔ PASO 2. EVALUAR LOS RIESGOS

En **consumidores** (en el último año, mensualmente, a diario), se han de identificar posibles consecuencias de consumo de cánnabis, para ello resulta de gran utilidad el realizar una **entrevista estructurada mediante el cuestionario CAST** (Cannabis Abuse Screening Test).

	Nunca	Raramente	De vez en cuando	Bastante a menudo	Muy a menudo
1. ¿Has fumado Cánnabis antes del mediodía?	0	1	2	3	4
2. ¿Has fumado Cánnabis estando solo/a?	0	1	2	3	4
3. ¿Has tenido problemas de memoria al fumar Cánnabis?	0	1	2	3	4
4. ¿Te han dicho los amigos o miembros de tu familia que deberías reducir el consumo de Cánnabis?	0	1	2	3	4
5. ¿Has intentado reducir o dejar de consumir Cánnabis sin conseguirlo?	0	1	2	3	4
6. ¿Has tenido problemas debido a tu consumo de Cánnabis (disputa, pelea, accidente, mal resultado escolar, etc.)? ¿Cuáles?: /...../	0	1	2	3	4



Puntuación 0-1: Consumo no problemático

Puntuación 2-3: Consumo de bajo riesgo

Puntuación 4 o más: Consumo de Riesgo

➔ PASO 3. ACONSEJAR Y TRATAR

Siguiendo el modelo de **Entrevista Motivacional** se trata de facilitar las condiciones para que el paciente esté dispuesto a iniciar un proceso de cambio. Los elementos sobre los que hay que prestar atención son los siguientes:

1. Crear un vínculo entre el sanitario y el paciente. La persona debe sentir y percibir el interés auténtico de preocupación del profesional por él. El juicio de valor, el acoso o la culpa serán modelos de relación que impedirán generar un vínculo, condenando el consejo al fracaso.

2. Enfocar el objetivo del consejo. El profesional ha de conseguir que la persona ponga el suficiente interés en el consumo de alcohol/cannabis, situación esta compleja, pues este no habrá sido el motivo de su consulta.

3. Evocar las razones y emociones del paciente por las que puede ser importante el consumo de tabaco y cánnabis, ya que el cambio personal exige su participación activa. Hay que conseguir que el/la paciente enuncie sus argumentos para cambiar.

4. Planificar el cambio. El profesional ayudará a identificar las dificultades y las resistencias que se originan ante la intención de cambiar, compartiendo experiencias de otras personas.

➔ PASO 4. ACOMPAÑAR

Finalmente la disposición de respeto y acompañamiento a la persona, independientemente de su decisión, ha de ser la actitud del profesional.

Este estilo resulta especialmente importante con aquellas personas que deciden seguir consumiendo, pues aumenta las posibilidades de **mantener el vínculo y poder intervenir en el futuro**.

EVALUACIÓN DE LA DISPOSICIÓN AL CAMBIO (PROCHASKA & DICLEMENTE, 1989)

ESTADIO DE CAMBIO	OBJETIVO	NIVEL DE INTERVENCIÓN	CARACTERÍSTICAS / EJEMPLO
Precontemplación	Concienciar.	Informar. No etiquetar.	La gente no ve problema en su conducta. Ej. "A mi fumar porros no me afecta".
Contemplación	Resolver ambivalencia a favor del cambio.	Evaluar pros y contras de conducta actual y de cambio. Entrevista motivacional.	La persona ve inconvenientes en su hábito. Ej. "Últimamente noto que me sienta peor."
Preparación	Decidir la acción de cambio.	Pactar objetivos. Pactar compromiso.	El paciente toma una serie de decisiones para superar su problema. Ej. "Algo tendré que hacer."
Acción	Avanzar en el cambio.	Programa o intervención terapéutica. Refuerzos positivos	Las personas toman el control para hacer un cambio. Ej. "Hace una semana que no fumo."
Mantenimiento	Identificar y usar estrategias para prevenir recaída.	Análisis de dificultades. Habilidades. Refuerzos positivos.	La persona persiste en su nueva conducta aunque está presente la tentación de recaer. Ej. "Me resulta difícil, pero pienso que vale la pena."
Recaída	Reiniciar el círculo de cambio.	Motivar reacción. Estrategias de manejo recaídas.	El paciente vuelve a su conducta anterior. Ej. "No sé cómo ha sucedido, pero vuelvo a fumar".

INTERVENCIÓN BREVE DE SALUD SOBRE CÁNNABIS EN ATENCIÓN PRIMARIA



INTERVENCIÓN BREVE DE SALUD SOBRE CÁNNABIS EN ATENCIÓN PRIMARIA

PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL CONSUMO DE **ALCOHOL** Y OTRAS DROGAS DESDE **ATENCIÓN PRIMARIA**

Programa **ARGOS** Región de Murcia

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL CÁNNABIS

La presentación más común en España es el 'porro' (peta, petardo, canuto, petilla, canelo, trocolo, etc.), cuya composición es cánnabis y tabaco, enrollado en papel de liar.

Se consume como **marihuana** (hierba), formada por flores, hojas y tallos secos triturados, o como 'hachís' (chocolate, costo, china, piedra, grifa, etc.), resina que se calienta para mezclar con tabaco. Otras presentaciones minoritarias son los **extractos** (pastas o aceites) que pueden añadirse al tabaco y fumarse en cigarrillo o pipa, o consumirse por vía oral haciendo pasteles u otras comidas; y los **cannabinoides sintéticos** que están poco estudiados y sus riesgos son desconocidos (legal highs, k2, spice, skunk, etc.).



El contenido de cánnabis que se mezcla con tabaco es variable dependiendo de la concentración de THC, (tetrahidrocannabinol, principio activo del cannabis) entre 0,7% a un 40% en marihuana y entre un 10% y un 20% en hachís, pudiendo ser sus efectos muy distintos de un porro a otro; también dependerán de la persona que lo consume, su tolerancia y del tipo de consumo que realiza.

El THC tiene una vida media de una semana en el organismo.

Aunque sólo se consuma los fines de semana, no se elimina completamente hasta pasada una semana y, mientras, se acumula sobre todo en el cerebro.

- Su consumo habitual provoca daños orgánicos y psicológicos:

➢ Favorece la bronquitis crónica, enfisema pulmonar o cáncer de pulmón.

➢ Altera el sistema cardio-circulatorio, provocando taquicardia, por lo que las personas con hipertensión o insuficiencia cardíaca pueden sufrir un empeoramiento de su sintomatología.

➢ Su consumo crónico puede aumentar reacciones de ansiedad y agravar depresiones y psicosis.

➢ Problemas de memoria y aprendizaje, pudiendo provocar peores resultados académicos, fracaso escolar y abandono prematuro de los estudios.

➢ Durante el embarazo puede perjudicar el desarrollo del feto, aumentar el riesgo de bajo peso al nacer y producir alteración en las funciones mentales del niño. Se relaciona con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

➢ Produce dependencia entre el 7 y el 10 % de los que lo han probado, y en 1 de cada 3 de los consumidores habituales.

- Efectos inmediatos que pueden provocar su consumo:

➢ La 'borrachera cannábica' produce sequedad de boca, enrojecimiento ocular, aumento del ritmo cardíaco y de la tensión arterial, descoordinación de movimientos, risa incontrolada, somnolencia, alteración de la memoria, se enlentece el tiempo de reacción, empeora la atención y la concentración.

➢ Puede provocar un 'amarillo' que causa bajada de tensión, náuseas y malestar, sobretudo al mezclarse con alcohol.

CÁNNABIS, TABACO Y MENORES

• El sanitario deberá trabajar la **baja percepción de riesgo** que puede venir derivada entre otras de la asociación del cánnabis con un producto natural y/o medicinal, la gran accesibilidad y disponibilidad, el debate sobre legalización, entre otros.

• Hay que tener en cuenta que cada vez son más los **progenitores** que han sido **consumidores** de cánnabis en su adolescencia sin repercusiones significativas (además de los que aún siguen consumiendo), por lo que su intervención educativa será muy distinta de la de aquellos que no lo han consumido, el profesional sanitario debe tenerlo en cuenta porque puede ser una resistencia a la hora de abordar la problemática con el joven porque existirá una baja percepción de riesgo.

• El **consumo conjunto** de tabaco y cánnabis **tiene una influencia en el proceso de aprender a fumar**, pues el inicio puede ser conjunto y con influencia bidireccional entre sustancias, afectando al desarrollo de dependencia y al aumento de la toxicidad.

• Los estudiantes que consumen cánnabis refieren que consumieron tabaco a edades más tempranas (edad media de inicio en el consumo de tabaco) que los que no consumen cánnabis.

• De los fumadores de cánnabis el 82,4% lo ha mezclado con tabaco. El 35,4% de los estudiantes de 14 a 18 años que habían consumido cánnabis en el último mes también había fumado tabaco a diario en ese período. Sin embargo, entre los que no han fumado cánnabis nunca, el consumo diario de tabaco baja al 1%.

Existe una fuerte relación entre los consumos de tabaco y cannabis en los adolescentes, no solo debida a que los porros incluyen habitualmente tabaco y marihuana o hachís.

DATOS DE CONSUMO DE CÁNNABIS Y TABACO EN ADOLESCENTES (ESTUDES 2016)

CÁNNABIS	TABACO
Ha aumentado el consumo de cánnabis en relación a 2014 en la población adolescente de 14 a 18 años de la Región de Murcia: El 26% lo ha consumido alguna vez en la vida (experimental); el 22,3% en el último año y el 16,4% en el último mes.	El consumo de tabaco ha disminuido en comparación con la encuesta de 2014. El 34,8% lo ha consumido alguna vez en la vida (experimental); el 31,7% en el último año, en el 24,3% en el último mes y un 6,8% diariamente.
Edad media de inicio en el cánnabis: 14,7 años (ha disminuido en relación con 2014 que era de 14,9 años).	Edad media de inicio en el tabaco está: 14,1 años (ha aumentado en relación 2014 que fue de 13,8 años).
Por sexo, el consumo de cánnabis es mayor en chicos para todos los tipos de consumo.	El consumo de tabaco es mayor en chicas para todos los tipos de consumo.
El consumo se incrementa con la edad.	
El cánnabis y el tabaco son de fácil adquisición por los menores de edad.	

Fuente: Encuesta ESTUDES 2016, España. Escolares de 14 a 18 años.

MÁS INFORMACIÓN:

"<http://www.pnsd.mscbs.gob.es/ciudadanos/informacion>



<https://evictproject.org/>

<http://www.e-drogas.es/>

ABORDAJE CONJUNTO DE CÁNNABIS Y TABACO

¿Por qué?

- Comorbilidad **tabaco + cánnabis**:

➢ La población fumadora de tabaco tiene una probabilidad 7 veces mayor de usar cánnabis.

➢ La población fumadora de cánnabis tienen una probabilidad 5 veces mayor de usar tabaco.

➢ El 93,8% de la población española consumidora de cánnabis es a su vez consumidora de tabaco.

➢ El 22% de los que han consumido tabaco en el último mes, han consumido cánnabis en ese tiempo.

➢ Solo el 0,9% de los no fumadores de tabaco ha consumido cánnabis en el último mes.

«Yo solo fumo porros, no fumo tabaco» es una falsa creencia de los fumadores de cánnabis.

¿Cómo?

- En personas que consumen tabaco/cannabis se debe plantear como primera opción el cese de las dos sustancias.

Esta recomendación se basa en varios motivos: su asociación epidemiológica, el hecho de que el consumo de ambas sustancias dificulta la cesación de cada una de ellas y el que las personas fumadoras de ambas sustancias tienen menos éxito en la cesación, así como las crecientes evidencias que apoyan la necesidad de un tratamiento conjunto.

- Si la cesación conjunta no es una opción, se puede considerar la reducción de daños planteando como primera cesación aquella cuyo consumo se considere más problemático.

¿POR QUÉ INTERVENIR DESDE ATENCIÓN PRIMARIA?

La importancia de explorar el consumo de cánnabis en los pacientes de Atención Primaria, radica en la capacidad posterior de **generar una relación que permita planificar una intervención**, especialmente si se detecta consumo de riesgo.

En un cupo de 1.500 pacientes, alrededor de 400 usuarios/as tiene entre 15 y 34 años, cerca de 160 son fumadores habituales de tabaco y de **60 consumidores habituales de cánnabis**.

	Entre los 15-34 años		Entre los 35-65 años		Entre 15-65 años					
	Tabaco	Cánnabis	Tabaco	Cánnabis	Tabaco		Cánnabis			
Consumo últimos 30 días	39,2%	13,3%	38,8%	4,8%	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
					43,3%	34,4%	39%	11,1%	4,4%	7,8%

Fuente: Encuesta Domiciliaria Sobre Alcohol y Drogas, Región de Murcia (EDADES 2017) Observatorio sobre drogas de la Región de Murcia.

Las **habilidades que debe atesorar el profesional sanitario** para intervenir son:



- Capacidad para formular **preguntas abiertas**, que invitan a reflexionar al paciente y a elaborar sus respuestas.
- Promover **estados de ánimo positivos** en los pacientes, que les permitan adoptar decisiones orientadas a cambiar.
- La **escucha reflexiva** con el paciente, facilita profundizar sobre el alcance de sus conductas y sus sentimientos.
- Generar una **relación médico-paciente** que permita informar y aconsejar, obteniendo con antelación permiso para ello.

No sólo se trata de conocer si la persona consume, sino de **favorecer las condiciones para mantener un vínculo profesional, en el caso de que fuese necesario intervenir**.