

Sesión Clínica online

Abordando el cánnabis

en Atención

Primaria



Organiza:

Servicio de Promoción y Educación para la Salud
Dirección General de Salud Pública y Adicciones
Consejería de Salud

Docente:

Dr. José María García Basterrechea
Especialista en Medicina Interna
Especialista Universitario en Drogodependencias



CONTACTOS:

PROGRAMA ARGOS-REGIÓN DE MURCIA:
coordinación.adicciones@carm.es

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

CORREO PERSONAL DEL DOCENTE:
jmgbasterrechea@gmail.com

PROGRAMA

Módulo 1. SOBRE EL CÁNNABIS

1. Breve historia, características y derivados de la planta del cannabis. Sistema cannabinoide:
 - Descripción
 - Funciones
 - Acciones de los derivados del cannabis en el organismo y potencial terapéutico.
2. Breves datos epidemiológicos del consumo del cannabis y derivados.
3. Manifestaciones clínicas del consumo de cannabis (diferencias entre adolescentes/jóvenes y adultos).

Módulo 2. ABORDAJE EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL CONSUMIDOR DE CANNABIS

1. Detección precoz del consumo. Historia clínica:
 - Motivo de la consulta, repercusiones del consumo, síntomas más característicos y posible patología dual
 - Criterios diagnósticos: uso, abuso y dependencia.
2. Adicción al cannabis. Una enfermedad crónica recidivante.
3. Opciones de tratamiento (según objetivos del paciente): Desintoxicación / disminución de daños. Prevención de recaídas. Derivación al Programa de Adicciones de Salud Mental.

Modulo 3. ¿QUÉ RESPONDO?

1. Señales de alarma • Factores protectores • Predictores.
2. ¿Cómo responder a las preguntas de los consumidores? ¿Cómo responder a las preguntas de los familiares?
3. Preguntas y comentarios.

Objetivos

OBJETIVO GENERAL:

- Integrar en los Centros de Salud intervenciones sistematizadas para la prevención, detección precoz y atención para disminuir los riesgos y daños del consumo de cánnabis en usuarios de Atención Primaria de Salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Reconocer manifestaciones clínicas del consumo de cannabis en adolescentes, jóvenes y adultos.
- Conocer el abordaje del paciente de Atención Primaria consumidor de cánnabis.

MODULO 1.
SOBRE EL CANNABIS
historia, características y derivados



Origen: Asia. Mongolia y sur de Siberia

8000 a 4000 a.C. empleada como fuente de fibras textiles y aceite

3000 años a.C.

Propiedades psicoactivas (herbario Shennong Ben Cao Jing),

Rituales en la India (ÁtharvaVeda) y

Propiedades curativas en diversos países asiáticos: tos, analgésico, ansiolítico, dolor, aumento del apetito, etc.

Se extiende por Grecia, mundo árabe ..., como medicamento y también recreativo

En 1961 se promulgó la primera normativa internacional, que limitaba el uso del cannabis y sus derivados para empleo médico

Familia Cannabaceae: 11 géneros

Género Cannabis, tiene tres especies:

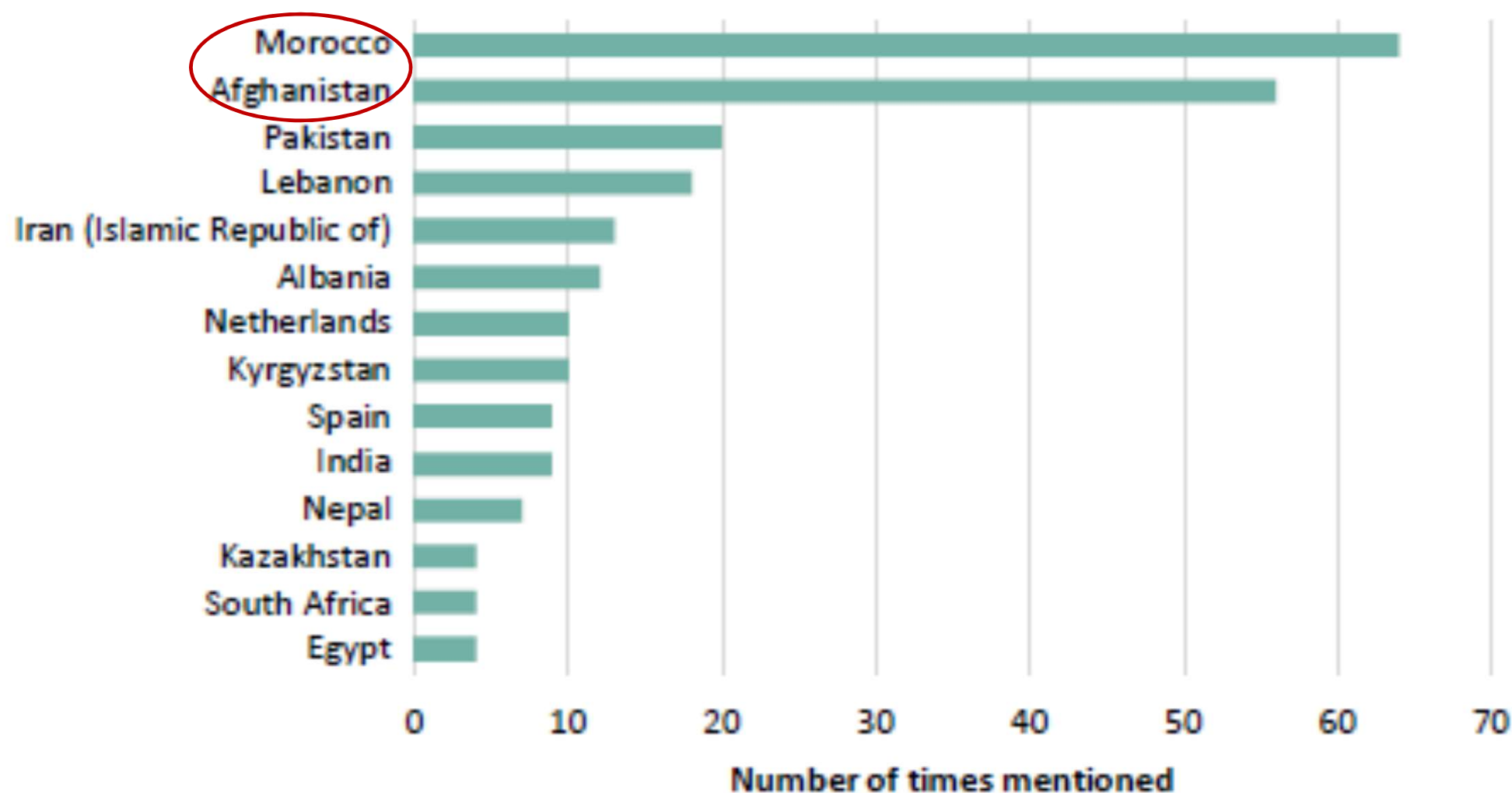
- C. Sativa Sativa. Alto contenido de THC
- C. Sativa Indica. Mayor cantidad de resina y mayor contenido de CBD
- C. Sativa Ruderalis. Baja concentración THC, uso industrial

Planta dioica. Más de 1000 variedades

Se cultiva en 172 territorios y países: Marruecos, México, Paraguay...

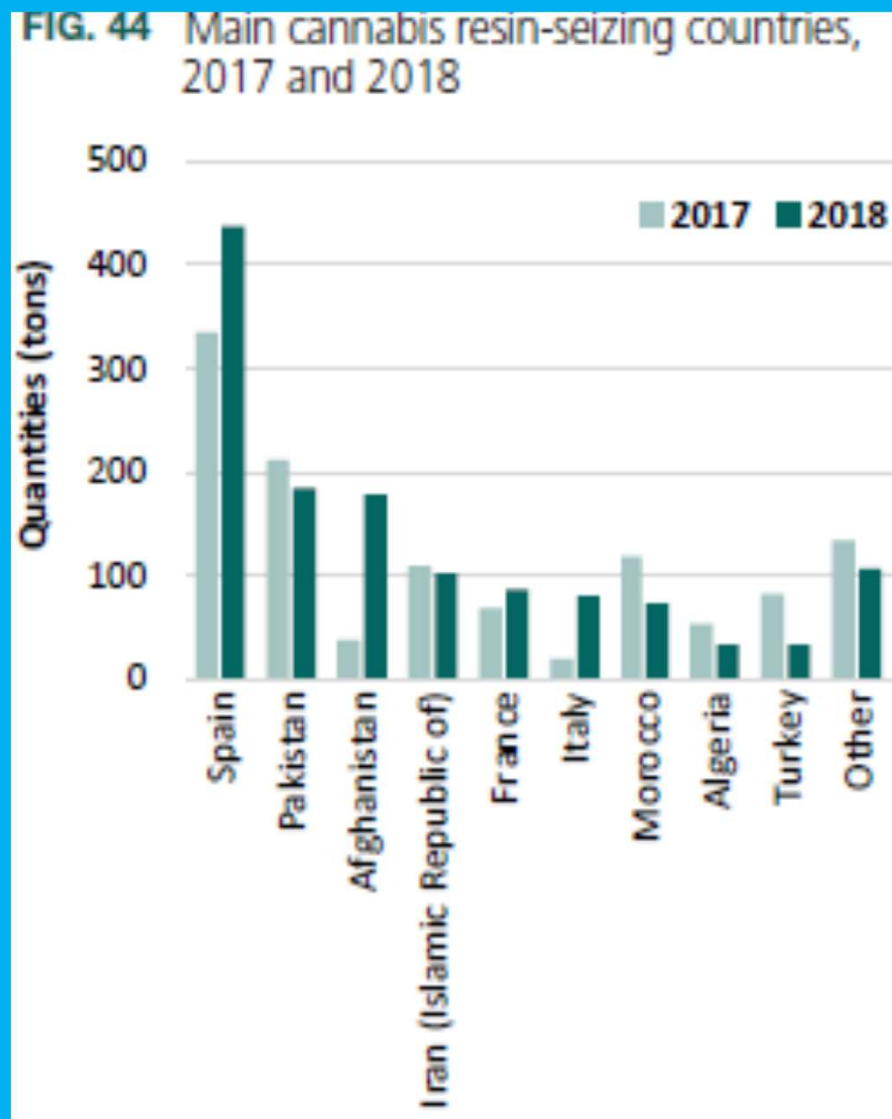
El contenido de sustancias psicoactivas, más de 60 principios activos, varía en función de la variedad, lugar de cultivo, temperatura, exposición a la luz, y manipulación humana (cultivo hidropónico en invernaderos),...

FIG. 45 Main countries of origin of cannabis resin as reported by Member States, 2014–2018



Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire.

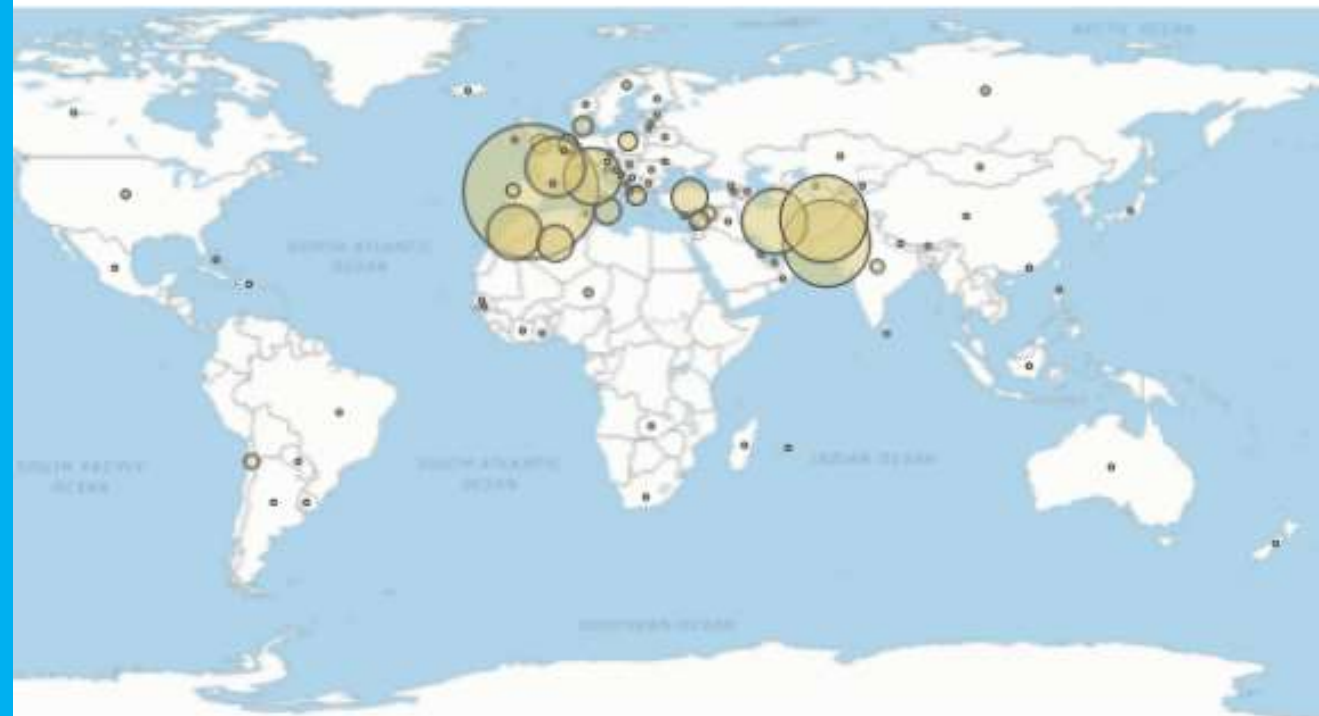
Incautaciones



Informe mundial sobre las drogas 2020

Hashish (resin)

Annual Seizures of Hashish (resin)
Kg equivalents*



Las incautaciones mas importantes se producen en España

Cannabis. Farmacología

400 sustancias diferentes. Más de 60 de ellas cannabinoides

- **Δ 9 THC. Delta 9 tetrahidrocannabinol.** El más potente. Inestable con luz, calor, O₂ (pierde potencia con el almacenamiento).

Muy soluble en lípidos, hidrofóbico, se deposita en hígado, cerebro, pulmones. Atraviesa la BHE. Vida media 8 días.

Efectos gratificantes: > a los 30' y dura 2 a 3 horas.

Por vía oral > a los 60 - 120' y dura hasta 8 h.

- **CBD. Cannabidiol.** Prácticamente sin propiedades psicoactivas.
Atenúa los efectos psicológicos del THC. Analgésico.

- **CBN. Cannabinol.** Sin efectos psicotrópicos, sedante, antiinflamatorio, analgésico, puede aumentar el apetito, como el THC.

Cannabis. Derivados y formas de administración



- **Marihuana o hierba:**

Triturado seco de flores y hojas. 1 al 13 % de THC.
Fumado solo o mezclado con tabaco. Añadido como ingrediente sazonador de platos cocinados.



- **Hachís, Hashish, “chocolate”:**

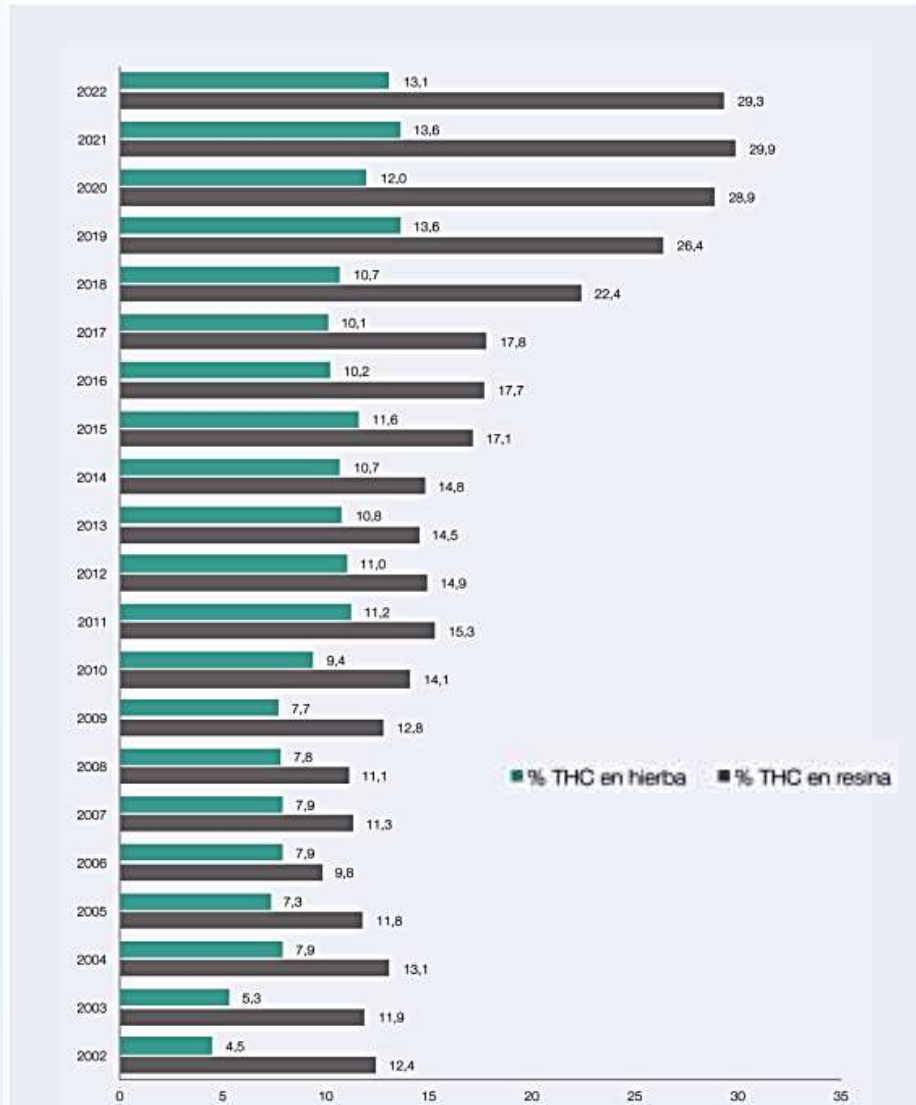
Prensado de exudado o resina secada de la planta hembra. Tiene una **concentración de THC de hasta un 20%.** Fumado mezclando la resina calentada con tabaco, también añadido como ingrediente a diversos platos o a las maltas de cerveza.



- **Aceite de hachís:**

Concentrado destilado de hachís, mezcla de resina con algún disolvente. Hasta el 85 % de THC.
Fumado untando el cigarrillo o añadido a diversos alimentos o bebidas.

Evolución del % de THC (tetrahidrocannabinol) presente en cannabis según el tipo de presentación analizada; THC contenido en la resina de cannabis y THC contenido en la hierba de cannabis o marihuana. España, 2002-2022.



Cannabis. Concentración THC

En los últimos decenios ha aumentado el contenido de THC y disminuido el de CBD, debido a la selección de las semillas.

Ahora el contenido de THC rara vez es inferior al 10% y hay plantas cuyo contenido es incluso del 30%.

Fuente: ESTUDES 2023, España. OEDA.

Cannabis. Potencia

Dosis de 10 ng/Kg de peso pueden provocar euforia

Baja potencia: 1,29% THC

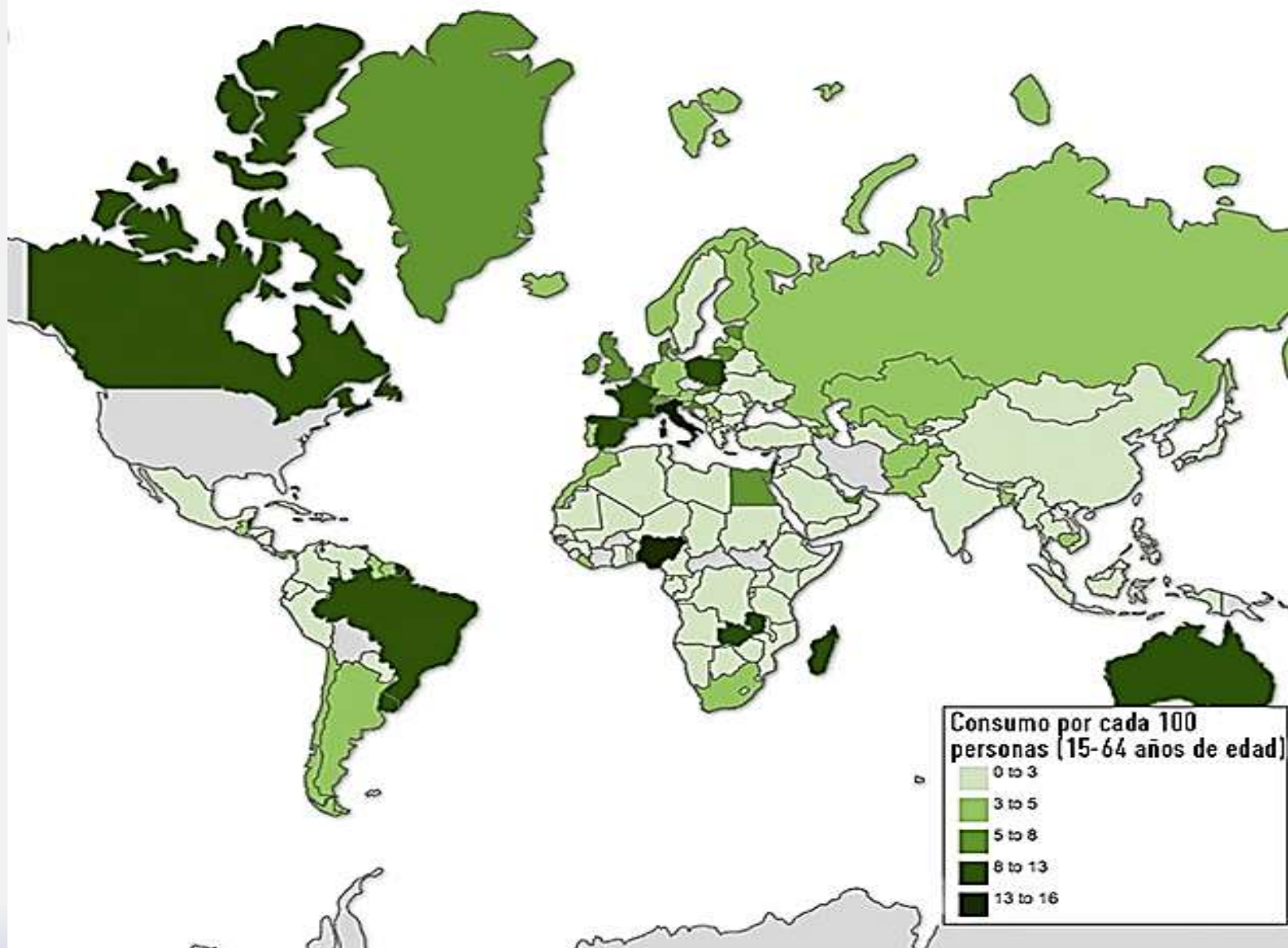
Potencia media: 3,35% THC

Alta potencia: 7% THC

Un “porro” o cigarrillo de marihuana puede tener un contenido de entre 4, 8, 20 o incluso muchos más mg, lo que significa que en la actualidad tienen alta potencia psicoactiva.



Epidemiología del consumo de cannabis y derivados



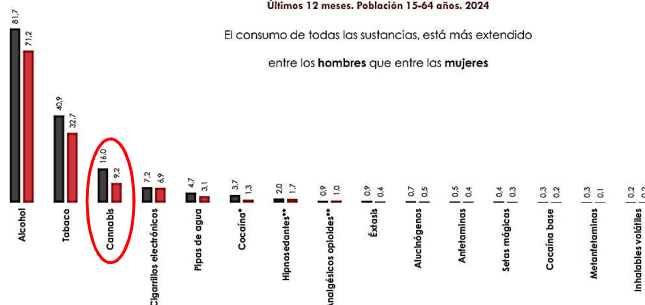
Consumo de cannabis a nivel mundial

Consumo de drogas



Prevalencia de consumo (%) por sexo
Últimos 12 meses. Población 15-64 años. 2024

El consumo de todas las sustancias, está más extendido
entre los **hombres** que entre las mujeres



Cannabis



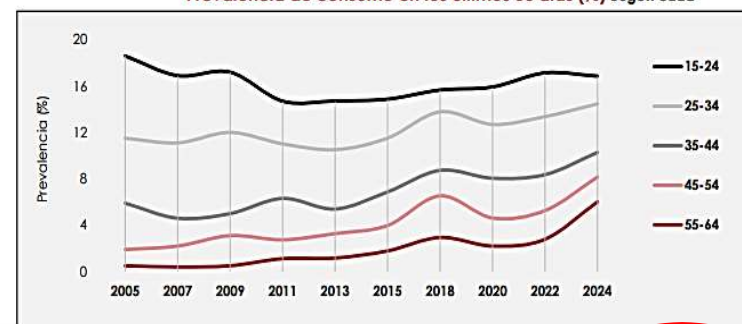
Prevalencia de consumo en los últimos 30 días (%) Según edad

TENDENCIA: Ascendente

SEXO: La prevalencia en hombres duplica a la de mujeres

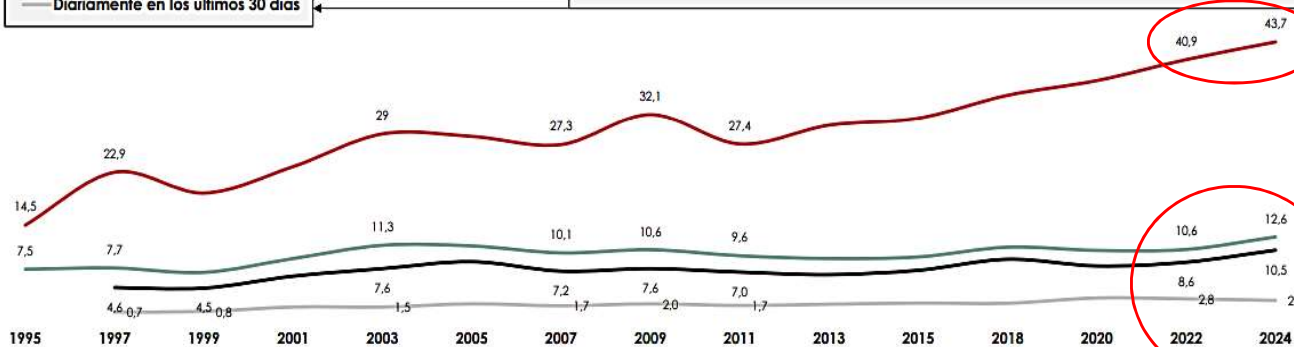
MEDIA PORROS/DÍA DE CONSUMO: 2,6

— Alguna vez en la vida
— Últimos 12 meses
— Últimos 30 días
— Diariamente en los últimos 30 días



En lo que respecta a las drogas ilegales, el cannabis es, con diferencia, la que está más extendida en España, habiendo sido consumida alguna vez en la vida por el 43,7% de la población.

Evolutivamente continúa el aumento que lleva experimentando esta prevalencia desde 2013.

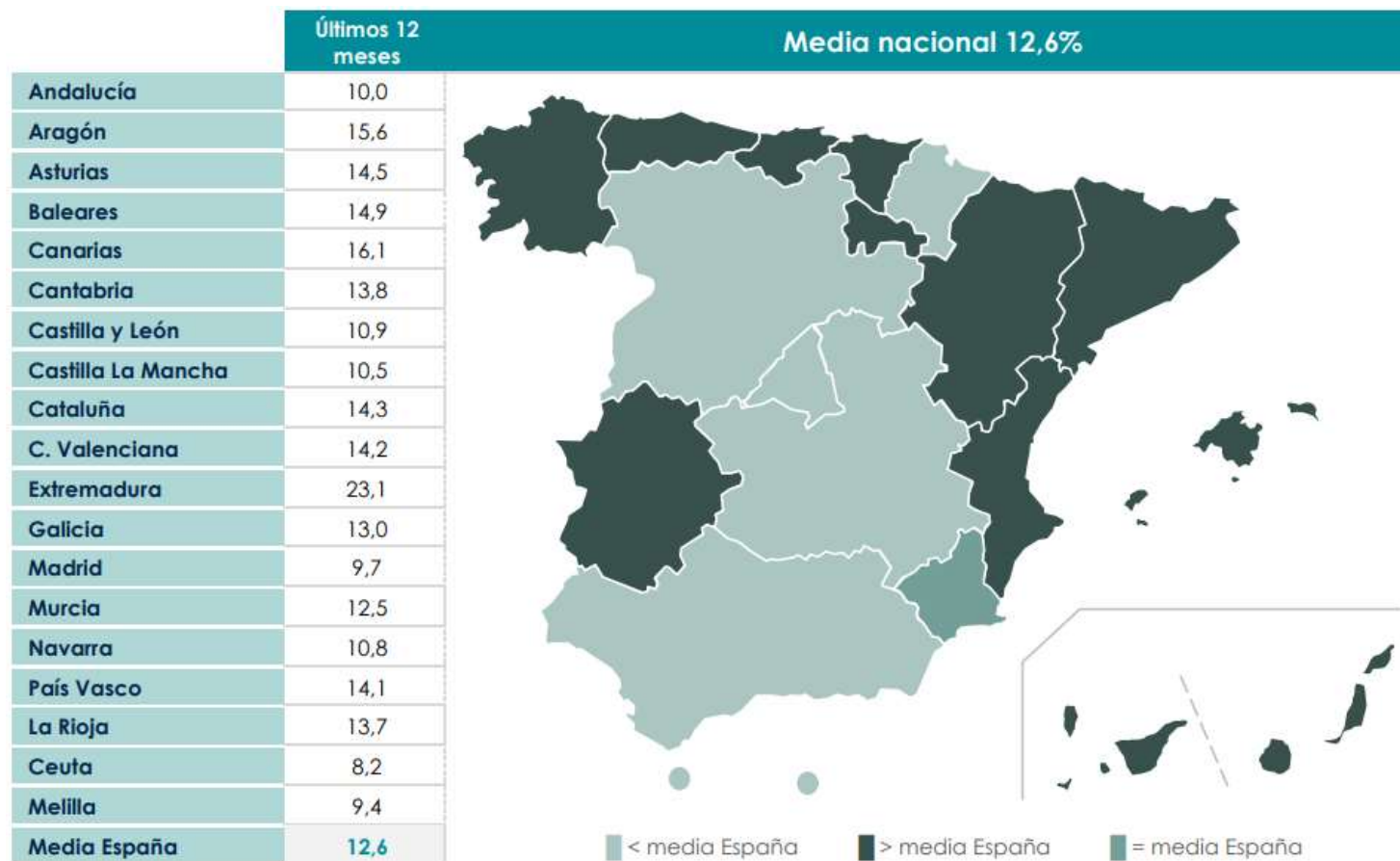


Cannabis



Modos en los últimos 30 días en los que han consumido y obtenido cannabis las personas que han consumido (%)



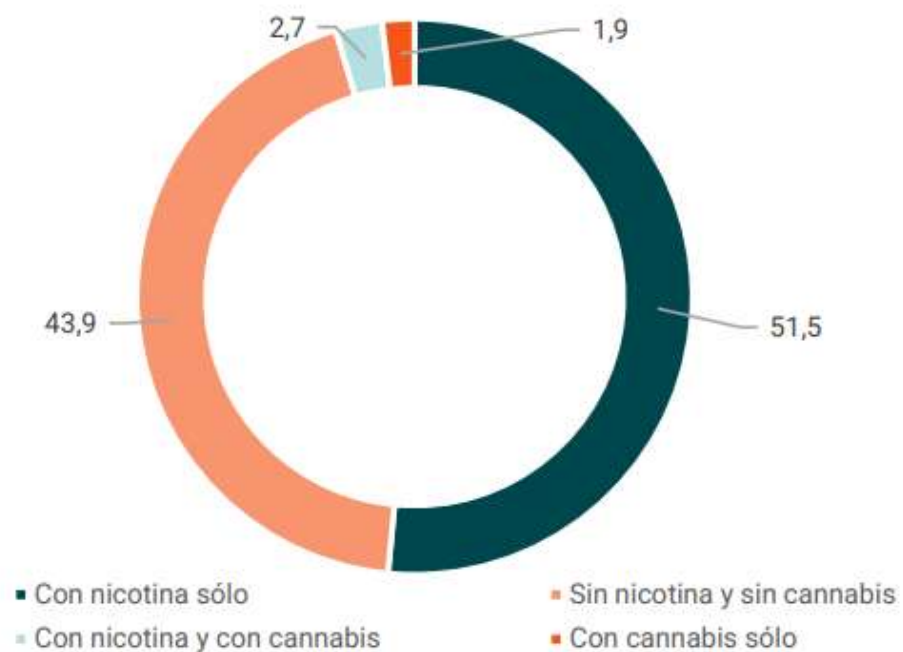


La Región de Murcia es:

- La 3ª CA con menor consumo de cánnabis en los que consumen *alguna vez en la vida* (media de España 43,7%, media CARM 12,5%).
- La 6ª Comunidad Autónoma con menor consumo de cánnabis en los *últimos 12 meses* (media de España 12,6%, media CARM 12,5%), similar a la media nacional.

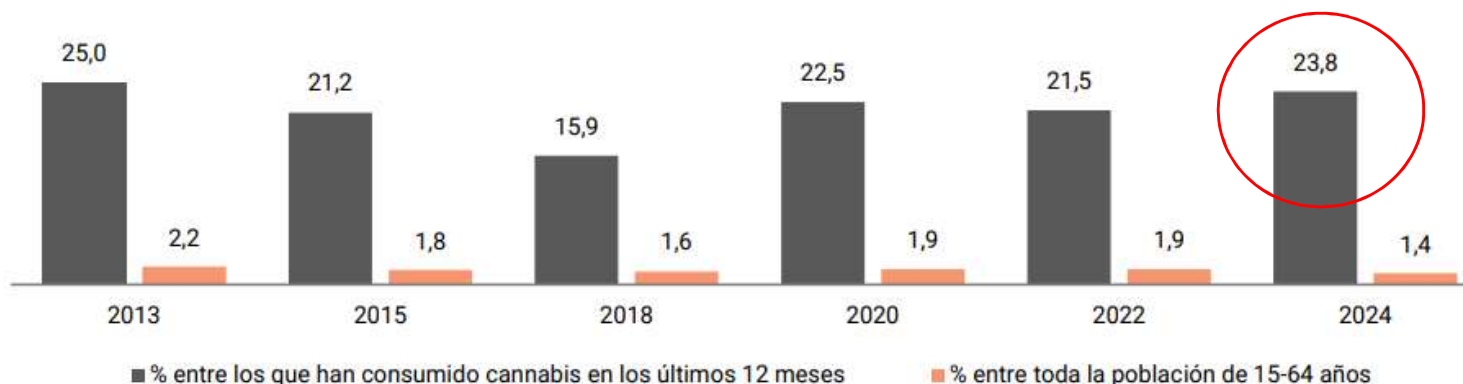
Cigarrillos electrónicos y cánnabis

Prevalencia de consumo de cigarrillos electrónicos en la población de 15-64 años entre los que han consumido cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida, según la composición de la recarga (%). España, 2024.



FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

15 a 64 años y entre los que han consumido cannabis en los últimos 12 meses (%). España, 2013-2024.



CAST: Cannabis Abuse Screening Test

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

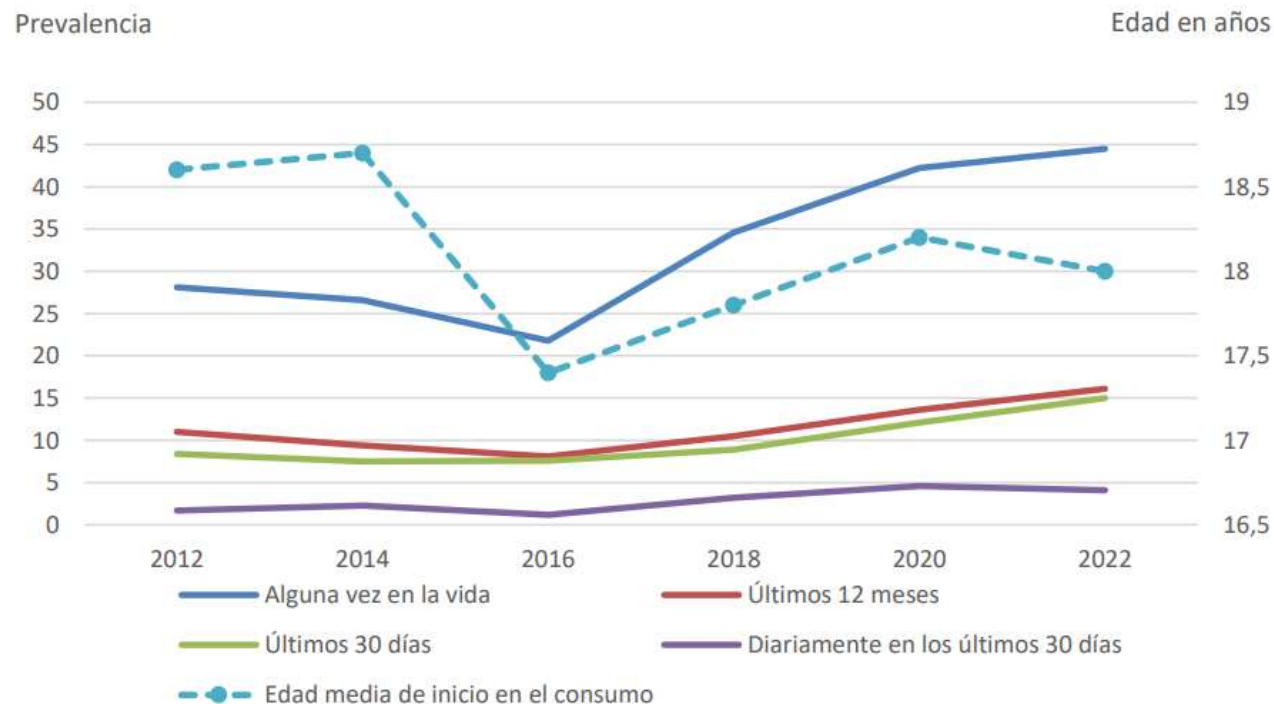
La **escala CAST** (Cannabis Abuse Screening Test) es un instrumento de cribado que consiste en 6 preguntas que buscan identificar patrones o conductas de riesgo asociadas al consumo de cannabis en el último año.

Se considera que un sujeto manifiesta un consumo problemático cuando se obtiene una puntuación de 4 o más en el indicador.

En 2024 la **prevalencia de consumo problemático de cannabis** fue del 1,4%, dato que aumenta hasta el 23,8% si se tiene en cuenta únicamente a aquellos que han consumido cannabis en el último año y que supera en más de 2 puntos porcentuales la registrada en 2022.

Región de Murcia

Evolución de la prevalencia de consumo de cánnabis y edad media de inicio (años) en población de 15 a 64 años, 2021-2022



	2012	2014	2016	2018	2020	2022
Alguna vez en la vida	28,1	26,6	21,8	34,6	42,2	44,5
Últimos 12 meses	11,0	9,4	8,1	10,5	13,6	16,1
Últimos 30 días	8,4	7,5	7,6	8,9	12,1	15,0
Diariamente en los últimos 30 días	1,7	2,3	1,2	3,2	4,6	4,1
Edad media de inicio en el consumo	18,6	18,7	17,4	17,8	18,2	18,0

Fuente: Observatorio sobre drogas y adicciones de la Región de Murcia. Servicio de Epidemiología. D. G. Salud Pública y Adicciones.

	2018			2020			2022		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Consumo de cannabis últimos 30 días									
Principalmente marihuana	40,5	41,3	38,7	31,9	33,0	29,2	29,9	28,8	32,3
Principalmente hachís	10,0	9,7	10,6	6,6	5,9	8,2	17,5	16,1	20,7
De los dos tipos	32,2	34,8	26,1	40,2	46,8	24,4	41,2	47,9	25,4
Consumo de cannabis mezclado con tabaco últimos 30 días									
Sí	88,2	90,9	82,0	77,2	83,5	62,1	80,4	81,9	76,4
No	2,7	3,9	0,0	4,7	4,9	4,1	19,6	18,1	23,6
Media de porros consumidos al día	2,7	3,0	2,0	2,8	2,7	3,1	2,3	2,4	2,1

Fuente: Observatorio sobre drogas y adicciones de la Región de Murcia. Servicio de Epidemiología. D. G. Salud Pública y Adicciones.

* T= Total; H= Hombre; M= Mujer

Región de Murcia
Evolución de las características del consumo de cánnabis en población de 15 a 64 años que ha consumido cánnabis en los últimos 30 días, según sexo (%), 2018-2022.

ESTUDES-2023 consumo de cánnabis en escolares de 14-18 años, Región de Murcia y España

El **cánnabis** constituye la **tercera droga** más extendida entre escolares de 14 a 18 años y la primera sustancia ilegal con mayor prevalencia.

El **22%** del alumnado de la Región de Murcia **lo ha probado** (alguna vez en la vida), (España: 26,9%). Ha descendido el consumo de alguna vez en la vida: 22% en 2023, 24,5% en 2021.

Consumieron en los **últimos 12 meses** el 17,6% del alumnado en la Región (21,8% en España), (2021 Región: 17,4%).

Se ha producido un aumento en los que han consumido cánnabis en los **últimos 30 días**: de 10,8% en 2021, a 12,4% en 2023.

Prevalencia del consumo de alcohol, tabaco, cigarrillo electrónico y cánnabis alguna vez en la vida, últimos 12 meses y últimos 30 días, de escolares de 14 a 18 años de la Región de Murcia. ESTUDES 2023.



El consumo comienza sobre los **14,9 años** (2021: 15,1 años) en la Región.

El consumo se va incrementando según aumenta la edad:

Últimos 12 meses: 7,6% a los 14 años, 37,2% a los 18 años.

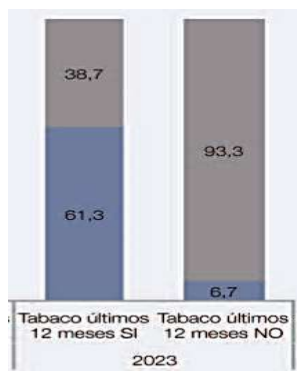
Consumo problemático en adolescentes consumidores (CAST):

- De todos los adolescentes de la Región, el 2,1% presenta consumo problemático (1,5% en 2021), (1,4 en España).
- De los consumidores habituales (últimos 12 meses Región de Murcia) el porcentaje de consumo problemático aumenta al 16,3% (habiendo aumentado 6 puntos porcentuales desde 2015), (23,8 en España).

Por sexos: consumen **más los chicos** que las chicas.

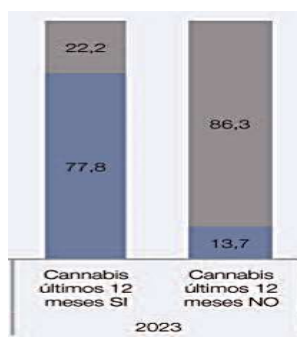
Características del consumo de cánnabis de escolares de 14-18 años que han consumido cánnabis en los últimos 30 días (%). ESTUDES España 2023.

TIPO DE CONSUMO DE CÁNNABIS	Principalmente marihuana (hierba)	35,2
	Principalmente hachís (resina, chocolate)	30,2
	De los 2 tipos	34,6
MEZCLA DEL CÁNNABIS CON TABACO	Sí	75,7
	No	24,3
Media de porros consumidos, el día que se consume cánnabis	3,4	3,4



De los adolescentes españoles que NO consumen TABACO en los últimos 12 meses, **NO consumen CÁNNABIS** el 93,3% y sólo el 6,7% sí lo consumen.

De los adolescentes que NO consumen CÁNNABIS en los últimos 12 meses, **NO consumen TABACO** el 86,3% y sólo el 13,7% sí lo consumen.



De los adolescentes que SÍ consumen TABACO en los últimos 12 meses, **SÍ consumen CÁNNABIS** el 61,3% y el 38,7% no lo consumen.

De los adolescentes que SÍ consumen CÁNNABIS en los últimos 12 meses, **SÍ consumen TABACO** el 77,8% y el 22,2% no lo consumen.

De los escolares que FUMAN TABACO A DIARIO, el 67,4% tiene un **consumo problemático de cannabis** (CAST > 4).

Consumo de tabaco a diario entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años y según su consumo de cannabis alguna vez en la vida, últimos 12 meses y 30 días (%). España, 2016-2023.

	Total población estudiantes	No ha fumado cannabis nunca	Ha fumado cannabis en los últimos 12 meses	Ha fumado cannabis en los últimos 30 días	Consumo problemático de cannabis (CAST≥4)
2023	7,5	1,0	28,7	33,1	67,4

Fuente: ESTUDES 2023, OEDA.

CAST: Consumo problemático de cannabis

Los consumos de **tabaco y cannabis** están íntimamente asociados.

Modo de consumo de cannabis de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que han consumido cannabis en los últimos 30 días, según sexo y edad. (%) España, 2016-2023.

	2016	2019	2021	2023	SEXO		EDAD				
	Total	Total	Total	Total	H	M	14	15	16	17	18
En forma de porro o canuto	97,7	98,9	91,4	96,7	96,8	96,7	94,1	96,3	96,6	97,4	97,6
Usando pipas de agua, bongos, cachimbas, shishas	17,0	11,9	10,3	10,1	12,7	7,0	12,1	12,2	9,5	9,8	7,4
Por vía oral: pasteles, galletas...	5,7	2,0	1,4	9,4	9,1	9,8	15,9	8,5	9,4	8,3	9,5
Usando cigarrillos electrónicos	1,8	5,4	5,3	4,5	5,8	2,9	9,3	5,9	3,6	3,3	4,4

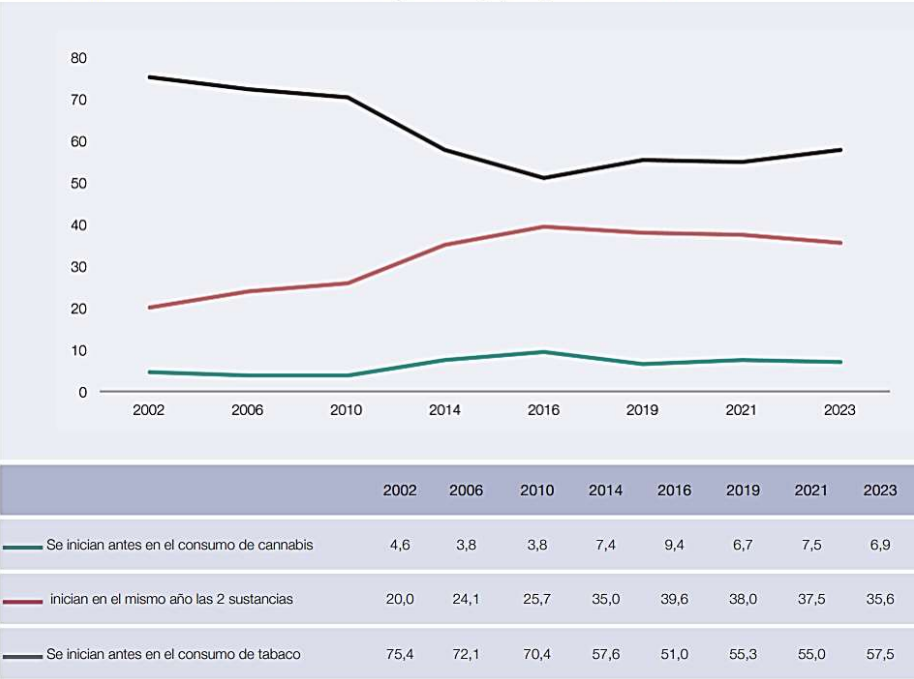
H = Hombres; M = Mujeres.

Prevalencia de borracheras y binge drinking en los últimos 30 días y botellón en los últimos 12 meses y número de drogas consumidas entre la población de estudiantes de 14 a 18 años y entre los consumidores problemáticos de cannabis (CAST ≥4) (%). España, 2023.

Total población estudiantes 14-18 años				Consumidores problemáticos de cannabis (CAST ≥4)		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Borracheras últimos 30 días	20,8	19,7	21,9	65,1	66,8	62,8
Binge drinking últimos 30 días	28,2	28,6	27,8	75,6	79,7	70,2
Botellón últimos 12 meses	47,4	44,8	50,0	88,1	87,6	88,8
2 drogas	18,3	16,2	20,4	0,9	0,8	1,1
3 drogas	9,9	8,6	11,2	20,5	23,9	16,2
4 drogas o más	15,4	14,2	16,5	78,3	75,0	82,7

CAST = Cannabis Abuse Screening Test.

Orden de inicio en el consumo de cannabis y tabaco (%). España, 2002-2023.



Características del consumo de cánnabis de escolares de 14-18 años que han consumido cánnabis en los últimos 30 días (%). ESTUDES España 2023		
TIPO DE CONSUMO DE CÁNNABIS	Principalmente marihuana (hierba)	35,2
	Principalmente hachís (resina, chocolate)	30,2
	De los 2 tipos	34,6
MEZCLA DEL CÁNNABIS CON TABACO	Sí	75,7
	No	24,3
Media de porros consumidos el día que se consume cánnabis	3,4	3,4

A close-up photograph of cannabis leaves, showing their characteristic serrated edges and vibrant green color. The leaves are densely packed, with some showing signs of being eaten, such as small holes. The lighting is bright, highlighting the texture of the leaves.

Manifestaciones clínicas

Sistema cannabinoide

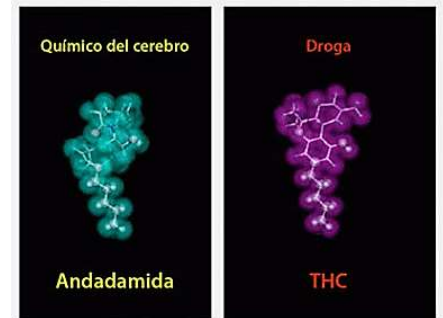
Entender el sistema cannabinoide endógeno, facilita comprender las acciones del uso del cannabis en el organismo.

Sistema cannabinoide

Agonistas endógenos

Anandamida, 1992, de estructura química similar a la del THC

2 Araquidonil glicerol 1995



National Institutes of Health

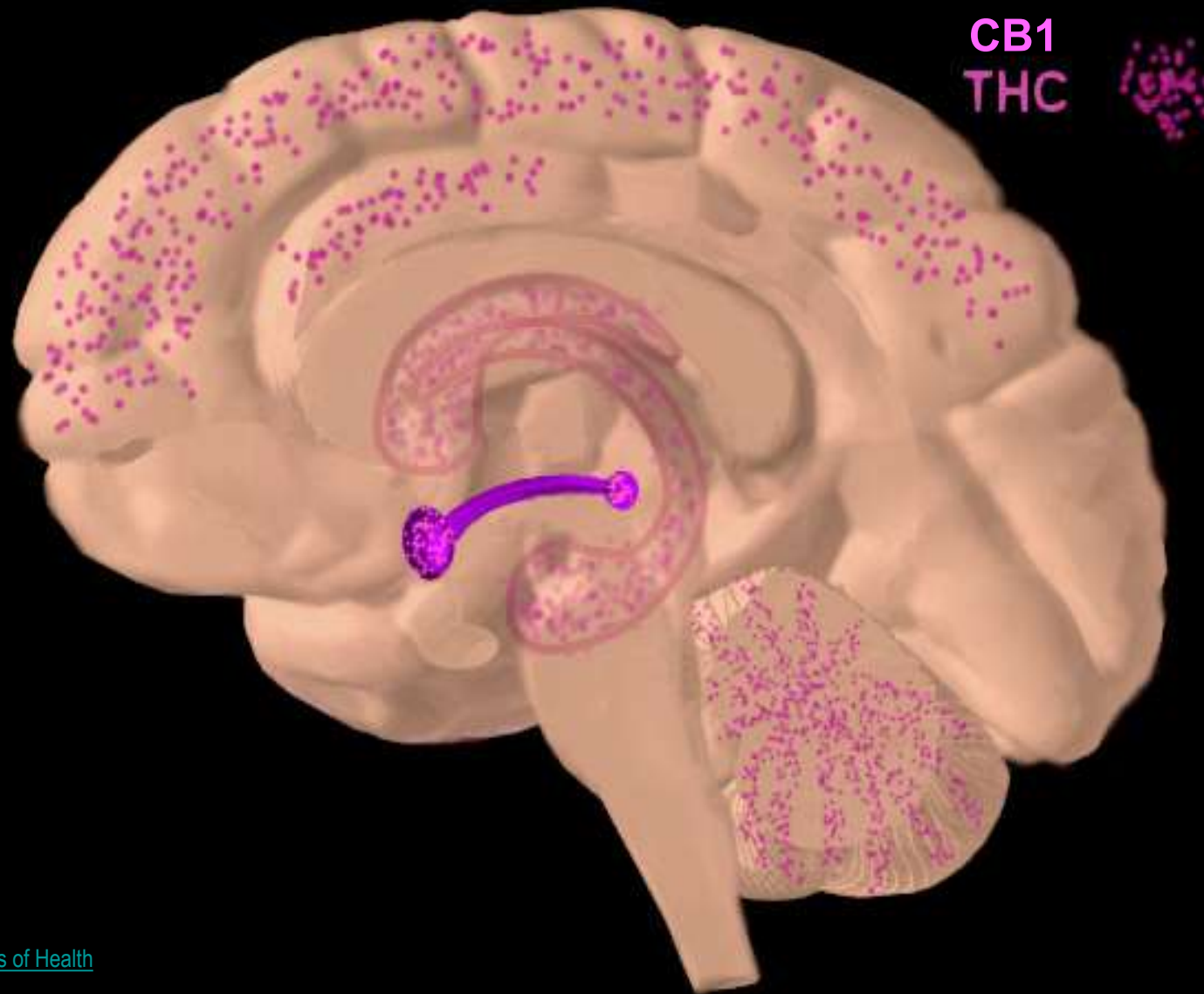
Receptores cannabinoides

CB1 (1990) Se expresan sobre todo en el SNC (hipocampo, corteza, ganglios basales, cerebelo, hipotálamo, tronco encefálico, ...) y en hígado, pulmones y páncreas, ...

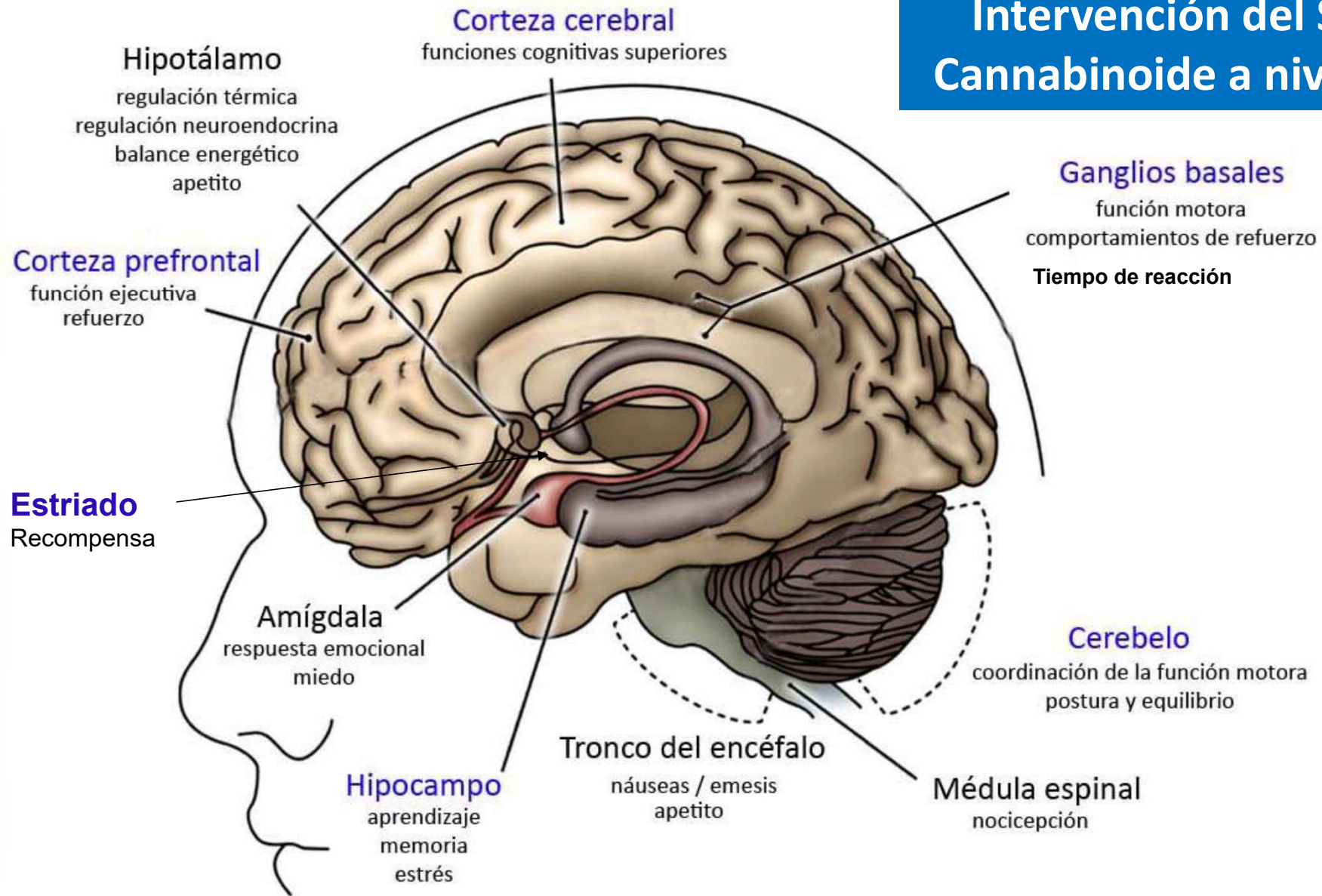
CB2 (1993). Localizado en células gliales, mieloides, macrófagos, bazo, células sanguíneas, médula ósea, páncreas y también en tronco encefálico.

GPR18, GPR55 o GPR119 valorados como posibles receptores cannabinoides.

El sistema endocannabinoide desempeña una función clave en el funcionamiento normal del sistema nervioso.



Intervención del Sistema Cannabinoide a nivel central



Intervención del Sistema Cannabinoide a nivel periférico

SNP Vegetativo: sudor y sequedad boca

S. Respiratorio: broncodilatación

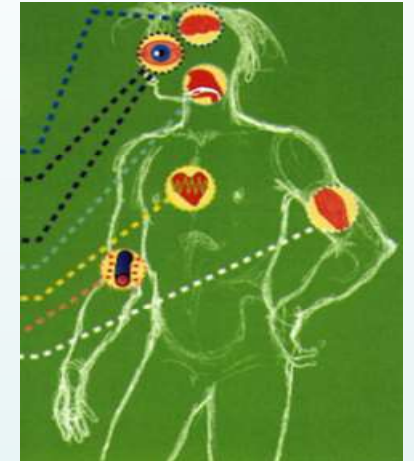
S. Cardiovascular: taquicardia, vasodilatación

S. Inmune: actúa como neuromodulador e inmunomodulador

Funciones metabólicas acción sobre adipocitos y páncreas endocrino

Respuesta al estrés a través del eje hipotalámico-pituitario adrenal

Regulación de la fertilidad humana y la gestación a término ¿?





Manifestaciones clínicas del consumo de cannabis

Acción de los cannabinoides sobre el circuito de recompensa

Sistema meso-cortico-límbico, a través de los R-CB1

Dopamina: Recompensa. Adicción

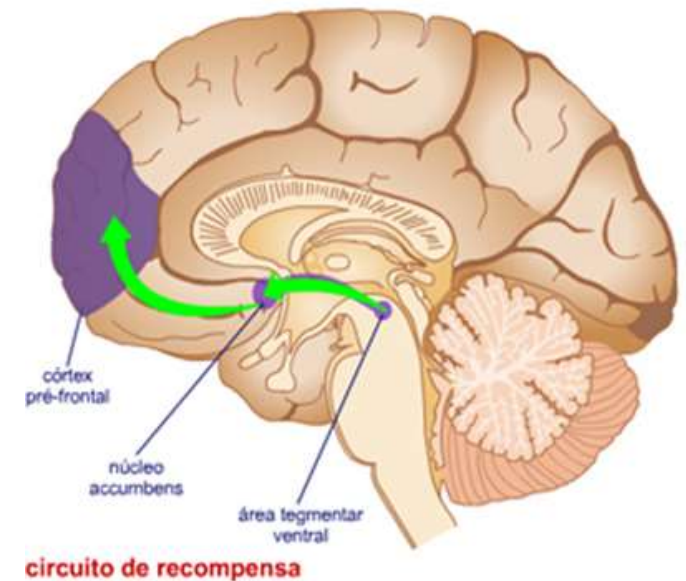
GABA: Regulación de la ansiedad

Glutamato: <. Relacionado con memoria a corto plazo

Serotonina: < o > en diferentes situaciones. Estado de ánimo

Péptidos opioides: Incrementan su síntesis y liberación

Participan en el fenómeno de recompensa y en la acción antinociceptiva



Acción de los cannabinoides sobre la conducción de vehículos

Aumento del riesgo de accidentes, por:

- **Sedación.**
- **Disminuye la atención, concentración y alerta.**
- **Alteraciones de la percepción visual (visión en túnel).**
- **Disminuye la capacidad de reacción ante las señales visuales y auditivas.**
- **Alteración sensorial (distorsiones del espacio y del tiempo).**
- **Alteración de la capacidad de medir distancias.**
- **Alteraciones motoras y de coordinación, sobre todo movimientos finos.**
- **Disminución de la capacidad de juicio (analizar situaciones).**

Acción de los cannabinoides sobre el aprendizaje y memoria

Fracaso escolar, por:

- Disminuye la capacidad de concentración.
- Alteración de la atención (persistente si se inicia consumo antes de los 16 años).
- Dificultad para pensar y resolver problemas.
- Alteración de la capacidad de organización e integración de la información compleja.
- Mayor olvido, por acción anterógrada, con largo tiempo de duración del efecto.
- Dificultad de aprendizaje y memoria de frases sencillas.
- Alteración de la capacidad de filtrar la información irrelevante.
- Confusión.
- Retardo cognitivo y psicomotor a las 24 h.

Posibles consecuencias: peor cualificación laboral, que se traducirá en peores trabajos y un futuro económico y social inferior a lo que podrían aspirar.



Acción de los cannabinoides según la edad de inicio

Alteración de la personalidad

12-14 años maduración áreas subcorticales. Memoria, equilibrio, movimientos, carácter, habilidades sociales y regulación de las emociones.

15-17 “ “ “ corticales. Áreas motoras y sensoriales.

18-25 “ “ “ córtex pre-frontal. Control comportamiento y conducta

La edad de inicio del consumo es determinante

Consumos más precoces aumentan las alteraciones cognitivas, la pérdida de control y desinhibición, con menosprecio de conductas de riesgo: consumo de otras drogas, sexo sin protección, hurtos, robos etc.

Acción de los cannabinoides a nivel mental (1)

TRASTORNOS MENTALES



- Irritabilidad
- Ataques de pánico
- Modificaciones del estado de ánimo: Euforia, hilaridad (en grupo)
Sedante (en solitario)
- Trastornos depresivos
- Síndrome amotivacional: Apatía, desinterés, abandono personal. Empobrecimiento afectivo. Incapacidad para desarrollar planes futuros. Inhibición sexual. Deterioro habilidad comunicativa. Retraimiento social
- Síndrome de abstinencia

Acción de los cannabinoides a nivel mental (2)

➤ Ideación paranoide

- **Episodios psicóticos** aumenta el riesgo un 40% por un consumo aislado y se duplica en consumidores con consumo problemático.

- Angustia
- Autolesiones
- Fuga de ideas
- Humor inestable
- Alucinaciones
- Desorientación
- Hipomanía
- Susplicacia
- Confusión

- **Psicosis cannábica** o exacerbación y/o modificación de una psicosis primaria con tendencia a la recidiva si persiste el consumo de THC.

En su forma más aguda dura de 1-11 días y cursa con:

- Estado confusional
- Labilidad emocional
- Despersonalización
- Delirios
- Desorientación
- Síntomas paranoides
- Alucinaciones
- Amnesia temporal

Acción de los cannabinoides a nivel mental (3)

➤ **Esquizofrenia:** parece claro que aumenta el riesgo en algunos grupos de personas vulnerables. El consumo persistente de THC precipita el inicio de una esquizofrenia s/t si se empezó el consumo antes de los 18 años y aumenta el nº y gravedad de las recaídas. Asociado a posible alteración de R-CB1 y aumento de anandamida en esquizofrénicos no consumidores

- Los consumidores diarios de Marihuana que tienen una variante específica del gen AKT1 (enzima que afecta las señales de dopamina en el estriado) tiene un riesgo mayor de sufrir de psicosis 7 veces mayor en comparación con consumidores ocasionales o no consumidores. Di Forti M, et al. Biol Psychiatry. 2012;72(10):811-816.
- El consumo de marihuana empeora el curso de la enfermedad en pacientes que ya sufren de esquizofrenia. Caspi A, et al. Biol Psychiatry. 2005;57(10):1117-1127se

Acción de los cannabinoides a nivel periférico

- **Cardiovascular:** Aumento de la frecuencia cardíaca. Disminución de resistencias periféricas. Aumento trabajo cardíaco. Mayor tasa de infarto agudo de miocardio y mortalidad cardiovascular, así como tasas más altas de accidente cerebrovascular isquémico agudo.
- **Disminución del dolor,** por acción antinociceptiva.
- **Ocular:** Enrojecimiento conjuntival, reducción presión intraocular.
- **Aumento del apetito** s/t dulces y < vómito. Aunque a veces producen náuseas.
- **Aumento riesgo cáncer de pulmón:** la fase de brea tiene 50% más de carcinógenos

MÓDULO 2.
ABORDAJE EN
ATENCIÓN PRIMARIA
DEL CONSUMIDOR DE
CANNABIS





Es importante detectarlo, en particular en jóvenes, por lo que en la Historia Clínica debemos estar atentos y valorar diversos aspectos

Detección precoz del consumo de cannabis

Historia clínica: Motivo de la consulta / Detonante

Motivo de consulta. Puede acudir por:

- ☐ El consumo específicamente, ya sea a petición del propio paciente o presionado por la familia por situaciones legales.
- ☐ Síntomas mentales u orgánicos que no relaciona con el consumo en sí mismo.
- ☐ Aparición de síntomas o complicaciones relacionados con el consumo de cannabis, incluso sin ser consciente de la causa de sus síntomas.

Exploramos en función de la disponibilidad del paciente, a veces muy brevemente si el paciente no es asequible y colaborador.
Si acuden los padres intentar conocer hurtos, simbología, ...

Historia clínica: Antecedentes

Antecedentes familiares:

- **Patología mental y de consumo en su familiares.**

Antecedentes personales en particular:

- **Accidentes relacionados con el consumo.**
- **Patología mental (TDAH, TLP, rasgos esquizoides y esquizotípicos).**
- **Problemas en diferentes esferas de su vida, sobre todo: familiar, social. jurídico, rendimiento académico y laboral.**

Historia clínica: Historia toxicológica

Historia de consumo:

Edad de inicio

Nº habitual de “porros” al día

Motivos y situaciones que favorecen el consumo

Abandonos del consumo y tratamientos previos

Recaídas. Motivos

Otras drogas consumidas: tabaco, alcohol, cocaína

Historia clínica: Historia toxicológica

En la historia toxicológica: edad de inicio, evolución del consumo, dosis habitual actual, intentos de abandono y situaciones favorecedoras de consumo y entorno de amigos.

Si el paciente no acude específicamente para valoración del consumo, ser muy cuidadoso en las preguntas sobre su historia toxicológica, pues puede generar una barrera y rechazo.

Consumo de sustancias psicoactivas (últimos 12 meses en población de 15 a 64 años)

	<u>Consumidores THC (CAST≥4)</u>	/	<u>Población general</u>
<u>Tabaco</u>	93,8%	/	40,9 %
<u>Alcohol</u>	87,5%	/	75,2 %
<u>Cocaína</u>	32,5%	/	2,2 %

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2017

CAST=Cannabis Abuse Screening Test

Historia clínica:

Anamnesis: repercusiones del consumo, síntomas más característicos y patología dual

- **Dificultad de atención y concentración**
- **Dificultad para aprender**
- **Peleas y discusiones familiares ...**
- **Crisis de pánico**
- **Aumento del apetito**
- **Pérdida de memoria**
- **Olvidos de cosas estudiadas**
- **Irritabilidad**
- **Angustia**

Historia clínica:

Anamnesis: repercusiones del consumo, síntomas más característicos y patología dual

- Susplicacia
- Ideas delirantes de perjuicio
- Hipomanía
- Desorientación
- Autolesiones
- Humor inestable
- Alucinaciones
- Fuga de ideas
- Confusión
- Episodios maníacos y psicóticos

Historia clínica:

Anamnesis: repercusiones del consumo, síntomas más característicos y patología dual

Síntomas habituales en un Síndrome Amotivacional:

- ❖ **Apatía, desinterés, abandono personal.**
- ❖ **Empobrecimiento y aplanamiento afectivo.**
- ❖ **Incapacidad para desarrollar planes futuros.**
- ❖ **Deterioro habilidad comunicativa.**
- ❖ **Retraimiento social, abulia y falta de motivación.**
- ❖ **Inhibición sexual.**

Situaciones que han experimentado los estudiantes según hayan consumido o no cannabis (%)

Estudiantes de Enseñanzas Secundarias 14-18 años, últimos 12 meses

CAST* es el test empleado para medir el consumo problemático de cannabis

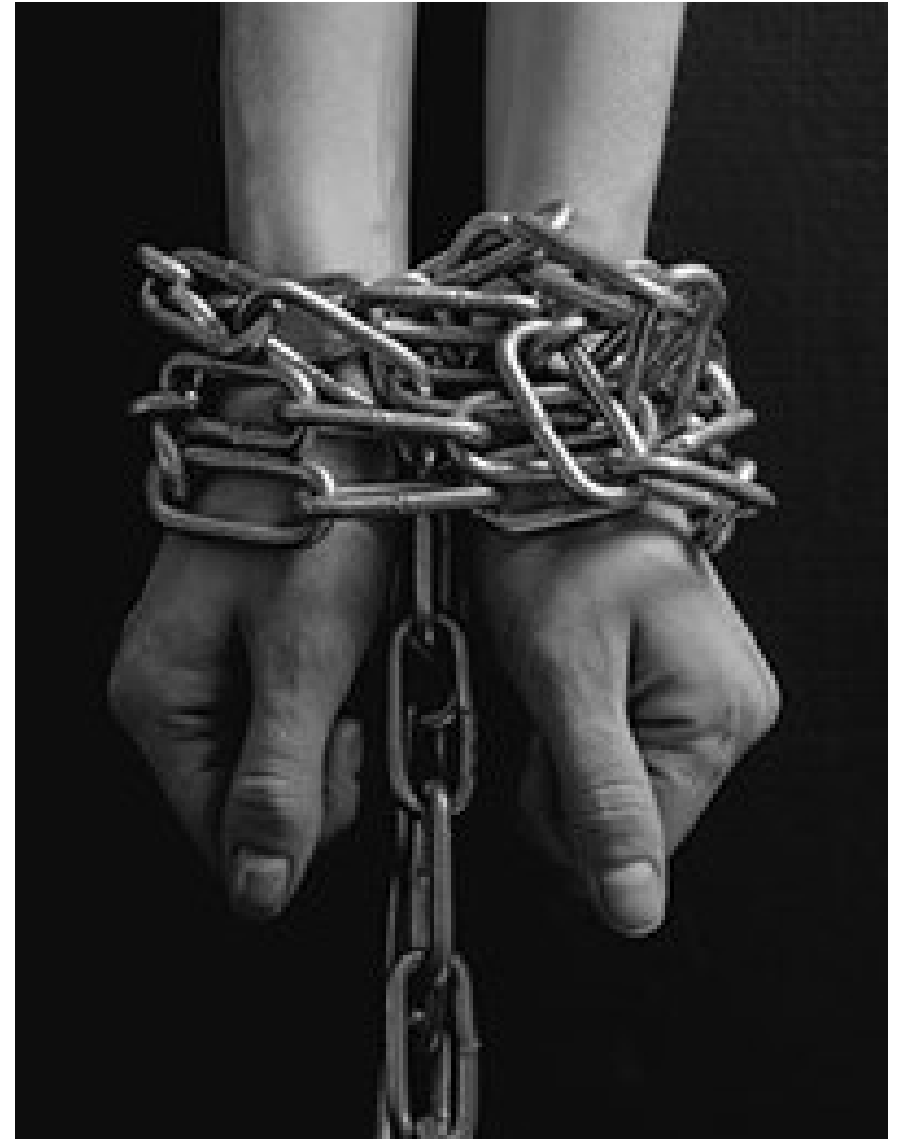
	PELEA O AGRESIÓN FÍSICA	RELACIONES SEXUALES DE LAS QUE ME HE ARREPENTIDO AL DÍA SIGUIENTE	RELACIONES SEXUALES SIN PRESERVATIVO	NO RECORDAR LO SUCEDIDO LA NOCHE ANTERIOR DESPUÉS DE HABER SALIDO	RESACA AL DÍA SIGUIENTE DESPUÉS DE SALIR	CONFLICTO O DISCUSIÓN IMPORTANTE CON PADRES O HERMANOS
						
Total alumnos	14,1	5,9	13,4	19,0	29,7	35,7
Cannabis U12M	27,7	13,7	31,1	39,1	60,8	49,1
Cannabis U30D	31,3	16,0	34,4	39,8	61,0	50,1
Cannabis CP** (CAST≥4)	54,5	26,0	51,1	49,4	68,9	63,1

*Cannabis Abuse Screening test. 6 preguntas, 5 opciones de respuesta.
Puntuación de 0 a 6.

** CP: Consumo Problemático

En resumen: en la historia clínica valorar



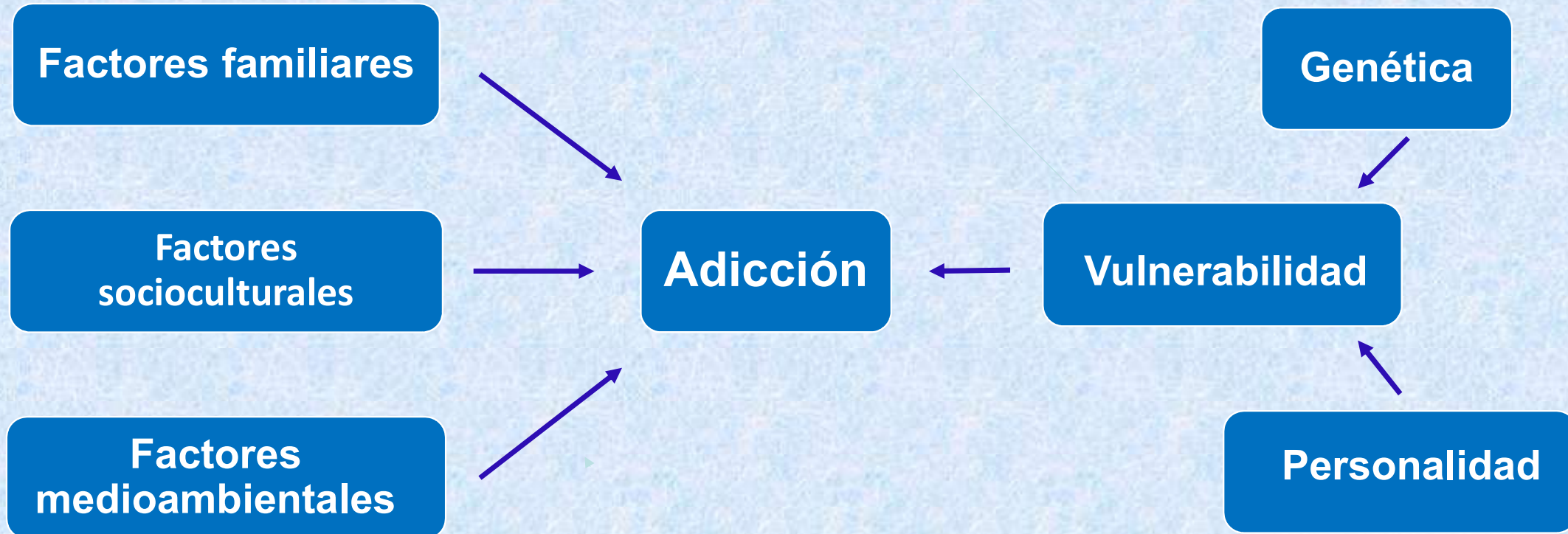


Criterios diagn3sticos: uso, abuso, dependencia

Adicción = Enfermedad = No elegida = No culpa, sí responsabilidad

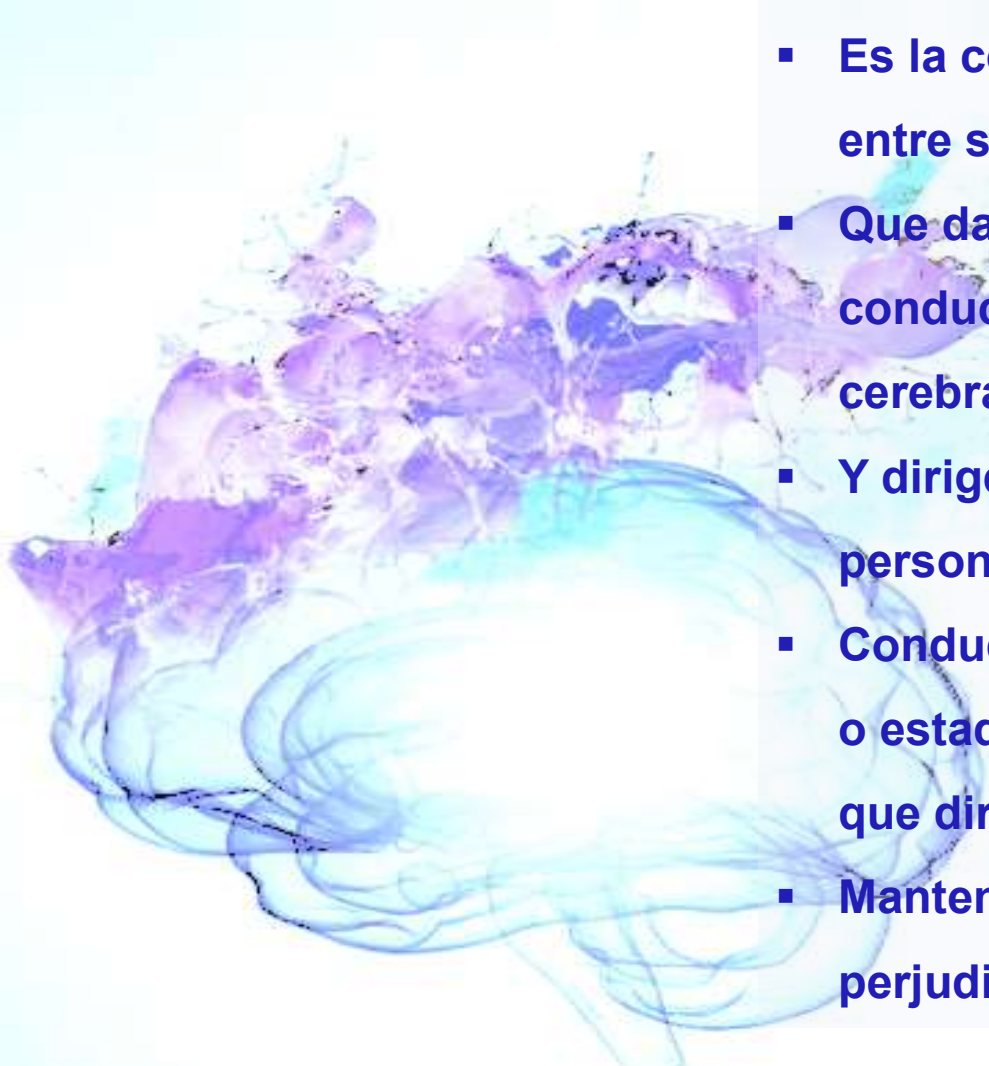


Desarrollo de dependencia



Adicción

- Es la consecuencia de diversos factores que interaccionan entre sí.
- Que dan lugar a una serie de procesos bioquímicos y conductuales que modifican el circuito de recompensa cerebral.
- Y dirigen, progresivamente, la vida de una persona en personas vulnerables.
- Conduciendo a que en determinadas situaciones, ambientes o estados de ánimos, el deseo de consumo sea tan intenso que dirige la vida de la persona.
- Manteniendo los consumos a pesar de sus efectos perjudiciales al perder la capacidad de control.



Factores de riesgo

Familiares

Problemas afectivos violencia física o psíquica.

Ausencia de control, límites difusos o ausentes.

Ambiente familiar de tolerancia o de consumo y abuso de drogas.

Imitación de modelos

Falta de límites



Factores de riesgo

sociales, culturales

y

ambientales

Entorno social en el que sea habitual el consumo de drogas.
Presión de grupo y escasa percepción del riesgo de consumo.
Ideas erróneas: “es normal, todos lo hacen”, “por una vez ...”.
Escasas alternativas municipales de ocio saludable.
“Publicidad” en canciones o películas.
Instituto Universidad o inicio de trabajo (> libertad o dinero).

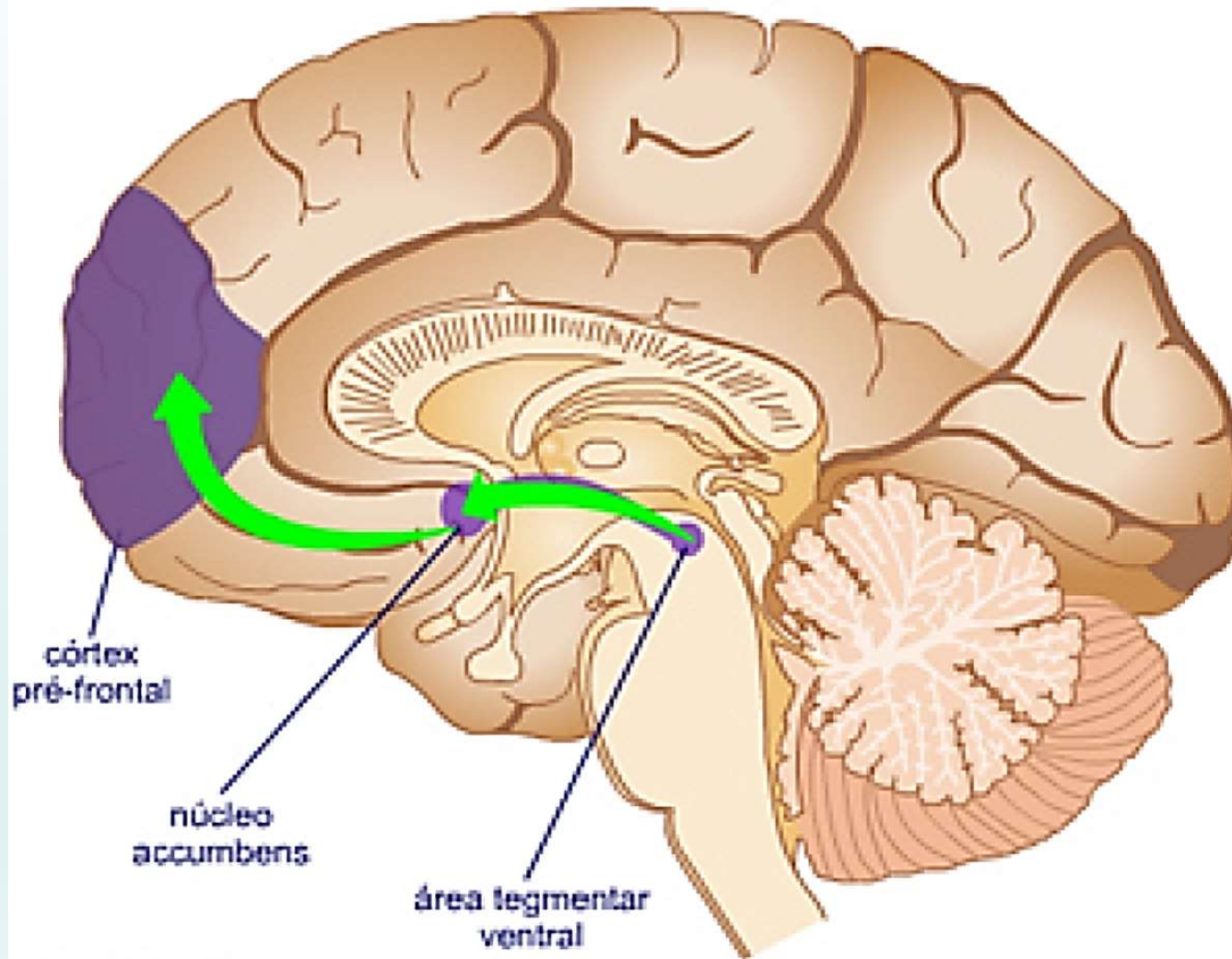


Vulnerabilidad

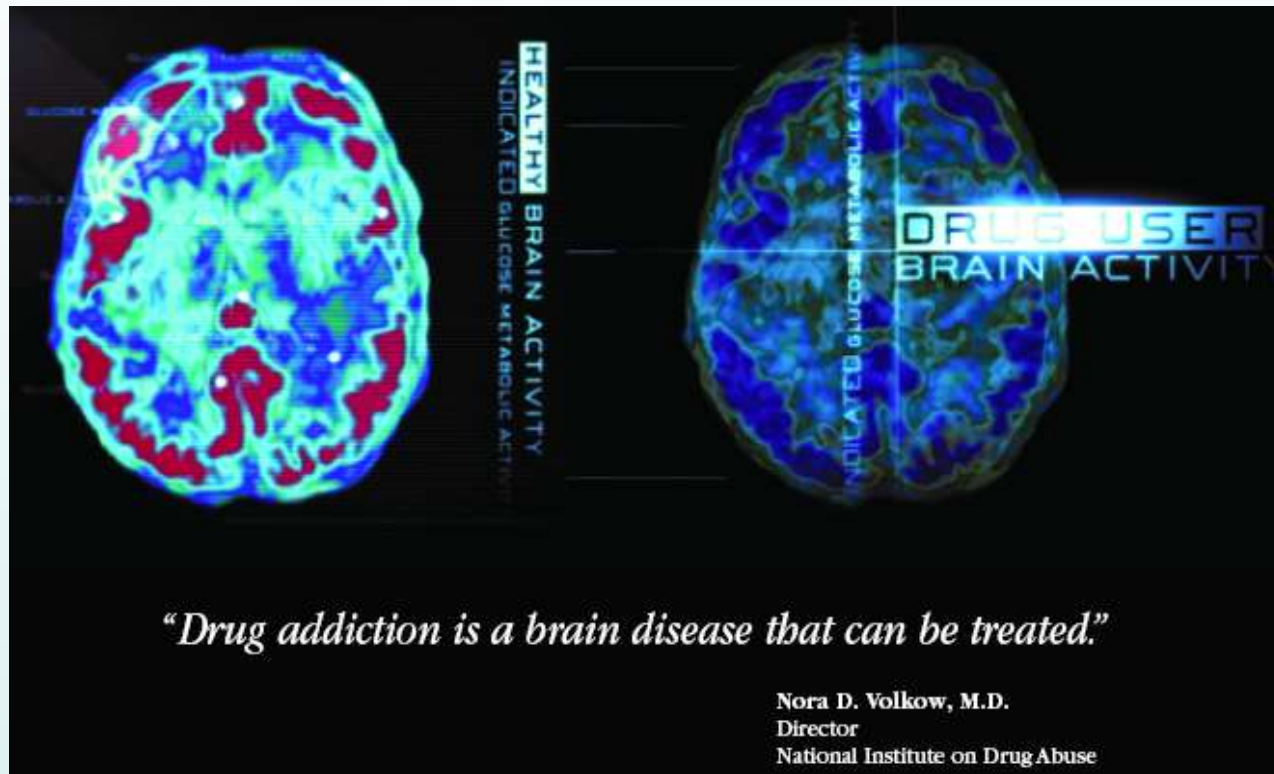
- **Factores genéticos**
- **Patología mental:** Psicosis, T. bipolar, agorafobia, T. ansiedad generalizada, ...
 - **Rasgos de personalidad favorecedores:**
 - Alta impulsividad
 - Baja autoestima (deseo de ser popular)
 - Ser influenciables y dependientes
 - Alta tolerancia a la trasgresión (no cumplir normas)
 - Baja tolerancia a la frustración (lo quiero ya, ahora)
 - Atracción por el riesgo
 - Búsqueda de sensaciones
 - Falta de sentido de la responsabilidad

SISTEMA DE RECOMPENSA CEREBRAL

Inicialmente se produce placer y después, lo más frecuente es que se consuma para evitar la disforia del Síndrome de abstinencia y para evadirse de los problemas o el aburrimiento o para dormir, ...



El THC, en jóvenes, afecta a circuitos cerebrales aún no desarrollados, lesionándolos y alterándolos



**Reconocida por la OMS
como una enfermedad
crónica recidivante para la
que existen tratamientos
eficaces**

**Adicción: proceso de aprendizaje y condicionamiento conductual,
con alteraciones neuroquímicas en personas vulnerables**

Síndrome de dependencia...

Definición: Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas, en el que el consumo de THC adquiere máxima prioridad.

Tres o mas de los siguientes criterios:

- Deseo intenso o compulsión de consumo.
- Disminución de capacidad de controlar.
- Síntomas somáticos de Síndrome de abstinencia.
- Tolerancia.
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer.
- Persiste consumo a pesar de evidencias de perjuicio físico o mental

*Pautas diagnósticas
CIE-10*

Trastorno por consumo de cannabis...

Definición: Patrón problemático de consumo que provoca deterioro o malestar clínicamente significativo.

En los 12 meses previos cumple al menos 2 de los siguientes criterios:

1. Consumo en > cantidad o tiempo del previsto.
2. Esfuerzos fracasados de abandonar o controlar consumo.
3. Tiempo en conseguir, consumir o recuperarse.
4. Craving intenso (deseo de consumir la droga).
5. Incumplimiento en actividad laboral, escuela u hogar.
6. Continuar consumo a pesar de problemas sociales e interpersonales provocados por el consumo.
7. Abandono o reducción de actividades laborales, sociales o de ocio.
8. Consumo recurrente en situaciones de riesgo físico.
9. Continuar consumo a pesar de problemas físicos o psíquicos causados o exacerbados por THC.
10. Tolerancia.
11. Abstinencia.

*Pautas diagnósticas
DSM V*

Nivel de severidad:
Leve: 2-3 criterios.
Moderado: 4-5 criterios.
Severo: 6 o más criterios.

Cuestionario CAST (Cannabis Abuse Screening Test)

	Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
A - ¿Fumaste marihuana antes del mediodía?	1	2	3	4	5
B - ¿Fumaste marihuana estando solo / a?	1	2	3	4	5
C - ¿Tuviste problemas de memoria al fumar marihuana?	1	2	3	4	5
D - ¿Te dijeron amigos o alguien de la familia que deberías reducir el consumo de marihuana?	1	2	3	4	5
E - ¿Intentaste reducir el consumo de marihuana sin conseguirlo?	1	2	3	4	5
F - ¿Tuviste problemas debido a tu consumo de marihuana?	1	2	3	4	5

Valoración: 0-1 puntos = consumo no problemático
 2-3 puntos = consumo de bajo riesgo
 4 ó más = consumo de riesgo



Opciones de tratamiento (según objetivos del paciente)

Abordaje del paciente consumidor de cannabis

Principio básicos

Frecuentemente estos pacientes acuden a la consulta sin conciencia del problema o con el deseo de “abandonar” el consumo pero no siempre motivados, por lo que es necesario ...

Expresar empatía. Escuchar sus necesidades

Muchos han tenido experiencias negativas

Algunos están poco o nada interesados en volver

No culpabilizar. Mensajes positivos

Dejar de consumir es posible aunque no sea fácil

Es una decisión personal. Es su responsabilidad

Desarrollar la discrepancia entre realidades y fantasías

Valorar contradicciones y ambivalencia

Fomentar la autoeficacia. Creer en la capacidad de cambio

Evitar la discusión. Si hay resistencias cambiar estrategia

Personalizar el tratamiento

Preparar un plan para abandonar el consumo

En las recaídas no hacer siempre lo mismo

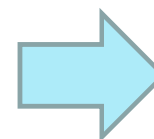
Actuaciones terapéuticas posibles

El tratamiento se decidirá en función del motivo de consulta, historia de consumo y objetivos del paciente

1. Grado de adicción y dependencia

Nº “porros”
día

DSM-V
CIE-11



Leve
Moderado
Severo

2. Tipo de recompensa al consumir: Positiva o Negativa

3. ¿Desea abandonar el consumo?

Alta

Motivación y ambivalencia: Media

Baja

4. Objetivos y preferencias actuales del paciente. ¿Se encuentra preparado ya?

INTERVENCIÓN BREVE
DE SALUD EN
ATENCIÓN PRIMARIA
SOBRE
ALCOHOL Y CÁNNABIS



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



Plantear su realidad / diagnóstico.

Indicar los riesgos y que la mejor opción para su salud es dejar de consumir.

Informar de las opciones de tratamiento.

Estar disponibles.

Intentar concertar una nueva consulta

Es fundamental realizar siempre intervención breve.
Aunque inicialmente no parezca eficaz,
a la larga tiene muy buenos resultados.

**Actuaciones
terapéuticas
regladas**

Preparado

Motivación alta

**Iniciar
tratamiento**

Motivación baja

**Preparando la acción,
favorecer autoeficacia,
motivación y valorar
fecha de tratamiento***

No preparado

**Preparando la acción
y fijar fecha de
tratamiento
en < de 30 días***

**Educación salud
+
E. motivacional
+
Disminución de daños**

En todos los casos concretar su meta y organizar un plan y autoeficacia

*** Si el paciente desea iniciar tratamiento inmediato: realizarlo**

Desintoxicación

**Paciente
motivado y
preparado
para iniciar
tratamiento**

El tratamiento de la adicción al cannabis, sobre todo en consumidores resistentes, es multicomponente y está constituido por la combinación de tratamiento farmacológico cuando es necesario (patología dual, control de síntomas de abstinencia, “necesidad” del paciente) y terapia cognitivo conductual. Su efectividad varía en función de múltiples factores, así como de la intensidad de la intervención.

No existe ningún fármaco adecuado (eficaz) para el tratamiento de la adicción al cannabis.

Estrategias y técnicas de prevención de recaídas más frecuentes

Analizar y conocer los motivos, pros y contras del consumo

Determinar las situaciones de riesgo o precipitantes

Análisis de fantasías de control

Técnicas anticipación y evitación

Valoración de decisiones aparentemente irrelevantes

Modificación de conductas y estilos de vida

Control de estímulos

Estrategias de afrontamiento del “craving”

Paciente motivado y preparado para iniciar tratamiento

Primera consulta

- **Diagnóstico y valoración.**
- **Plantear adicción como enfermedad crónica.**
- **Solicitar motivos (balanza decisional) para consumir / no consumir, le posibilitará tener conciencia de la ambivalencia entre ambos y tomar una decisión desde la razón y no desde la impulsividad.**
- **El paciente debe tener una meta u objetivo claro a corto y medio plazo, es esencial y será lo que le permita realizar las actuaciones necesarias para alcanzarla.**
- **Decidir día D (día del abandono). Puede ser inmediato.**

CANNABIS: ANÁLISIS PARA TOMAR UNA DECISION

- **RAZONES Y MOTIVOS POR LOS QUE CONSUME CANNABIS:** ¿Por qué le gusta fumar cannabis?, ¿Aspectos positivos del consumo?, ¿Qué placeres encuentra?, ¿Qué “pierde” si deja de consumir?
- Escriba las **REPERCUSIONES** que ya le ha producido consumir cannabis.
- Escriba las **RAZONES Y MOTIVOS** por los que desea **DEJAR DE CONSUMIR.**
- Identifique las **SITUACIONES O ACTIVIDADES DE RIESGO**, en las que le resulta más difícil no consumir. Anótelas.
- ¿Qué modificaciones de sus estilos y hábitos de vida considera necesario realizar para alcanzar el éxito y dejar de consumir derivados del cannabis?
- **DECIDA EL DIA Y HORA EN EL QUE VA A DEJAR DE CONSUMIR CANNABIS.**

Paciente motivado y preparado para iniciar tratamiento

Motivos para consumir

- ☐ Placeres inmediatos y efectos positivos del consumo: fiesta, amigos, “anestesia”, evasión de los problemas, estrés, discusiones, la soledad, etc.
- ☐ Hábitos, situaciones, circunstancias y estímulos condicionados que generan el deseo del consumo.
- ☐ Necesidad de suprimir el ansia de consumo (“craving”) o los síntomas de abstinencia de la ausencia del cannabis.
- ☐ No aceptar las pérdidas y límites derivados de los cambios de estilos de vida necesarios para mantener el abandono del consumo, en particular los relacionados con evitar amigos o conocidos consumidores, fiestas, disponibilidad de dinero, control familiar etc.
- ☐ Fantasías de control y los pensamientos irracionales.

- Habría que trabajar las **fantasías de control** y los **pensamientos irracionales** que son muy frecuentes y facilitan el autoconvencimiento para continuar con el consumo, sobre todo decirse a sí mismo:



“la última vez”

“mañana lo dejo”

“hoy lo necesito”

“ya lo dejaré”

“voy a darme un homenaje”

“me lo merezco”

“soy joven”

“qué más da, a nadie le importo”

“voy a probarme”

“seguro que controlo”, etc.

Paciente motivado y preparado para iniciar tratamiento

Motivos para dejar de consumir

- ✓ **Problemas y repercusiones negativas derivadas de la conducta adictiva que han ocurrido a lo largo de la vida.**
- ✓ **Visualizar el futuro: aspectos negativos y complicaciones que son previsibles que ocurran a lo largo del tiempo, en el caso de mantener la conducta adictiva.**
- ✓ **Motivaciones personales para abandonar el consumo asociadas a mejorar o evitar deterioro en la salud, la economía, la familia, el trabajo, etc.**
- ✓ **Otras ganancias que se obtendrán si se abandona el consumo. Libertad vs esclavitud; aumento de autoestima.**

Paciente motivado y preparado para iniciar tratamiento

Segunda consulta (antes del día D)

- **Analizar con el paciente motivos sí y no y posible ambivalencia.**
- **Informar de los posibles síntomas de abstinencia e indicar tratamiento si es necesario.**
- **Insistir en las modificaciones de estilos de vida y aceptación de pérdidas por no consumir.**
- **Valoración de decisiones aparentemente irrelevantes.**
- **Favorecer autoeficacia (capacidad de abandonar el consumo).**

Paciente motivado y preparado para iniciar tratamiento

Tercera consulta (7 a 14 días después día D)

- **Felicitar si sigue abstinentes y planificar programa para prevenir la recaída.**
- **Valorar situaciones de riesgo que hayan existido.**
- **Profundizar en la aceptación de los límites derivados de los cambios de estilos de vida que son necesarios para mantener el abandono del consumo.**
- **Aumentar capacidad de afrontamiento de los episodios de ansia de consumo (“craving”). No pensar en nunca más. HOY NO.**

ANTE SITUACIONES DE DESEO (ANSIA) DE CONSUMO:

- Después de dejar de consumir, en ocasiones, sentirá deseos muy intensos de volver a consumir un poco, “la última vez”, para comprobar que ya lo tiene controlado, ... Este deseo sólo dura unos instantes, a veces minutos y no tiene acción acumulativa.
- **Recuerde los motivos por los que desea dejar de consumir.**
- **Recuerde que no puede “controlar” el consumo.** Si se consume una sola vez, sabe que consumirá más.
- **Piense sólo en estar 24 horas más sin consumir.**
- **No analice si puede o no tomar un “porro” más,** si lo hace encontrará algún motivo o justificación para seguir consumiendo.
- No busque excusas. **No decida “en caliente”, SIMPLEMENTE DIGA NO** y espere al menos 24 horas para decidir si quiere o no volver a consumir. La ansiedad desaparecerá en pocos minutos.
- Si a pesar de todo persiste el deseo intenso de consumir, procure activar su cuerpo practicando algún ejercicio moderado como dar un paseo a paso rápido (aunque sea por el pasillo), respire de forma rápida durante 30-40 segundos. Adapte este consejo a sus gustos personales y a las diferentes situaciones de riesgo.
- Si lo anterior no le ha resultado efectivo, realice varias respiraciones profundas, inspire lenta y profundamente, manteniendo el aire unos segundos y a continuación expúlselo lentamente o bien realice alguna técnica de relajación (contracciones y relajaciones musculares, ...).
- Si aún sigue deseando, intensamente, consumir, cambie de lugar (si es posible), dígaselo a alguien o realice alguna actividad.
- Si se le hemos prescrito alguna medicación, utilícela en esas situaciones.
- En cualquier caso, **NO CONSUMA.** Puede conseguirlo. Cada día le apetecerá menos.

Paciente motivado y preparado para iniciar tratamiento

Si ha consumido

- **No culpabilizar. Analizar motivos y valorar si es un consumo aislado o una recaída.**
- **No significa que se haya fracasado, y aunque no sea deseada es parte de la evolución de la enfermedad y es habitual. Es una señal de que algo ha ido mal o al menos podría ir mejor en el tratamiento, lo que obliga a analizar la cadena de conductas que han ocurrido para que haya sucedido ese consumo o recaída y replantearnos las modificaciones del tratamiento u otras opciones para seguir avanzando.**
- **Insistir en que es más fácil, que ya ha estado un tiempo sin consumir y si el paciente no quiere continuar el tratamiento, asumir planteamientos intermedios para disminuir los daños.**

Paciente motivado y preparado para iniciar tratamiento

Cuarta consulta (30 días después) y sucesivas cada 2-3 meses

- **Felicitar si sigue abstinente.**
- **Continuar prevención de recaídas trabajando las fantasías de control y los pensamientos irracionales.**
- **No olvidar y mantener siempre la alerta, para:**
 - **Anticipar situaciones de riesgo que puedan conducir a un consumo.**
 - **Evitar aquellas situaciones de peligro que sepa que son de alto riesgo.**
 - **Afrontar las que no se puedan o no se hayan podido evitar, así como aquellas otras inesperadas y deseos internos sin aparente razón alguna.**
 - **Escapar.**
- **Si hay consumos reanalizar, favorecer motivación y autoeficacia.**

**Paciente aún no preparado pero con motivación alta
o que desea tratamiento pero tiene baja motivación**

**Prepararlo para la acción e iniciar modificaciones de estilos de vida,
favoreciendo el aumento de los espacios dónde no se consuma**

**Profundizar en sus contradicciones y ambivalencia, para facilitar su
motivación y autoeficacia**

Fijar la fecha para iniciar el tratamiento en pocas semanas

Si el paciente decide iniciar tratamiento inmediato: realizarlo

Aumento de motivación.
Beneficios de abandonar el consumo de cannabis

Se recupera rápidamente la capacidad de atención, de memoria y de concentración, así como la capacidad de aprendizaje

Mejora la habilidad para resolver problemas

Aumenta el rendimiento académico y laboral, recuperando la posibilidad de conseguir trabajos más cualificados y mejor pagados

Descienden los problemas legales y se deja de estar preocupado por dar positivo en los controles de tráfico

Disminuye la irritabilidad y el humor deja de ser inestable

Mejoran o desaparecen las crisis de ansiedad, los cuadros de angustia y los ataques de pánico

Mejora o desaparece la suspicacia, la grandiosidad, la despersonalización y las paranoias

Baja la frecuencia de cuadros depresivos asociados al consumo

Recobra la coordinación, la capacidad de medir distancias, así como la capacidad de reacción ante las señales visuales y auditivas

Deja de estar apático, cansado, vuelve a cuidar su higiene y aspecto personal y mejora del empobrecimiento afectivo

Disminuye el retraimiento social

Se recupera el normal funcionamiento del sistema inmune y la capacidad de luchar contra las infecciones

**Aumenta la libido y las erecciones son más potentes e intensas,
suelen mejorar las relaciones de pareja y también la fertilidad**

Se siente menos marginal

Aumentará la autoestima y seguridad en sí mismo

Beneficios familiares y ejemplo para sus hijos y amigos

Ahorrrará dinero

Se es más libre y dejará de ser esclavo de una adicción

**¿Cómo actuar ante el paciente sin motivación,
que no puede, o que no desea
abandonar el consumo?**

No
desfallecer

No
culpabilizar

Motivarlo
en cada
ocasión que
tengamos

Plantear
cambios y
aumentar
espacios
dónde no
consume

Estar
disponibles
y facilitar
que vuelvan
aunque no
hayan
avanzado

La abstinencia ha sido y es considerada por muchos como el **objetivo principal y único** del tratamiento, pero **tiene unas altas tasas de fracaso**, en particular en pacientes con comorbilidad y **puede ser desmotivadora y no aceptada por muchos pacientes**, generando una barrera importante en el tratamiento, que los puede “expulsar” de la consulta.

Plantearnos objetivos posibles como reducir el consumo de cannabis o simplemente disminuir las conductas de riesgo, es una alternativa complementaria a la abstinencia, ya sea como:

Objetivo intermedio para progresivamente alcanzar la abstinencia

Objetivo inicial o único en aquellos pacientes con dependencia a cannabis que:

- **No pueden alcanzar la abstinencia.**
- **No pueden mantenerla.**
- **No quieren dejar de consumir.**

Disminución de daños



- No acepte, ningún porro que le ofrezcan. Fume sólo de su propio cannabis
- Reduzca la cantidad y la concentración de THC
- No asocie encender un porro a actividades habituales (después de la comida, antes de dormir, etc., de un paseo o realice cualquier actividad que le resulte placentera)
- En casa, fume sólo en un sitio fijo, que además no sea cómodo, por ejemplo, en el balcón o en el lavadero (nunca en el interior de la vivienda)
- No fume nunca en el coche ni en la calle ni delante de niños
- No fume durante el trabajo o estudio ni se suba a en ningún vehículo en el que el conductor consuma

12 EL "abc" DEL USO

Si fumas un porro recuerda:



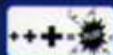
*a) Si conduces no lo fumes.
Viaja en autobús o que te
lleven, o vete a pie...*



*b) Nunca antes ni durante
el trabajo o el estudio.*



*c) Si tienes menos de 18,
no lo pruebes, porque
es más tóxico.*



*d) Cuando repites, aumentan
sus efectos tóxicos.*



*e) No lo mezcles con
alcohol ni otras drogas.*



*f) No en lugares públicos. Las
multas oscilan entre 50.000
y 1.000.000 de ptas.*



*g) Abstinencia si se padecen problemas
respiratorios, hormonales, cardíacos o
psicológicos. También durante el embarazo.*



*h) Acudir al médico si se siente malestar,
mareos, vómitos y/o palpitaciones.*



Fuente: El cannabis. Consejería de Sanidad, Murcia 1999

¿Tratamiento farmacológico?

El uso controlado de δ -9-tetrahidrocannabinol (THC), ha producido resultados interesantes para el tratamiento de la abstinencia. Pero presenta la limitación de que no disminuye el deseo de consumo.

Ramos JA, Adicciones, 2006,18 (1), 5- 10

El cannabidiol, puede revertir los efectos reforzantes del THC, se ha sugerido como un tratamiento potencial.

El dronabinol, THC sintético por vía oral, se ha considerado que podría ser el equivalente a la metadona en el caso de la dependencia de opiáceos.

Arias Horcajadas F. Trastornos Adictivos Vol. 13. Núm. 3. 2011

MODULO 3. ¿QUÉ RESPONDO?

- **Situaciones especiales de riesgo de consumo**
- **Factores protectores • Signos de alarma • Predictores**
- **¿Cómo responder a las preguntas de consumidores y familias?**



Situaciones especiales de riesgo de consumo:

Adolescencia

Cambios neurobiológicos durante el periodo de maduración cerebral.
Aumenta la existencia de trastornos mentales en la edad adulta.
> el consumo de otras drogas y la dificultad para dejar de consumir .
Disminución rendimiento escolar.

Embarazo y lactancia

Desarrollo fetal, aumentar el riesgo de bajo peso al nacer.
Alteración en las funciones mentales del niño.
Relacionado con la aparición del TDAH.

Consumo con enfermedades previas y conductores

Las personas con problemas psiquiátricos, respiratorios, cardiovasculares etc. son especialmente vulnerables.
Los conductores aumentan sensiblemente los riesgos de accidentes

Factores protectores

Factores familiares

- Se manifieste claramente el cariño
- Buena comunicación interpersonal
- Estén presentes las necesidades del niño y adolescente
- Se comparta tiempo y ocio
- Se participe en sus juegos
- Educación basada en el respeto y la confianza
- Límites claros y firmes vs límites difusos o ausentes
- Valores éticos y morales
- Educación en el esfuerzo, control de los impulsos y tolerancia a la frustración
- Control económico

Factores protectores

Factores familiares

Favorecer:

El sentimiento de apego

El desarrollo de la autoestima

La asertividad

La resolución de problemas

Tolerancia a las frustraciones

Aprendizaje de habilidades para controlar el estrés

Entorno social sin consumo de drogas

“Signos” de uso / Señales de alarma

Estos síntomas y señales no necesariamente conducen a la dependencia. Sin embargo, requieren de atención especial de parte de los padres, familiares y sanitarios.

- ❖ Cambios bruscos de humor y estado de ánimo: ansiedad, tristeza. Intranquilidad.**
- ❖ Cambios repentinos de hábitos de vida (ejercicio, alimentación, aseo).**
- ❖ Cambios de amistades que evitan que conozcamos.**
- ❖ Desafío hacia los padres. Actitud agresiva y hostil.**

“Signos” de uso / Señales de alarma

- ❖ **Disminución en sus calificaciones o del rendimiento escolar.**
- ❖ **Abandono de aficiones con preferencia por otro tipo de actividades.**
- ❖ **Mentiras frecuentes sobre el uso del tiempo libre.**
- ❖ **Dificultad para explicar en dónde han estado.**
- ❖ **Cambio de llegada en el horario establecido.**

“Signos” de uso / Señales de alarma

- ❖ **Disminución de atención.**
- ❖ **Pérdida de peso o apetito excesivo.**
- ❖ **Demanda excesiva de dinero.**
- ❖ **Desaparición de dinero u objetos de valor o pequeños hurtos.**
- ❖ **Realizar menos ejercicio y actividades lúdicas.**

“Signos” de uso / Señales de alarma

- ❖ **Se le ha encontrado drogas o parafernalia.**
- ❖ **Uso de ropa, póster, etc., que promueven el uso de drogas.**
- ❖ **Ojos rojos, húmedos o con pupilas dilatadas.**
- ❖ **Uso de colirios vasoconstrictores o ambientadores.**
- ❖ **Olor de la ropa a marihuana.**

“Signos” de uso / Señales de alarma

- ❖ **No hablan.**
- ❖ **Cambios repentinos de hábitos de vida.**
- ❖ **Menor rendimiento escolar, apetito y atención.**
- ❖ **Intranquilidad, ansiedad.**

Predictores de riesgo de consumo

- < Edad inicio del consumo de cualquier droga
- Sexo: varón
- Padres: Consumidores de sustancias
Actitud tolerante
- Lugar de residencia (rural)
- Amigos: con uso de cannabis u otras drogas

- Menor actividades en tiempo libre
- Disminuir el número de contactos sociales
- Salir frecuentemente de diversión
- Hora de vuelta a casa tardía
- Consumo de tabaco o/y alcohol
- Experiencia positiva

¿Cómo responder a las preguntas de los consumidores?



National Institutes of Health

Es un producto natural

- **Realidad:** El tabaco y el opio también son naturales y nadie duda de sus riesgos.
- El consumo de cannabis provoca alteraciones en el funcionamiento normal del cerebro, lo cual no es nada ecológico.
- **Producto natural y producto inocuo no son sinónimos.**

¡Si se legalizara se consumiría menos!

Realidad: Las drogas que más se consumen entre los jóvenes son el alcohol y el tabaco, y éstas son legales.

Además, en el consumo, más que la prohibición, influye la facilidad para conseguir la sustancia y el grado de aceptación social de la misma.

¡El cannabis tiene efectos terapéuticos!

- **Realidad:** Los productos terapéuticos derivados del cannabis son sustancias controladas, mientras que del cannabis se desconoce lo que contiene, sus concentraciones y no existe control alguno y no tienen nada que ver con su uso clínico.
- También existen medicamentos derivados del opio y nadie piensa que sea sano consumir heroína.

Derivados farmacológicos de cannabinoides sintéticos



NABIXIMOL (comercializado como **Sativex®**). Extracto estandarizado de cannabis de administración por vía sublingual, que contiene THC y CBD 1:1 y un 5% de otros cannabinoides. *Es el único medicamento con cannabinoides autorizado para uso humano en España* para tratamiento de la náuseas y vómitos secundarios al tratamiento con antineoplásicos, tratamiento de la pérdida de apetito del síndrome de anorexia y caquexia (SIDA y cáncer terminal), en la esclerosis múltiple (tratamiento del dolor neuropático, control de la espasticidad muscular) o en el tratamiento del dolor neuropático de otras etiologías.



Cannador. Extracto estandarizado de cannabis de administración por vía oral y concentración de THC/CBD 1:1 y un 5% de otros cannabinoides.

Derivados farmacológicos de cannabinoides sintéticos



DRONABINOL (Marinol®). THC sintético disuelto en aceite de sésamo. Comercializado para el tratamiento de la anorexia-caquexia en pacientes con sida y para el tratamiento de las náuseas y vómitos secundarios a la quimioterapia antineoplásica.



CESAMET (Nabilone ®). Análogo del THC comercializado en cápsulas de 0,5 mg y 1 mg, para el tratamiento de las náuseas y vómitos secundarios a la quimioterapia antineoplásica.

Revisión análisis efectos médicos del cannabis Vs placebo.

79 EC (1975-2015)

- ❖ Evidencia de calidad moderada para apoyar el uso de cannabinoides para el tratamiento del dolor crónico y la espasticidad.
- ❖ Pruebas de baja calidad que sugieren que los cannabinoides se asociaron con mejoras en las náuseas y los vómitos debido a la quimioterapia, el aumento de peso en la infección por VIH, los trastornos del sueño y el síndrome de Tourette.
- ❖ Se asociaron con un mayor riesgo de efectos adversos a corto plazo: mareos, boca seca, náuseas, fatiga, somnolencia, euforia, vómitos, desorientación, confusión, pérdida de equilibrio y alucinación.

Revisión sistemática sobre el tratamiento de dolor crónico neuropático no oncológico tratados con derivados farmacológicos del cannabis (2016-2021)

Existe una mejoría significativa del dolor, así como de la calidad de vida, con escasos efectos adversos secundarios y se pueden considerar como un tratamiento coadyuvante o de tercera línea. Los estudios valorados son de calidad media o baja y no permiten concluir que exista una evidencia suficientemente contrastada acerca de la eficacia de estos derivados en el tratamiento del DCN.

En ningún caso estos estudios avalan el uso medicinal de los derivados de la planta del cannabis, como el hachís, marihuana, aceite de cannabis, etc., ya que estas son drogas sin control farmacológico alguno.

El Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (NIDA)

«Hasta el momento, los investigadores no han llevado a cabo suficientes ensayos clínicos a gran escala que muestren que los beneficios de la planta de marihuana superan los riesgos para los pacientes que supuestamente van a tratar».

“No hay evidencias científicas sólidas de que la marihuana u otros derivados del cannabis tengan virtudes medicinales. Más aún, otro aspecto que los estudios sobre el uso médico del cannabis han mostrado es que los pacientes que lo consumen tiene un riesgo mucho mayor de efectos secundarios, incluyendo problemas serios como trastornos renales, hepáticos y psiquiátricos. No obstante, los más comunes son más leves: mareos, confusión y desorientación.

Sociedad Española de Patología Dual

La SEPD se posiciona con firmeza en contra del mensaje que atribuye al cannabis solo propiedades terapéuticas beneficiosas y niega los riesgos para la salud pública, trivializando su consumo.

“Debemos advertir de los peligros a los grupos vulnerables como las personas con antecedentes familiares o personales de psicosis, trastorno bipolar, déficit de atención o impulsividad”.

¿El uso ocasional puede tener riesgos?

Sí, por:

- ❖ Sustancias adulterantes
- ❖ Susceptibilidad individual. Vulnerabilidad a desarrollar un cuadro de dependencia
- ❖ Patología concomitante
- ❖ Situaciones concretas (conductores, embarazadas, niños y jóvenes, etc.)

¡El cannabis no produce adicción. Puedo controlar!

Realidad: Existen estudios científicos que demuestran que su consumo continuado puede producir adicción, especialmente cuando se consume en la adolescencia y existe vulnerabilidad. Se sabe cuando se empieza pero no si será adicto después.

¡En menos perjudicial que fumar tabaco!

Realidad: El cannabis contiene muchos de los carcinógenos del tabaco y en mayor cantidad (un 50% más). Además, al fumarlo sin filtro y con aspiraciones profundas aumenta los riesgos.

Tiene efecto broncodilatador, lo que favorece la absorción de las sustancias tóxicas, y también es perjudicial para los fumadores pasivos.

¿Cómo responder a las preguntas de los familiares?



¿Es peligroso para los fumadores pasivos?

Sí, por:

- ❖ El humo, como con el tabaco contiene cientos de sustancias tóxicas que se absorben al respirar.
- ❖ Si se respira en un ambiente cerrado, la absorción puede ser importante y dar positivo en control de drogas.
- ❖ En niños pequeños y en fumadores pasivos habituales puede generar daños importantes.

LOS PORROS Y EL HUMO DE 2ª MANO

St



Fumar porros tanto en espacios cerrados y abiertos afecta a tu entorno y a las **personas y mascotas próximas**

El humo de 2ª mano de un porro contiene **sustancias** en fase **gaseosa** y en fase **sólida** (micropartículas en suspensión de 2'5 micras) en cantidad = o > que en el humo de tabaco


El **tetrahidrocannabinol** presente en el humo de 2ª mano puede generar **psicoactividad** a personas expuestas al humo del porro de forma **involuntaria**, dependiendo de la concentración y tiempo de exposición

Los gases y partículas derivadas de la combustión de **tabaco** industrial (600 aditivos identificados) **mezclado** con **cannabis** genera un **PLUS** de toxicidad al derivado de la combustión del cannabis.

En los espacios cerrados donde se fuman porros (lonjas, clubes, domicilios...) el humo depositado contamina **superficies, objetos y alimentos**.


El humo del porro puede ser una **molestia** para las personas que te rodean. Hay quién puede considerar tu humo como un **agresión**.

evict

FINANCIACIÓN POR

SECRETARÍA DE ESTADO DE SALUD Y CONSUMO

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Fuente: Proyecto EVICT Evidencia cánnabis tabaco. <https://evictproject.org/>

¿Qué debo hacer en caso de sospecha de consumo?

Hay que

- ✓ Dialogar.
- ✓ Dar la importancia justa
- ✓ Creer lo que se ve
- ✓ Compartir la preocupación
- ✓ Confrontar
- ✓ Supervisar sin presionar

NO se debe

- ☐ Juzgar
- ☐ Dramatizar
- ☐ Negar la evidencia
- ☐ Ocultar información
- ☐ Encubrir
- ☐ Agobiar con reproches

¿Qué debo hacer en caso de evidencia de consumo?

Hay que

- ✓ Dialogar y analizar ...
- ✓ Mantener el autocontrol emocional.
- ✓ Ofrecer ayuda ...
- ✓ Mostrarle su afecto ...
- ✓ Dedicarle más tiempo ...
- ✓ Entender que se está ante una persona que tiene problemas ...

NO se debe

- ☐ Desesperarse
- ☐ Culpar
- ☐ “Echarle en cara” todo lo hecho por él o ella.
- ☐ Convertirse en su perseguidor/a.
- ☐ Utilizar el castigo como único recurso
- ☐ Acosarle continuamente ...

¿Cuándo debemos realizar una valoración? ¿Cuándo iniciar tratamiento?

- En el momento que el propio paciente piense que sus consumos pueden estar siendo el origen de algunos problemas
- Cuando la familia detecte que existen conflictos por el uso de cannabis.

- Aunque a veces no exista una clara conciencia de enfermedad o no se reconozca, el propio paciente suele ser consciente que los consumos que realiza son problemáticos o ya le están generando complicaciones y conflictos (discusiones familiares, gastos excesivos, conducir bajo el uso de sustancias, ausencias injustificadas en el trabajo, cansancio, paranoias, ... etc.).
- Su entorno familiar también lo sabe, pero el paciente se escuda o se justifica en que “todos consumen”, “es normal”, “yo controlo”, “lo dejo cuando quiero”...
- Pero cuanto más se tarde en afrontar el problema más difícil será su control y mayores serán los daños producidos.

¿Cómo actuar si el paciente no acepta su adicción y no desea acudir a un especialista?

Plantear pormenorizadamente las realidades importantes que presenta en relación con el consumo

Intentar persuadirle para que realice una visita de valoración, aunque sea solo una, y después decida

Escuchar reflexivamente con preguntas evitando la confrontación

Pactar. Exigirle, cuando sea posible, acudir a consulta. “El tratamiento no tiene que ser voluntario para ser eficaz”

Límites claros

Cariño

A modo de conclusión:

- ✓ El consumo de cánnabis es una realidad, sobre todo en jóvenes: el 48% consumen a los 18 años, el 18-20% tienen consumo habitual.
- ✓ Es una enfermedad que se puede tratar. Tenemos que tratarla: es nuestra responsabilidad como profesionales de la salud.
- ✓ Hay que integrarla en la Cartera de Servicios, igual que HTA, diabetes, EPOC, obesidad, tabaco, ...
- ✓ Es una enfermedad desagradecida, porque suele tener muchas recaídas, y no nos enteramos cuando somos eficaces, pero a 5 años hay una expectativa de mejora del 50%, como en el cáncer.
- ✓ Haced algo - lo que podáis - podemos hacerlo. Al menos siempre intervención mínima: *consejo breve de salud sobre cánnabis*. El futuro pondrá en valor todo lo que ahora hagáis.
- ✓ Sería ideal que en cada Centro de Salud se pudiera organizar una consulta monográfica donde los diferentes profesionales del centro implicados puedan acoger al paciente, realizar la historia clínica, aportarle información y documentación e integrar esta asistencia en el centro de Atención Primaria.

Bibliografía

Álvarez F. et al. ACTUALIZACIÓN SOBRE EL POTENCIAL TERAPÉUTICO DE LOS CANNABINOIDES, Sociedad Española de Investigación sobre Cannabinoides, 2009.

Arias F, Szerman N, Vega P, Mesías B, Basurte I, Rentero D. TRASTORNO BIPOLAR Y TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS. ESTUDIO MADRID SOBRE PREVALENCIA DE PATOLOGÍA DUAL. Adicciones. 2017;29(3):186-194.

Bertram, J et al. CANADIAN GUIDELINES ON CANNABIS USE DISORDER AMONG OLDER ADULTS, Canadian Geriatrics Journal: CGJ vol. 23,1 135-142. 30 Mar. 2020, doi:10.5770/cgj.23.424

Bobes J and Calafat A. MONOGRAFÍA CANNABIS. Adicciones. ISSN 0214-4840, Vol. 12, Nº. 2, 2000: Suplemento.

Bowen LL and McRae-Clark AL. THERAPEUTIC BENEFIT OF SMOKED CANNABIS IN RANDOMIZED PLACEBO-CONTROLLED STUDIES. Pharmacotherapy, 2018;38(1):80-85. doi: 10.1002/phar.2064.

Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. INFORME CANNABIS. 2009: <https://pnsd.sanidad.gob.es/ca/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/CannabisII.pdf>

Díaz-Soto C et al. CANNABIS, ESQUIZOFRENIA Y COGNICIÓN, APORTES DE LA CONECTIVIDAD CEREBRAL. Adicciones vol. XX, nº X · 2020.

Miller W.R. y Rollnick S. LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL. AYUDAR A LAS PERSONAS A CAMBIAR. 3ª edición. Paidós 2015.

Cánnabis. Delegación del gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad. 2025
<https://pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/informacion/cannabis/home.htm>

Dossier informativo: Cánnabis. Preguntas, respuestas y dudas. Tolo lo que sabemos a tu disposición. DGPNSD, Ministerio de Sanidad. 2024. [https://pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/dosieresinformacion/pdf/20240111_Dossier Cannabis preguntas respuestas dudas.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/dosieresinformacion/pdf/20240111_Dossier_Cannabis_preguntas_respuestas_dudas.pdf)

Bibliografía

Genen L. CANNABIS-RELATED DISORDERS, 2017. Disponible en:

<https://emedicine.medscape.com/article/286661-print>

National Institute of Health. LA MARIJUANA. National Institute on Drug Abuse. Disponible en:

<https://www.drugabuse.gov/es/informacion-sobre-drogas/la-marihuana>

López I; Oñate J; Peñalver JA. GUÍA DE PREVENCIÓN. ORIENTACIONES A LOS PADRES PARA PREVENIR LAS DROGODEPENDENCIAS. Consejería de Sanidad. 2002. Disponible en:

<https://sms.carm.es/ricsmur/handle/123456789/4215>

Rentero D, et al. PSICOSIS INDUCIDA POR CANNABIS: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SU DIFERENCIACIÓN CON LA ESQUIZOFRENIA CON Y SIN CONSUMO DE CANNABIS ASOCIADO. Adicciones vol. XX, nº X. 2020.

Torres L. M et al. POTENCIAL TERAPÉUTICO DE LOS CANNABINOIDES. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2013; 20(3): 132-136. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462013000300005&lng=es

EL CÁNNABIS, Sección de Educación para la Salud, Dirección General de Sanidad, Consejería de Sanidad. Murcia 1999.

<https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/49432-CANNABIS.PDF>

Cannabinoides sintéticos, Todo lo que sabemos a tu disposición. Ministerio de Sanidad, Secretaría de Estado de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 2025.

https://pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/dosieresinformacion/pdf/20250411_Dossier_Cannabinoides_Sinteticos.pdf

Gracias por su atención

