

Financiado por:



GUÍA PRÁCTICA

CANNABIS

con **LUPA**

GUÍA PRÁCTICA

CANNABIS con LUPA

Marina Rodríguez Ródenas
Raquel Maroto Rodríguez

ÍNDICE



Edición:
Junio 2020

Edita:
CONCAPA
Alfonso XI, 4 - 5º
28014 Madrid
www.concapa.org

Autoras:
Marina Rodríguez Rodenas
Raquel Maroto Rodríguez

Deposito Legal:
M-13266-2020

ISBN:
978-84-09-20658-2

Imprime:
Suministros Integrales Distripaper, S.L.

PRESENTACIÓN	5	
1. EL CANNABBIS	7	
• Evolución histórica	8	
• Sus componentes y cómo actúan	11	
2. EL CANNABIS EN CIFRAS	15	
• Consumo y consumidores	19	
• Inicio en el consumo	20	
• Mantenimiento y dependencia: patrones de consumo	22	
• Perfil de consumidores	24	
3. LOS ADOLESCENTES Y EL CANNABIS	27	
• Por qué consumen	27	
• Como consumen	30	
4. EFECTOS Y RIESGOS DEL CANNABIS	33	
• Efectos en el organismo	34	
• ¿Es el consumo de cannabis un factor de riesgo para desarrollar psicosis?	37	
5. EL CANNABIS EN LA FAMILIA	39	
• Detección	39	
• Prevención	41	
• Consejos para hablar de drogas	43	
• Intervención	46	
• Legalización en Canadá	50	
6. TESTIMONIOS, FALSOS MITOS	53	
• Testimonios	54	
• Falsos mitos	56	
7. GLOSARIO	57	
8. BIBLIOGRAFÍA	58	
PARA MÁS INFORMACIÓN	60	

PRESENTACIÓN



El consumo de cannabis en nuestro país es el **mayor** de entre todas las sustancias ilegales registradas (EDADES 2017-2018 /PNSD). Es la más consumida en todas las franjas de edad tal y como refleja el Informe Anual del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones de 2019 y cuya prevalencia anual en su utilización entre los 14-18 años es del 26,3%, según el último **ESTUDES** del Plan Nacional sobre Drogas 2017.

Una tendencia estable de consumo en los últimos años sumado a la baja percepción del riesgo, la posiciona claramente como la sustancia ilegal que se percibe como más asequible, lo que se refleja en la amplia extensión de sus redes de distribución y consumo en el conjunto social. Nos encontramos pues, ante una sustancia que disfruta de una relativa aprobación, es asequible, y cuenta con el beneplácito del medio social, siendo su potencial consumo parte importante del conjunto de acciones con el que los adolescentes y jóvenes se inician en el ocio recreativo.

Así se reconoce en la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 que desde hace unos años en España, el mayor número de admisiones a tratamiento por consumo de sustancias se debe al cannabis, por delante de la cocaína y la heroína.

Las urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de cannabis siguen aumentando, así como su presencia en los análisis toxicológicos de los fallecidos

por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Por ello nuestra Guía "*Cannabis con lupa: Guía práctica*", va dirigida principalmente a los padres con hijos adolescentes; pretende cubrir esa brecha entre el efecto real de los consumos y la opinión favorable entre los usuarios, para proveerlos de conocimientos y criterios con los que abordar ese patrón hegemónico de ingesta en el contexto del ocio.

Desde **CONCAPA**, y en plena colaboración con las líneas de actuación marcadas por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, entendemos que es necesario apoyar a las familias en esos momentos, con orientaciones claras y prácticas, no solo para evitar los riesgos desestructuradores como consecuencia de los consumos, sino porque consideramos imprescindible que los padres aprovechen educativamente estas situaciones que poseen un gran potencial estratégico en la socialización de sus hijos.

La Guía tratará de ofrecer criterios y pautas de actuación a los padres con un lenguaje y metodologías claras y aplicables a su contexto familiar. Igualmente, con las acciones previstas se pretende ofrecer una información veraz, creíble y realista a los propios menores respecto al cannabis. El programa, pretende desmontar la inocuidad del consumo de la sustancia idealizada por el adolescente, alentada en parte por la errónea interpretación de los actuales debates sobre su legalización.



1. EL CANNABIS

El cannabis, es una planta considerada de género monotípico, procedente de la familia Cannabaceae. **¿Qué significa que es de género monotípico?** Significa, que existe una sola especie en el género "cannabis", aunque comúnmente se puede hablar de subespecies que son: *sativa*, *índica* y *ruderalis*. Entre ellas, existen especificidades acerca de sus propiedades psicotrópicas y de su cuidado, lo que hace más propicio su cultivo en una u otra parte del mundo...

El Cannabis sativa contiene además de THC otros cannabinoides, como son: el cannabinoil, el cannabidiol (CBD), el ácido cannabidólico, el cannabidol y el cannabigerol (CBG). En total, se han identificado en la planta unos 60 cannabinoides y unos 200 compuestos químicos. La marihuana o picadura de Cannabis es la sustancia ilegal psicoactiva de la que con más frecuencia se abusa, como veremos en esta guía, variando desde un posible consumo ocasional, hasta un consumo compulsivo.

Aunque la planta Cannabis sativa ha sido empleada desde la más remota antigüedad con fines medicinales, uno de sus derivados, la marihuana, se ha convertido en la droga de uso ilegal más consumida en el mundo, cuyo principal componente psicoactivo es el tetrahidrocannabinol (THC).

1.1 Evolución HISTÓRICA

La utilización y consumo de la *Cannabis Sativa*, ha estado presente desde los primeros albores de la humanidad. Un breve recorrido desde la Antigüedad, hasta nuestros días, nos muestra cómo se ha indagado de forma muy diversa en torno a las propiedades de esta planta procedente de la familia *Cannabaceae*.

En la Antigüedad, se trató de aprovechar las propiedades curativas constatadas a partir de su aplicación práctica y su consumo, aunque siempre limitados por los conocimientos médicos de la época.

La civilización pionera por excelencia que avanzó en el tratamiento de la Cannabis sativa, fue la **asiática**. En China, su uso comenzó hace unos cinco mil años; en aquel entonces, su cultivo estaba relacionado principalmente con la obtención de la fibra y el aceite de sus semillas, y también comenzaron a usarla en medicina.

Los hindúes también comenzaron a usar las propiedades de la planta en el año 2.000 a.C., sin embargo, para ellos era un recurso en ritos religiosos; las propiedades medicinales que pudieran obtener, las ligaban a la bondad de los dioses que obraban tras los rituales en su favor. Aún así, la cultura hindú fue una de las más avanzadas en el conocimiento de los efectos médicos del cannabis, ya que pudieron incluso relacionarlo con alteraciones vinculadas con el sistema nervioso, tal y como en la actualidad se conoce

la actividad cannabimimética cerebral, siendo paliativo de dolores, fatiga, calambres, convulsiones infantiles...

La Edad Media no supuso ningún avance histórico en relación con los aspectos médicos o recreativos de la *Cannabis sativa*. El cáñamo comenzó a cultivarse en Inglaterra para la obtención de fibras en el 500 d.c., introduciéndose así en Europa para los primeros usos. En la cultura árabe adquirió el hachís una gran reputación como droga opiácea entre los más pobres.

Ya en la **Edad Moderna y Contemporánea**, Europa se inicia en el consumo del



cannabis a partir de su llegada a la Península Ibérica por el norte de África, al ser conquistada por los árabes, aunque no es hasta en el siglo XIX, cuando realmente aparecen los primeros datos contrastados sobre el cannabis.

Gran Bretaña, partiendo ya de su uso histórico, popularizó su consumo en relación con sus propiedades curativas. Fue un médico británico residente en la India como médico del ejército colonial llamado O'Shaughnessy, quien divulgó su aplicación médica en dolencias como la rabia, el reumatismo, la epilepsia y el tétanos.

La primera vez que se describieron las propiedades intoxicantes del cannabis, fue en 1840 por el médico y padre de la psicofarmacología, **Jacques-Joseph Moreau**, quien autoingirió 30 gramos de una preparación con este compuesto junto con edulcorantes. Moreau describió los ocho síntomas como

“Inexplicables sentimientos de felicidad, disociación de ideas, errores en la apreciación del tiempo y del espacio, exacerbación del sentido del oído, ideas fijas, alteración de las emociones, impulsos irresistibles e ilusiones o alucinaciones”¹

En América el cannabis fue introducido en los Virreinos de Méjico y Perú por los colonos españoles, mientras que en Canadá y en EEUU, lo fue por la llegada de los colonos ingleses y franceses.

En las décadas de los 40 y 50 del siglo pasado, el cannabis fue consumido por sectores pobres de la población americana, como los afrodescendientes en

¹(Ramos Atance J.A et al.,2000)

Nueva Orleans en el entorno de su cultura del jazz, y en los 60 y 70 como sustancia euforizante que acompaña en paralelo al auge de la cultura hippie, aunque no sólo de forma recreativa ya que los médicos estadounidenses imitaron a sus colegas británicos y aplicaron el cannabis para los usos médicos ya conocidos.

¿Y ahora? A lo largo del presente siglo, hemos visto como se ha ido debilitando su uso médico aun a pesar de la insistencia en sus propiedades curativas, debido en gran parte a la imposibilidad de aislamiento de los componentes del cannabis, ya que hay que partir de la planta en forma cruda o a través de sus extractos, no pudiendo reproducir siempre sus resultados en laboratorio por su compleja composición química.

Encontramos antecedentes en los campos de la neurociencia y la psicoterapia donde el cannabinoide ha resultado efectivo en pacientes con neurosis, produciendo grandes dosis de euforia, sin

embargo, no con suficiente fuerza para que hoy en día se considere un remedio eficaz.

Actualmente, Alemania es el único país europeo que ha avanzado en la dirección de la permisividad del cannabis para fines terapéuticos a partir de una reforma legislativa en 1988. En 1997, Gran Bretaña mediante un subcomité de la Cámara de

La sociedad del siglo XXI, ha adoptado esta planta como sustancia recreativa de forma generalizada.



los Lores, lanzó una investigación acerca del uso del cannabis con fines médicos y recreacionales, siendo el informe positivo y resaltando su valor médico para el alivio del dolor y los síntomas de la esclerosis múltiple.

En 1972, el Congreso de los Estados Unidos creó el "National Institute on Drug Abuse" (NIDA) para la prevención y el tra-

tamiento de las drogas de abuso. Uno de sus objetivos fue el desarrollo de un programa de investigación sobre las propiedades médicas y biológicas de la marihuana. Como resultado de sus estudios, se ha abierto una nueva etapa en el conocimiento de los cannabinoides por la que sabemos que la adicción tiene componentes biológicos, conductuales y sociales.

Sus componentes 1.2 Y CÓMO ACTUAN

El cannabis contiene supuestos psicoactivos denominados cannabinoides, que actúan en el sistema nervioso a través de receptores específicos de membrana, los receptores CB-1, situados en el sistema de recompensa cerebral. **¿Esto qué significa?**

En las adicciones, la dopamina es el neurotransmisor principal, ya está reconocido su papel protagonista en los estados de placer y motivación.

El deseo de un refuerzo, puede representar un indicador de afecto o preferencia

(refuerzo positivo), que en el caso del consumo de drogas de abuso lo representa la búsqueda de un sabor, de efectos euforizantes o sensaciones subjetivas agradables una vez consumida.

La generación de dopamina en los consumidores, provoca que baje el umbral de recompensa cerebral. El **circuito de recompensa cerebral** es el conjunto de mecanismos por el que, ante determinados estímulos, nuestro sistema nervioso nos hace sentir una sensación de placer a través de la secreción de dopamina y otros neurotransmisores.

Los cannabinoides activan las neuronas mesotelencefálicas que son las responsables de generar neuronas dopaminérgicas.



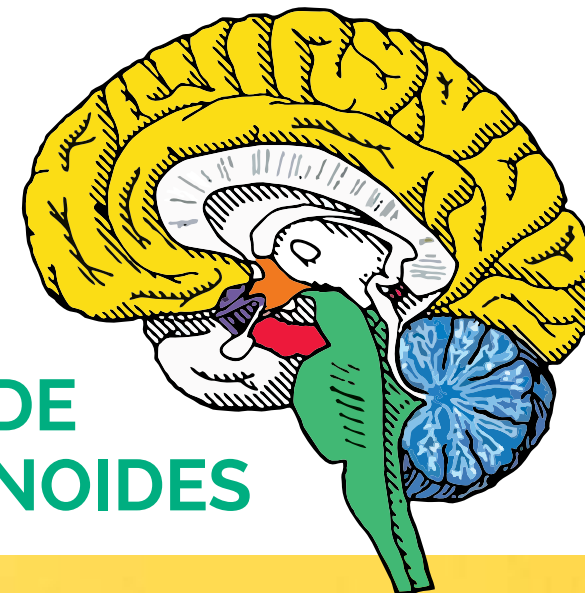
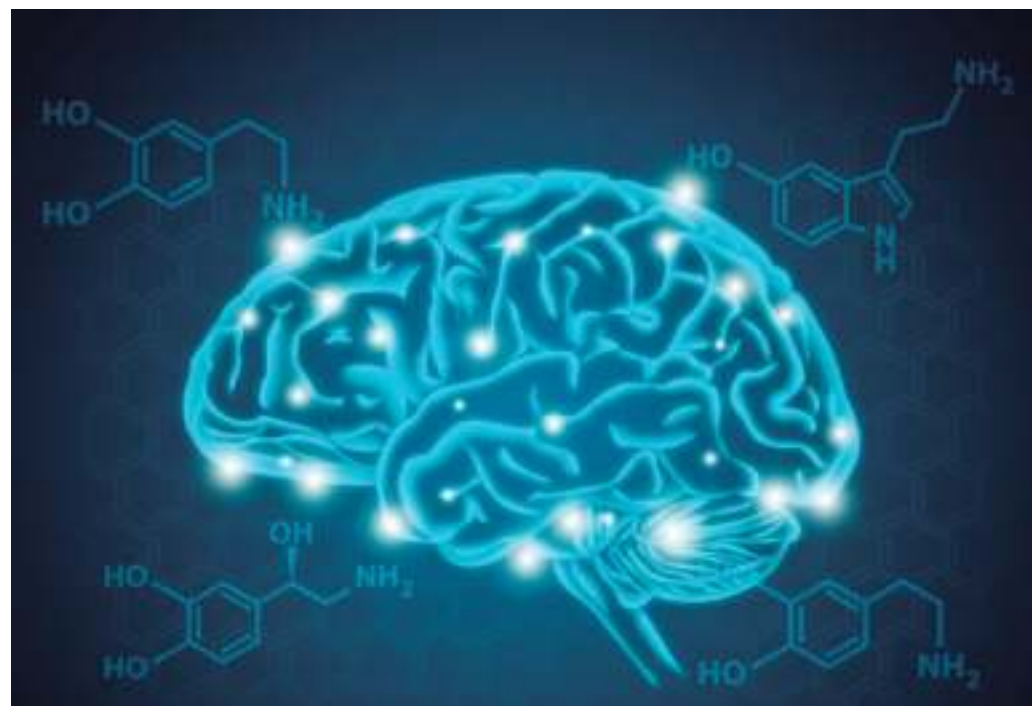
Por tanto, los consumidores de cannabis experimentan un incremento de la sensación de bienestar, euforia, relajación y alivio de ansiedad con el consumo. Con el objetivo de alcanzar esa sensación tan placentera, aumentan la frecuencia del mismo, generando así una conducta adictiva.

Y ¿cómo actúan los cannabinoides? Tras el consumo del cannabis por vía pulmonar (fumado), los niveles de THC aumentan en pocos minutos tras haberse llevado a cabo el consumo del cigarro, porro o canuto.

Al ser inhalado, el THC se adhiere a las proteínas plasmáticas (de la sangre) en un 90%, y se reparte por el tejido adiposo, del cual se va liberando poco a poco al torrente sanguíneo. Se calcula que el

THC, se metaboliza principalmente en el hígado y suele tener una vida biológica de entre 19 y 36 horas, ya que al adherirse al tejido adiposo, y a su liposolubilidad, es más difícil su eliminación completa por el organismo; debido a su lento proceso de absorción observamos que los efectos se hacen sentir incluso después de varios días de haber consumido hachís o marihuana.

En un fumador habitual de cannabis, la vida media del THC en su organismo hasta que es eliminado completamente oscila entre 3 y 7 días, por ello, las capacidades para el estudio y el trabajo pueden verse mermadas debido a estos residuos.



Zonas del cerebro con mayor número de **RECEPTORES DE LOS CANNABINOIDES**

RECEPTORES	EFFECTOS TRAS SU CONSUMO
CORTEZA CEREBRAL	
Encargada de funciones como la memoria, el pensamiento, la concepción perceptual y la conciencia	Conciencia alterada, distorsiones perceptuales, disfunción de memoria, delirios y alucinaciones ocasionales.
HIPOTÁLAMO	
Controla procesos del metabolismo como el apetito	Aumento del apetito
TRONCO ENCEFÁLICO	
Gestiona muchas funciones básicas, como la excitación, el reflejo del vómito, la presión arterial o el ritmo cardíaco. También afecta a la sensación de dolor, la tonificación muscular y el movimiento.	Alivio de las náuseas, aumento del ritmo cardíaco, reducción de la ansiedad y bloqueo de recuerdos traumáticos.
HIPOCAMPO	
Vital para el almacenamiento de la memoria y el recuerdo	Pérdida de memoria y recuerdos.
CEREBELO	
Regula coordinación y control muscular	Espasticidad reducida, y dificultad de movimiento.
AMÍGDALA	
Tiene mayor incidencia en las emociones.	Ansiedad y pánico en algunos casos.

²(Nora et al., 2014)

2. El cannabis **EN CIFRAS**

Para tratar este punto de la guía, vamos a tomar como referencia entre otros, dos de los estudios que realiza el Ministerio de Sanidad, en concreto la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas: la encuesta **ESTUDES** (2018-2019), en adelante **ESTUDES**, y la **EDADES 2017**, con el último informe de marzo de 2019.

El EDADES, es la encuesta que recoge las tendencias de la población desde los 15 a los 64 años en cuanto a consumos adictivos, proporcionando así una visión general del conjunto social en el que enmarcaremos los siguientes datos. La encuesta ESTUDES, se lleva realizando por el Plan Nacional sobre Drogas desde 1994 bianualmente a estudiantes de Enseñanzas Secundarias de **14 a 18 años** en



El cannabis es la tercera droga más consumida por los adolescentes españoles detrás del alcohol y el tabaco.



toda España, siendo una muestra representativa y sobre la que basar las futuras hipótesis y conclusiones de esta Guía.

El **cannabis es la tercera droga** más consumida por los adolescentes españoles detrás del alcohol (77,5 %) y el tabaco (38,5 %), habiendo consumido cannabis alguna vez en la vida un 33 % de los encuestados. EDADES también nos confirma este dato, posicionando al cannabis como la droga ilegal más consumida, seguida del alcohol, el tabaco y los hipnosedantes con una edad media de consumo de 34 años.

Según el informe, **los hombres son los mayores consumidores de drogas ilegales**, y las mujeres, de drogas legales.

Esta tendencia del auge en el consumo del cannabis, la llevan notificando desde 2016. El 27,5% de los estudiantes encuestados admite haber consumido cannabis en los últimos 12 meses, siendo ésta la prevalencia más alta desde 2010. Analizando el tramo temporal de los últimos 30 días, las mujeres estudiantes de 16 años que confirman un consumo habitual de cannabis representan el 19,3%, dato que ha aumentado con respecto al año 2016, cuando la registrada fue de un 18,3%.

toda España, siendo referente nacional de la situación y las tendencias de consumo de drogas y otras adicciones. Por ello, se adecua plenamente al perfil al que en esta guía hacemos referencia, los adolescentes.

En concreto, en este último informe, se refiere a más de **38.000 estudiantes** repartidos entre 917 centros educativos de

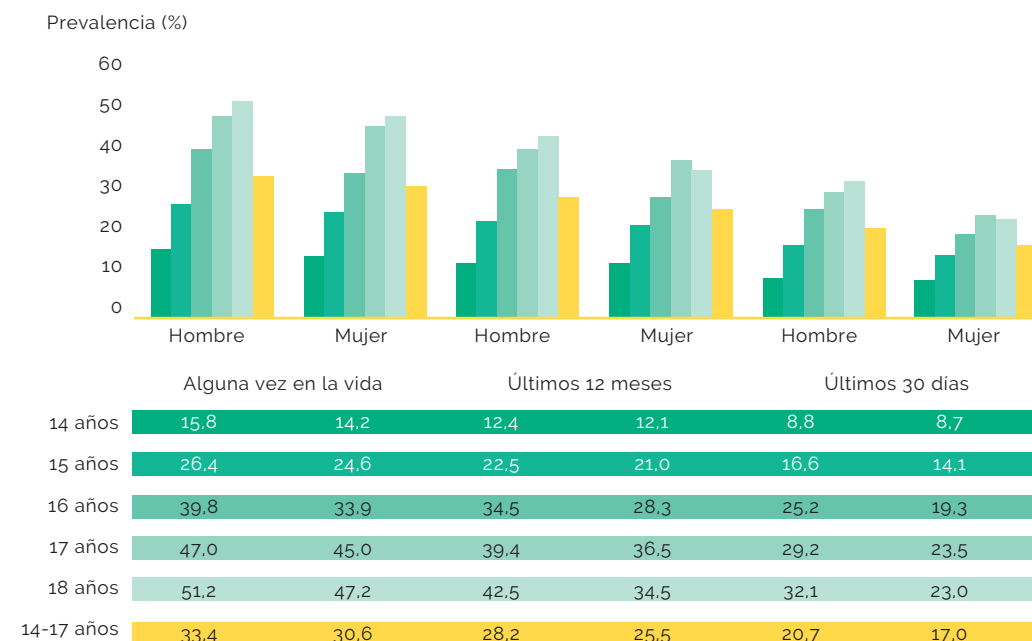
En función de la edad, la persistencia en el consumo de cannabis disminuye a medida que aumenta la edad, situación que se da tanto en hombres como en mujeres. Así, la máxima prevalencia para ambos sexos se da en el colectivo de 15 a 24 años, donde el 20,4% reconoce haber consumido cannabis en el último año.

La incidencia del consumo de cannabis permite saber cuántos estudiantes de 14 a 18 años comenzaron a consumirlo en el último año. Ésta se calcula sobre una base formada por los estudiantes que nunca han consumido cannabis y aquellos que comenzaron su consumo en los

últimos 12 meses, para así dimensionar, cuánto suponen éstos últimos sobre dicha base. En 2018 han empezado a consumir cannabis **222.000 estudiantes**, siendo ligeramente mayor el número de alumnas que el de alumnos.

Por tanto el perfil del adolescente consumidor de cannabis es: varón, entre los 14 y 18 años, con un consumo fáctico mensual, con propensión a realizar pellas e incluso repetir curso y en su mayoría policonsumistas.

PREVALENCIA DE CONSUMO DE CANNABIS ENTRE LOS ESTUDIANTES DE ENSEÑANZAS SECUNDARIAS DE 14 a 18 AÑOS, SEGÚN SEXO Y EDADES (%). ESPAÑA, 2018



Fuente: OEDA. Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias de España (ESTUDES).

Consumo y 2.1 CONSUMIDORES

En este apartado, presentamos una descripción de los diferentes consumidores de cannabis y sus rasgos socio demográficos. Si bien es cierto que podemos ser conocedores de la realidad de nuestras casas y nuestras familias, hoy en día, y en relación a la falsa inocuidad concebida del uso de esta droga, es muy difícil apreciar signos latentes y destacados en un adolescente que consume cannabis. Esta droga es accesible para el general de la población adolescente, y no muestra -en

un consumo moderado, u ocasional- signos físicos visibles en los consumidores tal y como ocurría con la heroína o la cocaína, de ahí la necesidad de estar alerta y bien informados.

Uno de los factores a tener en cuenta para poder realizar esta segmentación, **es la incidencia³** ya que proporciona información sobre los procesos de iniciación en el consumo de las diferentes sustancias, y en el caso de que algunas antecedan o sigan al de otras³.



³La incidencia mide el índice de consumo de drogas por primera vez en la vida. Este valor resulta útil para dirigir de forma adecuada las actividades preventivas así como para controlar la iniciación en el consumo de drogas, tal y como exigen la estrategia y el plan de acción de la UE. Obtener la información adecuada sobre las circunstancias asociadas a la incidencia y los cambios observados en ella es de vital importancia para el trabajo de prevención. (Hartnoll, 2002)

2.2 Inicio en el CONSUMO

La sustancia por excelencia que encabeza los inicios de consumo a más temprana edad, siempre ha sido el **alcohol**. En la última encuesta ESTUDES, lo sitúa en los 14 años, junto con el tabaco y los hipnosedantes con o sin receta. El inicio y la persistencia en el consumo de estas drogas, va a influir en el desarrollo de la adicción del adolescente con respecto al cannabis, dado que es una droga que va ligada comúnmente al policonsumo de otras sustancias psicoactivas.

LOS PATRONES DE POLICONSUMO DEL CANNABIS CON OTRAS DROGAS

Como con el alcohol o el tabaco, podemos extraer además ciertas conclusiones sobre los periodos de inicio en el consumo:

- ➔ Los adolescentes que **se inician** en el consumo de alcohol, tardarán de media más de dos años en iniciarse en el consumo de cannabis.
- ➔ La edad de quienes **se inician a la vez** en el consumo de alcohol y de



cannabis, será más temprana en el consumo de cannabis, y más tardía en el consumo de alcohol que los del grupo anterior.

- ➔ Los que se iniciaron en el cannabis a la misma edad que con el alcohol, tienen más probabilidad de llegar a consumir habitualmente cannabis que los que se iniciaron antes con el alcohol (50% vs. 38%).
- ➔ La asociación entre la **secuencia de iniciación alcohol - cannabis** y frecuencia actual de consumo de cannabis es estadísticamente significativa. Al coincidir o anticiparse el consumo del cannabis respecto al alcohol, prevalece en el tiempo el consumo de esta sustancia.
- ➔ Por el contrario, iniciarse antes en el consumo de **tabaco o en el de cannabis** no muestra asociación estadística con la prevalencia del consumo de cannabis.
- ➔ El que los adolescentes que se han iniciado en el consumo de cannabis en este último año lo hayan hecho a los 14,9 años, mientras que los que han iniciado en el uso de otras **sustancias ilegales** como el éxtasis y las anfetaminas lo hayan hecho (en términos de valor promedio) a los 15,4 años, refuerza nuestra posición sobre que el cannabis es una "puerta de entrada" al consumo de otras sustancias más nocivas.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Que condicionan la edad de inicio del consumo de cannabis a los adolescentes:

- ➔ Se inician en el uso de cannabis a edades ligera y significativamente más tempranas **los varones**, aunque luego las mujeres tienen más tendencia a la persistencia. Esto se debe a que en principio los varones tienen más posibilidad de acceder a las drogas, pero que una vez las mujeres lo hacen, mantienen las mismas tendencias de consumo.
- ➔ Los individuos que se auto valoran como **malos estudiantes** se inician en el uso del cannabis a edades significativamente más tempranas. Esto es debido a las influencias dentro de los centros escolares, en los que el consumo de sus compañeros acelera exponencialmente la edad de comienzo.
- ➔ **La mala relación con los padres.** Se pone en valor la importancia de una buena comunicación y armonía con los padres, la habilidad para entablar esta comunicación, la interacción y la identificación con los padres.
- ➔ Los adolescentes procedentes de familias de **estatus económico bajo** se inician más temprano en el uso del cannabis. Por ello, debemos tener en cuenta que estos grupos poblacionales tienen patrones de consumo y factores de riesgo de iniciación propios, que se deben fundamentalmente a condiciones del entorno tales como la facilidad de acceso a las drogas.

2.3 Mantenimiento y dependencia **PATRONES DE CONSUMO**

Siguiendo las tendencias de consumo del cannabis, y de acuerdo con un estudio realizado por IREFREA (Instituto y Red Europeo para el Estado de los Factores de Riesgo) sobre el consumo y los consumidores de cannabis, podemos estimar que el cannabis, que se encuentra en el limbo entre las drogas legales e ilegales, posee un índice significativamente **más bajo de abandono** que el que obtienen

otras drogas ilegales como la anfetamina, el LSD, la cocaína o el éxtasis.

El cannabis es una de las drogas recreativas que se consume en un alto porcentaje de forma habitual o diaria, a pesar de que su componente principal, el tetrahidrocannabinol no se caracteriza por tener un efecto altamente adictivo, a diferencia de lo que ocurre con la nicotina en el tabaco.

El cannabis es una de las drogas recreativas que se consume en un alto porcentaje de forma habitual o diaria.



El cannabis es actualmente la **“droga de moda”** entre los adolescentes que la consumen en un ambiente recreativo, junto con las drogas legales por excelencia, al ser accesible para una amplia mayoría de ellos, con independencia de sus variables sociodemográficas.

Por lo tanto constatamos que:

- ➔ El consumidor del cannabis es el que más perdura en el tiempo, siendo de vital importancia el momento en el que el adolescente se inicie, ya que va a ser altamente probable su persistencia en este consumo cuanto más temprano sea su comienzo.
- ➔ Los que no se identifican como consumidores de riesgo, se iniciaron a los 16,2 años de edad, acortando tanto el periodo de consumo como el de los factores de riesgo asociados.
- ➔ Las mujeres que se perciben como buenas estudiantes, y que proceden de una clase media en donde han tenido una mayor relación con sus padres que han podido ejercer un mayor control sobre los hábitos de sus hijos, son el perfil que tiene mayor facilidad para dejar de consumir esta sustancia.
- ➔ Los jóvenes consumidores recreativos manifiestan mayor dificultad en abandonar las drogas legales - alcohol y tabaco- posicionando al cannabis en el tercer rango de dificultad para su abandono; comparten este patrón los consumidores experimentales y ocasionales.

➔ Los jóvenes consumidores de drogas ilegales (anfetaminas, LSD, éxtasis..) presentan por el contrario mayor dificultad en abandonar el cannabis frente a otras sustancias más lesivas, posicionándolo en el primer rango de dificultad.



2.4 Perfil de CONSUMIDORES

Con anterioridad, hemos desgranado los rasgos más relevantes del usuario medio de cannabis, que lo dibujaban como varón, de edad joven, con un historial académico malo. Sin embargo, es necesario llevar a cabo una distinción entre los posibles tipos de consumidores que existen en función de sus motivaciones, periodos de consumo y entorno social en el que lo hacen.

Si bien es cierto que el cannabis es una droga igual de poderosa con respecto a su capacidad de adicción que otras, hay

una gran cantidad de población que no requiere de tratamiento médico para la superación de la adicción.

Y como contraparte a esa población, cabe resaltar que la mayoría (78,6%) de los pacientes admitidos a tratamiento por drogas ilegales tal y como plasma el *Informe 2018 sobre Admisiones a tratamiento en España*, viven en hogares familiares (casas, pisos o apartamentos), mientras que los que vivían en instituciones fue del 2,2% y la de los que tenían un alojamiento precario o inestable (sin hogar), del 5,1%.



El modelo más frecuente (44,1%) de convivencia es la familia de origen, es decir, con los padres.

Por tanto, podemos distinguir distintos tipos de consumidores de cannabis, de acuerdo con el Glosario de términos de alcohol y drogas de la OMS:

- ➔ **Consumidores experimentales.** En general, hace referencia a aquellos sujetos que consumen por primera vez una droga determinada. Este término se refiere en ocasiones a un consumo extremadamente infrecuente o inconstante.
- ➔ **Consumidores sociales/moderados** Este consumo se lleva a cabo, tal y como su nombre indica "en compañía". Este patrón de consumo no suele estar asociado a un consumo problemático, y está relacionado con la costumbre y mediante formas socialmente aceptables conocidas como "consumo socialmente integrado" o un "consumo de riesgo bajo"
- ➔ **Consumidores de riesgo.** Estos, siguen un patrón de consumo recurrente, que les acaba causando daño a su salud. El daño puede ser a nivel físico (p. ej pérdida de memoria o aumento en el ritmo cardíaco) o mental (p. ej como ansiedad o conciencia alterada). El consumo perjudicial asociado, comporta a menudo, consecuencias sociales contrarias a las deseadas como p.ej. aislamiento social, depresión.



3. Los adolescentes y **EL CANNABIS**

Desde el modelo de la «elección racional» de la conducta adictiva, los beneficios de la adicción deben superar los costes de ésta para que el adolescente opte por continuar con el consumo. Por ello, es importante ser conocedores de las motivaciones que pueden llevar a los jóvenes a que tomen o no la decisión de

consumir cannabis y qué peso tienen en su vida esas variables.

Para entender adecuadamente lo que puede llegar a suponer el consumo de esta droga, son tan importantes las motivaciones como las formas de hacerlo, ya que ambas se configuran como un todo en el mundo cambiante del adolescente.

Los adolescentes buscan la experiencia del «high», una alteración del estado de conciencia que se caracteriza por cambios emocionales, alteraciones perceptivas, intensificación de experiencias sensoriales...



3.1 Por qué CONSUMEN

Desarrollamos a continuación algunas de las motivaciones que contribuyen a inclinar la balanza en la toma de decisiones y que van desde la mera curiosidad, hasta el hecho de querer transgredir las normas sociales.

➔ **La curiosidad, la necesidad de experimentar sensaciones nuevas.**

La propia psicología de los adolescentes hace que, debido al momento de cambios en el que se encuentran, busquen descubrir cosas nuevas que ellos consideraban ocultas en su niñez. No sólo hablamos de experiencias con las drogas, sino con la forma de interrelacionarse con sus semejantes, así como el modo en que van a ver a sus propios padres.

➔ **La rebeldía, la transgresión de las normas**

Los adolescentes son conscientes de que el consumo de cannabis es una con-

ducta ilegal, siendo para ellos, una forma de escenificar la transgresión de las normas, al igual que fumar o beber a edades tempranas. Rompen así las normas sociales que creen han sido impuestas por los adultos.

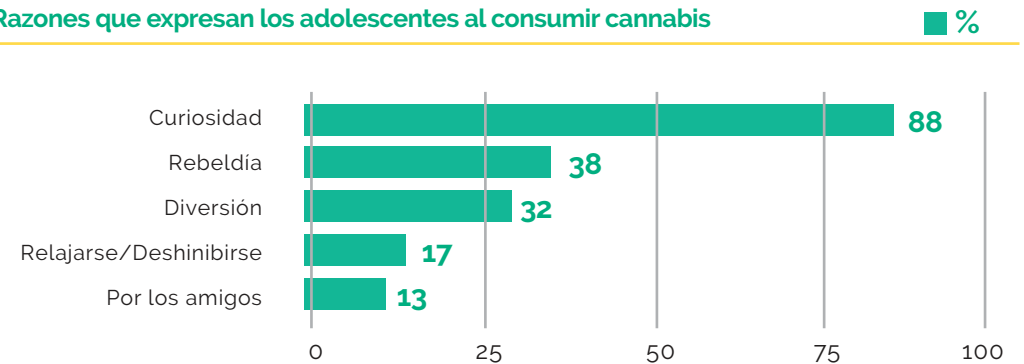
➔ **La diversión**

En la adolescencia, los padres deben ser conocedores de las actividades de ocio en las que participan sus hijos. No para controlarlos o entrar en pánico, pero sí para situarse, ya que el cannabis, junto con el alcohol y el tabaco forma parte del conjunto denominado "drogas recreativas", asociada al ocio que realizan los jóvenes durante los fines de semana.

Los adolescentes buscan en el uso recreacional la experiencia subjetiva de «high», una alteración del estado de conciencia que se caracteriza por cambios emocionales, alteraciones perceptivas,



Razones que expresan los adolescentes al consumir cannabis



intensificación de experiencias sensoriales y focalización del pensamiento en el aquí y ahora. En un contexto de consumo social el uso del cannabis se suele acompañar de risa contagiosa, incremento del habla y aumento de la sociabilidad.

➔ **La relajación y la evasión de los problemas de la vida cotidiana.**

Este motivo es especialmente peligroso ya que, los adolescentes que comienzan a consumir por curiosidad o cuando salen de fiesta, pueden acabar consumiendo cada vez que deben enfrentarse a algún problema o situación de estrés. En estos casos el ritual de consumo cambia, ya que se consume en soledad, y posiblemente desembocara en lo repetitivo y la pérdida de control.

Son distintas perspectivas sobre una misma situación por parte de los padres y de los jóvenes. Los adultos perciben a los jóvenes de una forma idealizada, inmersos en un mundo de oportunidades, con mucho por hacer; sin embargo muchos de ellos son vulnerables, carentes de modelos hacia donde orientar sus vidas que les ayuden a construir su propia identidad personal.

Por ello, sus vivencias dominadas por las dificultades para afrontar los diferentes retos de su vida, les acarrearán estrés, ago-

bio e inseguridad, derivando el consumo hacia una situación de dependencia.

➔ **La necesidad de sentirse aceptado e integrado en el grupo de iguales**

Para los adolescentes, el grupo de amigos tiene una importancia fundamental en sus vidas, superponiéndolos incluso a la familia. Ha de entenderse que el grupo es un núcleo en el que ellos se sienten comprendidos, aceptados tal como son y en el que se liberan de las cargas sociales y responsabilidades que les vienen impuestas muchas veces por los padres. De ahí que los amigos ejerzan una influencia en sus comportamientos, ideas y actitudes ante los distintos frentes de la vida.

Esta influencia, es equivalente a la llamada "presión grupal" ejerciéndose tanto en el momento de inicio, como en la prevalencia del consumo. El hecho de estar en la adolescencia, hace que quieran abandonar todo sentimiento de niñez, y por ello al rechazar una invitación a un porro, se sienten más niñ@s, o que no son tan amig@s del resto del grupo.

Es algo tan fácil de entender como que el ritual de consumo de esta droga consiste en compartirla, pasando entre los miembros del grupo el porro, así creando un sentimiento de unidad que es crucial para ellos en esta situación de crecimiento personal.

3.2 Como CONSUMEN

Cuando hablamos del modo de consumo del cannabis, todos asociamos una imagen muy concreta, y es la de un canuto o porro. Un porro suele contener entre 0,5 y 1 gramo de Cannabis (20% - 70% de THC).

Otro de los métodos usuales de consumo es la ingesta del propio cannabis, mediante la introducción de este en alimentos como pasteles, galletas... En este caso, los picos intracerebrales se alcanzan a las dos horas de su consumo aproximadamente, ya que se sufre un metabolismo de primer paso.

Sin embargo, hoy en día animamos a que los padres abran su perspectiva y sean precavidos en tanto que, aun siendo por excelencia la forma de consumo el canuto o porro, el cannabis se ha abierto a un mundo nuevo de vías de consumo, tal y como vamos a ver a continuación.

Un alto número de consumidores ha indicado que ha fumado principalmente marihuana (43,8%); este método de consumo es más popular entre las chicas y los consumidores de menor edad.

El segundo mayor porcentaje, (un 37%), está el conformado por consumidores de hachís cuyo número ha ido *in crescendo* en el último trienio.



Es, sin embargo, el cannabis consumido a través de los cigarrillos electrónicos, la nueva moda a tener en cuenta, alcanzando en el último ESTUDES un despuntante 5,4% que coincide con las tendencias actuales entre la población joven, que en base a mucha publicidad engañosa, alega inocuidad en este método de consumo, sin tener un conocimiento pleno de sus efectos.

Este sistema ha de tenerse especialmente en cuenta, ya que resulta muy fácil para los adolescentes, que lo incluyen dentro

de su estuche escolar, camuflado como un utensilio más, creando una sensación de "consumo continuo" independientemente del lugar en el que se encuentren.

En la mayor parte de la Union Europea, el cannabis no se asocia a un contexto social o recreacional exclusivamente. La percepción más generalizada en la población tiende a considerar el consumo del cannabis como un acto común y no desviado.

Y es que, esta sustancia no ha despertado lo que se denomina "*pánico moral*", como lo provocó el éxtasis a través de los medios de comunicación social, o la heroína en los años ochenta. Además, el consumo de cannabis, a diferencia de otras drogas, se sitúa en la esfera de lo privado, lo que impide ser el vínculo entre grupos muy diferenciados socialmente, como ocurrió con la heroína, donde el consumo callejero era el método por excelencia.

La principal elección de los consumidores es la mezcla de los derivados del cannabis con tabaco (87,1%), en ambos sexos y en todas las edades.



En cuanto a los instrumentos o métodos para el consumo del cannabis, tal y como enunciábamos, el porro o canuto es la forma más extendida (el 98,9% de los alumnos la han señalado), seguido del uso pipas de agua, "bongs", cachimbas o "shishas", aunque mucho menos habitual (11,9%).

4. Efectos y riesgos **DEL CANNABIS**

Los efectos de la inhalación del humo del cannabis son complejos y dependen de muchas variables (personalidad del consumidor, ambiente del consumo, expectativas del consumidor, dosis y frecuencia del consumo...). Como cuadro general nos encontramos que, con posterioridad a la inhalación del humo del cigarrillo de marihuana, se manifiestan una constelación de signos y síntomas que afectan a los aparatos cardiovascular, respiratorio, digestivo, ocular, a las funciones motoras y en gran medida, se sufren alteraciones en las funciones psicológicas, pudiendo incluso afectar el consumo crónico a la descendencia y producir cuadros psicóticos.

Los efectos tóxicos o adversos que se presentan con el uso del THC dependen principalmente de la ruta de administración, de la duración de la exposición, de la edad y del sistema inmunológico del individuo, así como del tipo de agente farmacológico empleado (marihuana cruda, THC sintético, delta-9-THC puro, etc.).

En el consumo de dosis elevadas, se produce una **intoxicación aguda, "bajón" o "amarillo"**. Estos episodios están caracterizados por una brusca caída de la tensión, con mareo, palidez y que suele ir acompañado de náuseas y vómitos e incluso la pérdida de conciencia en los casos en los que se hubiera mezclado con otras sustancias como alcohol u otras drogas.



4.1 Efectos en el ORGANISMO

Desglosamos sus efectos por aparatos:

De entre los efectos destacables en el **Sistema Nervioso Central**, bien sea fumado o por vía oral a corto o largo plazo, se encuentran:

- ➔ Distorsión de la realidad, euforia, disforia ...
- ➔ Cambios en la coordinación y la concentración.
- ➔ Retardo en la cognición y enlentecimiento psicomotor (Efectivos, hasta 24h tras su consumo)
- ➔ Disminución selectiva de las funciones cognitivas por destrucción neuronal.
- ➔ Somnolencia, mareos, pensamientos anormales, reacciones paranoides, ataques de pánico y ansiedad principalmente en personas mayores y mujeres.



El consumo agudo de cannabiodes provoca a nivel del **Sistema Respiratorio** un efecto broncodilatador. Su consumo

El consumo de hachís o marihuana en la adolescencia puede dificultar los procesos de desarrollo y maduración física, intelectual y afectiva. Las alteraciones que produce en la memoria y el aprendizaje pueden suponer el fracaso en el cumplimiento del aprendizaje y condicionar las posibilidades de adaptación social en el futuro.

crónico puede llegar a provocar alteraciones en la función pulmonar, aumento de prevalencia de bronquitis aguda y crónica e incluso alteraciones a nivel endoscópico y anatomopatológico predisponente para el desarrollo de eventos carcinogénicos.

Las posibles alteraciones en el **Sistema Cardiovascular**, tras el consumo a corto o largo plazo de THC, viene mediado por el sistema nervioso autónomo:

- ➔ El efecto más inmediato por cualquier vía de administración es el incremento de la frecuencia cardiaca (Taquicardia), aparece a los pocos minutos del consumo persistiendo más de 3 horas y es dosis-dependiente. Puede llegar a producir fibrilación auricular en pacientes predispuestos.
- ➔ Incremento de la presión arterial mientras la persona está sentada, pero disminuye cuando está de pie. Esto acompañado de los rápidos cambios posturales provoca una hipotensión or-

tostática, sintiendo el consumidor sensación de mareo e incluso desmayo.

- ➔ El riesgo de infarto de miocardio la primera hora tras el consumo de cannabis tiene una probabilidad de ocurrencia 4,8 veces mayor entre los sujetos consumidores que entre los no consumidores. Además hay descritos ataques isquémicos cerebrales transitorios inmediatamente posteriores al consumo agudo de cannabinoídes en consumidores.

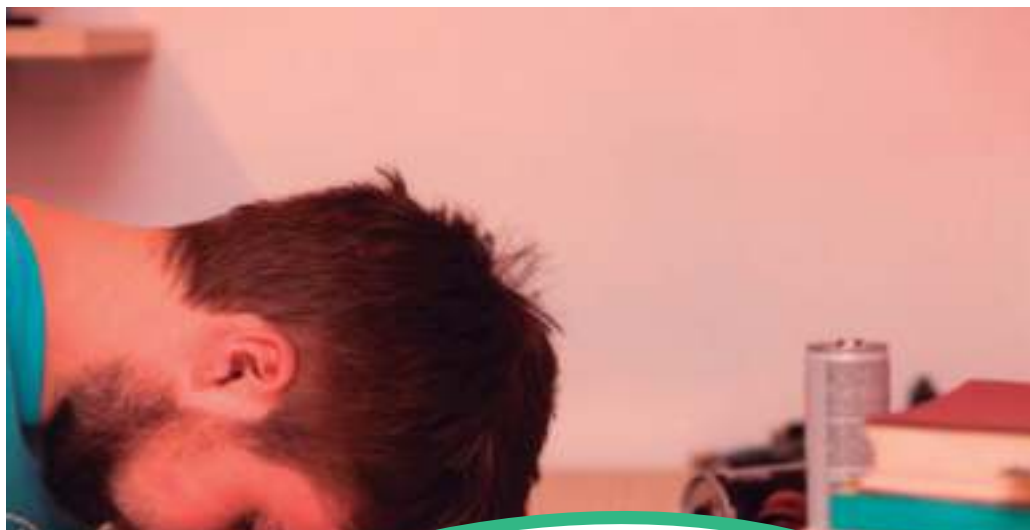
Por último, el consumo de cannabis **interfiere en el Juicio**, lo que puede conllevar conductas de riesgo (conducción bajo la influencia de los cannabinoídes, comportamientos sexuales arriesgados... etc.)

A modo ilustrativo, extraemos del estudio del Teniente Coronel Médico Especialista y autor Manuel Quiroga Gallego, en su ensayo *"Cannabis: efectos nocivos sobre la salud física"* y de Segarra en *"Efectos esperados y adversos del consumo de cannabis en sujetos dependientes de los tetrahidrocannabinoides"* un cuadro resumen de los mismos:

	Efectos nocivos agudos	Efectos nocivos crónicos
1. Sistema Nervioso Central	Retardo en la cognición Enlentecimiento psicomotor	Neuropsicológicos Neurofisiopatológicos Neurotoxicidad
2. Sistema Respiratorio	Broncodilatación inmediata, Obstrucción leve vías aéreas	Bronquitis, asma, laringitis Aumento de riesgo de cáncer pulmonar
3. Sistema Cardiovascular	Taquicardia Hipotensión ortostática	Angeítis obliterante Fibrilación auricular

Aunque no se encuentren recogidos en la tabla, el consumo de cannabinoides también produce ciertos efectos sobre más partes del cuerpo, como en el siste-

ma endocrino (efectos inhibitorios sobre el deseo y la respuesta sexual y disminución de la fertilidad) o el inmune (fracaso del mismo).



¿SABÍAS QUE....?

Los hijos de mujeres fumadoras crónicas de cannabis alcanzan un menor grado de desarrollo INTRAUTERINO y en la etapa POST-NATAL se comprueba una disminución de las funciones cognitivas, y la alteración de funciones como la cognición ejecutiva y la atención selectiva que incluso puede persistir hasta los 12 años de edad. Todo esto se suma al síndrome de abstinencia que experimenta el recién nacido (síndrome de abstinencia neonatal).

4.2 ¿Es el consumo de cannabis un factor de riesgo para **DESARROLLAR PSICOSIS?**

Como ya hemos visto anteriormente el consumo de cannabis puede producir una serie de síntomas psicóticos transitorios como ideas delirantes, paranoides, alucinaciones auditivas o visuales e incluso ideas de persecución que son síntomas similares a los observados en la esquizofrenia.

No se puede hablar claramente de una relación causal directa entre el consumo de cannabis y la aparición de esquizofrenia basándonos en datos de epidemiología así como patrones de consumo. Además, sólo una pequeña proporción de los consumidores de cannabis acaban desarrollando una esquizofrenia.

Lo que sí que se ha observado es una asociación leve-moderada entre el consumo de cannabis y la esquizofre-

nia, teniendo un riesgo 1.4 veces mayor de desarrollar esquizofrenia que los no consumidores. Además, este riesgo se elevaría a 2.1 en consumidores frecuentes de altas cantidades de cannabis. Esta relación podría estar también mediada por la coexistencia de otros factores de vulnerabilidad al desarrollo de la enfer-

medad como el consumo de otro tipo de sustancias de abuso, un bajo nivel socioeconómico o una historia familiar de esquizofrenia⁴.



En resumen, se observa que el consumo de cannabis en personas con cierta vulnerabilidad genética al desarrollo de esquizofrenia podría aumentar el riesgo de la misma, adelantar su inicio (hasta 3-7 años) y provocar una peor respuesta al tratamiento farmacológico, teniendo por tanto un peor pronóstico.

⁴ (Robert Segarra et al., 2006)

5. El cannabis en **LA FAMILIA**

El cannabis es una droga que puede ser adquirida fácilmente por la gran mayoría de la población adolescente con independencia de su estatus socioeconómico; por este motivo, los padres no deben confiarse en que sus hijos no puedan acceder a ella.

Si a eso sumamos la falsa percepción de inocuidad de la propia sustancia, el resultado es que en cualquier círculo social se produzca su consumo de una forma

normalizada entre amigos o compañeros, convirtiéndola en un elemento más de los momentos de ocio.

La facilidad de acceso al cannabis por parte de los jóvenes y adolescentes es un hecho, resultando indiferente el que se encuentre legalizado o no su consumo. Sirva de ejemplo lo acaecido en Canadá y que tratamos en la última parte de este capítulo de la guía.

Evite convertirse en un policía para sus hijos, sea cercano y tenga siempre la mano tendida para ayudarles en sus problemas.



5.1 DETECCIÓN

En el caso de que sus hijos muestren algunos de los siguientes síntomas o si tienen la certeza de que consumen cannabis, deben actuar con prudencia y poner una especial atención en ellos.



Nunca vamos a recomendar actuar con excesivo alarmismo o autoritarismo, recuerden que sus hijos se encuentran en una edad de desconcierto y cambios en los que empiezan a percibir y cuestionar las figuras de autoridad desde otra perspectiva, por ello, sus hijos necesitan de todo su apoyo, de una figura paternal cercana, que les hable con naturalidad sobre sus temores y preocupaciones.

Los síntomas que enunciamos a continuación podrían ser indicativos de la existencia de problemas causados por el consumo de cannabis:

- ➔ La ausencia en las conversaciones. Escucha vacía sin prestar realmente atención a lo que se les está diciendo.
- ➔ Abandono de sus aficiones, con tendencia a recluirse en su habitación.

- ➔ Pedir dinero prestado o manejar más de lo habitual.
- ➔ Cambios bruscos de carácter; ya no se muestran tan afectivos con los padres y hermanos y reaccionan con agresividad sin motivos aparentes.
- ➔ Pérdida de concentración e interés en los estudios o explicaciones del profesor, ligado a un repentino y acusado descenso de su rendimiento escolar.
- ➔ Empobrecimiento del vocabulario. Ralentizamiento en la verbalización. Repetición de palabras y frases frecuentemente.
- ➔ Trastornos del sueño con insomnio y/o pesadillas y temblores.
- ➔ Pérdida de peso o apetito excesivo.
- ➔ Cambio brusco en el cuidado y aseo personal.
- ➔ En el caso de que trabajen, retrasos reiterados, dificultades de concentración, conflictos y discusiones frecuentes con sus compañeros o superiores.



5.2 PREVENCIÓN

A la hora de abordar este punto de la guía, es especialmente relevante hablar de las relaciones de los adolescentes con los padres, con el núcleo familiar. Este factor incluye la importancia de una buena comunicación y armonía entre los miembros, así como la habilidad para entablar esta comunicación entre ambas partes.

A través de numerosos estudios psicológicos, se ha **demostrado la importancia del modelo de los padres dentro del conjunto de influencias sociales del adolescente**. Una mala relación familiar conllevará que la influencia de ésta como factor protector desaparezca, llevando al adolescente a reajustar su conducta de acuerdo con las nuevas figuras relevantes de su entorno, en el que los padres quedan desplazados.

Los tiempos cambian, y si bien es cierto que los padres deben establecer normas y pautas de comportamiento para el co-

recto funcionamiento del seno familiar, es mucho más efectivo entender las relaciones intrafamiliares desde la comunicación y el desarrollo de los individuos que la componen.

La labor de los padres en el campo de la prevención de los consumos de cannabis y otras drogas consiste en,

- ➔ Evitar las influencias de factores y circunstancias que pueden incrementar la probabilidad de que sus hijos consuman drogas.
- ➔ Fomentar las actitudes, valores y comportamientos que potencian las habilidades personales que ayuden a sus hijos a evitar el uso de estas sustancias.

Proponemos a continuación ciertas actuaciones a realizar en el seno de la familia para reducir el riesgo de consumo de cannabis u otras drogas.



- ➔ **No consuma tabaco, alcohol u otras drogas** en presencia de sus hijos, puesto que les transmitirá unas pautas de conducta poco saludables. Fije normas precisas prohibiendo de forma clara el consumo de tabaco, alcohol u otras drogas.
- ➔ **Evite una actitud positiva o tolerante respecto a cualquier droga** en presencia de sus hijos. Realizar expresiones como "por fumar un porro tampoco pasa nada" pueden ser interpretadas como una autorización.
- ➔ **Conozca el entorno de sus hijos y de sus amigos:** sus actividades, hobbies y aspiraciones, hágase participe de su vida, y busque la comunicación entre partes. Muestre cercanía y sensibilidad hacia las necesidades y demandas de sus hijos, potenciando niveles de responsabilidad y autonomía crecientes en ellos.
- ➔ Establezca, de acuerdo con su pareja, una serie de **medidas razonables y claras que regulen la vida familiar**, en las que se incluyan horarios y responsabilidades. Haga participe a sus hijos y explíqueles el motivo por el que se hacen. De esta forma, el cumplimiento por parte de todos será más fácil.
- ➔ Favorezca el que sus hijos **utilicen adecuadamente su tiempo libre**, propiciando que se acostumbren a la planificación del uso del mismo, promoviendo la realización de diversas actividades saludables, incluso algunas compartidas con el conjunto de la familia.
- ➔ Ponga en valor **la capacidad de decisión de sus hijos, su libertad y derecho a elegir** como individuos, teniendo en cuenta las ventajas e inconvenientes de cada una de las opciones posibles, ayudándoles a sopesarlas y a mantenerse firmes una vez tomada la decisión. De esta forma, reforzará su carácter para que en un futuro puedan evitar conductas promovidas por la llamada "presión de grupo" en lo referente al consumo de drogas.
- ➔ Refuerce la **autoestima y la confianza** en sí mismos de sus hijos, de esta forma romperá con las inseguridades propias de la adolescencia que muchas veces les merman en su capacidad para relacionarse y aprender.
- ➔ Transmita y fomente en sus hijos **valores sociales positivos**. Valores como el cuidado de la salud, la libertad, la amistad, la solidaridad, el apego a la familia o el esfuerzo personal, se asocian en general con los jóvenes que muestran un menor índice de consumo de drogas.
- ➔ **Reconozca los esfuerzos** que realizan sus hijos y valore sus progresos haciéndoles saber que cuentan con su aceptación, a pesar de sus posibles defectos o limitaciones.
- ➔ Evite **posiciones y actitudes excesivamente autoritarias** o severas con sus hijos, sin caer en un exceso de permisividad. Y bajo ningún concepto, lleve a cabo comentarios vejatorios o de rechazo hacia sus hijos, mostrando cercanía, calidez y enfaticé la creación de una relación de confianza mutua.
- ➔ Y por último, **informe con objetividad** a sus hijos y sensibiliceles sobre los riesgos que comporta el consumo de cannabis y otras drogas, evitando un alarmismo excesivo.

5.3 Consejos para **HABLAR DE DROGAS**



Si bien es cierto que no hay un guión exacto para hablar con los adolescentes, ya que cada uno es único, aquí se proponen ciertos trucos o "tips" que pueden ayudar a entablar una conversación sobre el uso del cannabis.

Ante todo, deben recordar que ustedes son los padres del adolescente que tienen delante y que, aunque recientemente hayan habido cambios, saben como es y cuáles de estos trucos les pueden ser útiles⁵.

- ➔ **Planificar los puntos principales que se quieren discutir, en lugar de hablarlo impulsivamente.**

Los adolescentes, a cordes a su naturaleza, cuestionan todo lo que se les propone, y sobre lo que sienten inseguridad, por ello, usted debe haber preparado minuciosamente los puntos de la charla, previendo cuáles van a ser las preguntas que van a poder surgir en la conversación para así no perder el control.

⁵National Institute on Drug Abuse; National Institutes of Health; U.S. Department of Health and Human Services. (Marijuana, facts parents need to know, 2018)

➔ **Evite decir todo lo que piensa de una sola vez, se debe intentar que sea una conversación aparentemente equitativa en la que el se sienta participe.**

Su hijo debe tener voz en la conversación, y es probable que discrepe con usted en más de un aspecto, por eso, debe ir introduciendo sus argumentos poco a poco a lo largo de la conversación. Iniciar un monólogo que se perciba como impositivo al comienzo, le hará perder credibilidad y confianza.

➔ **Busque oportunidades en las que se mencione el uso de drogas, como por ejemplo al hablar sobre la escuela o eventos sociales a los que vaya a asistir.**

Aunque la tenencia de una conversación será el escenario más propenso para hablar de drogas, el hecho de ir tanteando a su hijo poco a poco, intersándose de forma sutil sobre el uso de las drogas en sus entornos sociales, va a ayudar a configurarse una idea general en aras a programar la futura conversación.



➔ **Ofrézcale cierto control y deje que pueda elegir el momento y el lugar de la conversación.**

Manifieste tranquilidad, y déjeles participar eligiendo el momento y el lugar de la conversación, no mostrándose ansioso.

➔ **Darles espacio para participar y hacer preguntas.**

No acapare toda la conversación, interécese por las dudas que puedan surgirle a su hijo tras cada punto que conversen, puede que tenga vergüenza o reparo en formular las preguntas de primera.

➔ **Respetar su independencia en todo momento.**

➔ **Respetar su opinión.**

➔ **Evitar ser crítico de una forma agresiva, intene siempre realizar una crítica constructiva a sus argumentos.**

Recuerde con quién está teniendo la conversación. La agresividad no va a favorecer que su hijo mantenga una actitud proactiva y de escucha, si no que reaccionará de una forma completamente opuesta a lo buscado.

➔ **Escúchelos, porque si es un buen oyente pueden estar más inclinados a confiar en su aportación.**

Recuerde que al igual que espera una actitud de escucha por parte de su hijo, también el debe percibirla de igual forma por su parte. Cree un ambiente calmado y de escucha, sin tensiones.

➔ **Hágales saber en todo momento que está tratando de ayudarles a tomar buenas decisiones dándoles información que tal vez no conozcan, dejando claro porqué está preocupado por su bienestar.**

Deles las herramientas, la información más completa posible para que su hijo pueda tomar las decisiones desde el conocimiento, solo así sabrá que puede llegar a confiar en él cuando usted no esté cerca para poder ayudarle. Recuérdole que su bienestar y su salud es lo más importante para usted, y que así lo debe ser para él.

Como padre, si su hijo adolescente consume drogas, es normal que sienta ira, tristeza, miedo o confusión. Esas son reacciones naturales. Pero hablar del tema es más productivo que hablar de sus sentimientos. Por ello animamos a que no

cierren la comunicación con sus hijos, ya que tal y como hemos indicado anteriormente, ellos tenderán a alejarse debido su situación personal como adolescente, así que no permita que se genere mucha distancia entre usted y su hijo .

5.4 INTERVENCIÓN

Es importante señalar una vez más el peso del cannabis entre los menores de edad que acuden a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas en España. En el **Informe 2018 de Alcohol, Tabaco y Drogas Ilegales en España** que recoge datos hasta 2016, muestra que, el 96,6% de todos los me-

nores de 18 años que se han tratado por consumo de drogas ilegales en nuestro país, lo han hecho por problemas asociados al consumo de cannabis.

Cómo padres puede que lleguen al punto de tener que plantearse lo siguiente: **Mi hijo tiene un problema con las drogas, ¿y ahora qué? ¿Qué hago?**

Lo fundamental va a ser pedir ayuda a un profesional. Dependiendo del grado de adicción, tomar unas medidas más o menos restrictivas para el beneficio de la salud de su hijo.



Una buena opción para empezar es la intervención terapéutica desde el ámbito de la atención primaria dirigida a los consumidores de drogas y/o drogodependientes, en donde recibiremos diagnóstico y tratamiento sobre:

- ➔ Las actividades de promoción de la salud.
- ➔ El diagnóstico precoz.
- ➔ El apoyo terapéutico.
- ➔ El tratamiento de afecciones orgánicas asociadas.
- ➔ El seguimiento del proceso terapéutico.
- ➔ La articulación de las derivaciones terapéuticas, (como psicólogos, educadores...).
- ➔ Las técnicas de desintoxicación.

POR ELLO, RECOMENDAMOS QUE **ANTE EL CONSUMO EFECTIVO DE CANNABIS** POR PARTE DE SU HIJO, USTED, COMO FIGURA PATERNA:

EVITE:

- ➔ Ceder ante los chantajes que su hijo pudiera hacer a su familia, con amenazas de lesionarse, delinquir o promesas de curación.
- ➔ Discutir violentamente con él, haciéndole cargar con sus desilusiones, impotencias y miedos.
- ➔ Presentarse como el "bueno" que todo lo ha dado por él y sólo recibe disgustos a cambio.
- ➔ Echarse la culpa, exclusivamente, por lo que ha ocurrido y angustiarse por ello.
- ➔ Amenazarlo, coaccionarlo, o chantajearlo para que se someta a un tratamiento.

➔ ...y los tratamientos sustitutivos.

Complementariamente a todas ellas, debemos plantearnos la oportunidad de intervenir desde los programas de disminución de daños y riesgos dirigidos a los jóvenes y adolescentes que han decidido fumar «porros» o que están en un proceso de consumo y que, en muchos casos, no habrán tomado aún la decisión de dejar de consumir cuando sean atendidos por el médico.

Recordemos los motivos que le llevaban a hacer esto: relajación, inclusión social, bienestar... en la adolescencia son fundamentales y determinantes para su desarrollo personal, por ello, puede que el adolescente se refugie en el cannabis y **aun a pesar de la intervención terapéutica, no quiera dejarlo.**

PROCURE:

- ➔ Intentar hablar con él con confianza y respeto.
- ➔ Reconocer y hacerle asumir que no consume drogas porque quiere. Las drogas pueden estar ya controlando su conducta.
- ➔ Aprovechar las ocasiones favorables que se les presenten para que inicie el tratamiento.
- ➔ Establecer unos límites de convivencia familiar, dentro de los cuales su hijo reciba siempre atención por parte de la familia.
- ➔ Mantener la calma ante el síndrome de abstinencia sin aceptar el chantaje.

EN EL ESCENARIO EN EL QUE SU HIJO **SÍ SE HAYA DECIDIDO A DEJARLAS**, ENTONCES RECOMENDAMOS QUE:

EVITE:

- ➔ Reprochar anteriores comportamientos (drogas, delincuencia, determinadas amistades, etc...) que el adolescente haya llevado a cabo, solo conseguirá un retroceso en su voluntad por abandonar las drogas.
- ➔ Adoptar comportamientos rígidos que impliquen ponerle condiciones muy difíciles de conseguir en su estado actual.
- ➔ Que su hijo le imponga sus propias condiciones para someterse a tratamiento.
- ➔ Desentenderse del tratamiento que le sea prestado a su hijo

PROCURE:

- ➔ Acudir a profesionales cualificados que le asesoren sobre el tratamiento más adecuado para su caso particular.
- ➔ Colaborar con los profesionales encargados del tratamiento de su hijo, participando activamente en el mismo.
- ➔ Adoptar una postura comprensiva, entendiendo que su hijo es el primer interesado en dejar las drogas.
- ➔ No desalentarse si, durante el tratamiento, el comportamiento de su hijo no se adapta exactamente a lo que usted espera de él.



POR ÚLTIMO SI LA INTERVENCIÓN Y SU TRABAJO EN FAMILIA HAN FUNCIONADO, Y **SU HIJO YA NO CONSUME DROGAS**:

EVITE:

- ➔ Mostrarle desconfianza. Puede retrasar su rehabilitación e incluso provocar una recaída.
- ➔ Reaccionar con violencia ante una recaída.
- ➔ Imponerle normas estrictas de comportamiento por miedo a que vuelva a consumir drogas.
- ➔ Esperar a prestarle ayuda hasta que se asegure de que no volverá a consumir drogas.
- ➔ "Pasarle factura" recordándole que sufrieron con su problema.



5.5 LEGALIZACIÓN EN CANADÁ



El 17 de Octubre de 2018, Canadá se convirtió en el segundo país del mundo, por detrás de Uruguay, en legalizar la marihuana de uso recreativo, convirtiéndose así en el primer país del G7 en llevar a cabo esta acción. En Cannabis con Lupa, como resultado del análisis de los diferentes países que han dado este paso, (entre ellos once estados de EEUU, tales como Illinois, California, Alaska, Maine...) consideramos que Canadá es ejemplo paradigmático de las consecuencias negativas que persisten en el tiempo, tanto en el ámbito económico como en el jurídico.

Canadá, tras la legalización, desarrolló el "Cannabis Act", un elaborado marco legal que recoge el desglose de las diferentes aptitudes y capacidades de producción que deben adquirir aquellos que quieran comercializar con marihuana, así como las medidas de control de los productores y vendedores de esta sustancia e incluso medidas sociales que pretenden proteger y prevenir de su uso a los jóvenes. Resaltar que el gobierno afirmó destinar 46 millones de dólares a programas educativos gubernamentales y de prevención sobre el cannabis en la educación pública.

El **mercado negro** de cannabis canadiense ha sido un comercio lucrativo, que se estimó en más de 8.000 millones de dólares. Los expertos vaticinaron que el mercado negro podía desaparecer después de la legalización, ya que los beneficios de un producto regulado superan los riesgos del mercado ilegal, de forma que asegurando que los precios fueran competitivos, se intentó desalentar la competencia con el mercado negro, sin éxito.

Sin embargo, no sólo los argumentos económicos sostenidos por el gobierno acerca de la creación de nuevos puestos de trabajo, y el descenso del consumo ilegal fueron fallidos, también lo fue la prevención del consumo de los jóvenes, tal y como podemos observar en la última encuesta realizada a nivel gubernamental:

En 2018-19, el 18% de los estudiantes de los grados 7 a 12 (aproximadamente 374.000 encuestados) informaron de que habían consumido cannabis en el año an-

terior a la encuesta, manteniéndose las cifras en el periodo de 2016-17. Así, los estudiantes de los cursos comprendidos entre 7º a 9º informaron de un aumento del consumo de cannabis (7%, aproximadamente 73.000) en comparación con el 6% en 2016-17.

Los resultados de la encuesta de 2018-19 mostraron que los estudiantes de 7º a 12º grado tenían en promedio 14,3 años de edad cuando iniciaron su consumo de cannabis por primera vez.

Y como novedad en la encuesta de 2018-19, se preguntó a los estudiantes si les había sido más fácil obtener cannabis para ellos mismos desde que el cannabis se hizo legal para los adultos. Alrededor del 4% de los estudiantes (aproximadamente 77.000) de los grados séptimo a duodécimo indicaron que ha sido más fácil; menos del 1% indicó que ha sido más difícil (aproximadamente 16.000); y el 12% (aproximadamente 258.000) indicó que no ha sido "ni más fácil ni más difícil" obtener cannabis para ellos mismos.



6. TESTIMONIOS, FALSOS MITOS

Hemos constatado a lo largo de esta guía, que el cannabis no es una droga que se perciba como peligrosa entre los jóvenes; sin embargo, sabemos que puede llegar a provocar efectos altamente perjudiciales en la salud de los jóvenes y adolescentes que la consumen.

Era necesario este apartado de la guía; en él damos voz a las vivencias de algunos adolescentes que, como muchos otros, han sufrido una situación de drogodependencia del cannabis.

En ningún momento se pretende utilizar

estos testimonios como evidencia científica, ni generalizarlo a otras personas. En cada adolescente concurren unas circunstancias personales que le llevarán a gestionar la adicción de forma distinta, sin embargo, entendemos que estos testimonios contienen una dosis de realidad sobre lo que puede llegar a ocurrir.

Además, vamos a desmentir algunos falsos mitos o "bulos" sobre la marihuana que contribuyen a la construcción de una imagen de ella muy distorsionada de la real.



6.1 TESTIMONIOS

«Yo controlo». Esta es la famosa frase, la frase que tantas y tantas veces hemos dicho, y escuchado. Yo no me engancharé... yo se de qué va esto... se hasta donde puedo llegar... a mi nunca me ocurrirá lo que a "fulanito o a menganito" NUNCA.

Bueno, pues eso también lo pensaba yo, empiezas en una fiesta, el círculo se va ampliando y de "colocarte" en alguna fiesta con carácter «excepcional», pasas a montar fiestas y eventos todos los fines de semana por el simple hecho de que quieres volver a colocarte. Pasan, en muchos casos unos meses, en otros años. Fui consumidor de marihuana durante 12 años y claro, YO TAMBIEN CONTROLABA.

MENTIRA, esto no se controla, después de 12 años de consumo, al principio esporádicamente, al final fumar porros era una rutina más en el día a día.

A día de hoy, después de más de 5 años limpio, puedo decir que mi familia, muchas amistades, y mucha salud, se perdieron por el camino, pero hay formas de salir, hay especialistas, al final siempre está la familia y sobre todo la fuerza de voluntad de cada uno.

Sólo digo una cosa, cuando se deja, la vida vale más, las pequeñas cosas valen más y tú mismo vales más, pero cuesta tanto dejarlo....., que nadie se engañe, esto consume, pero no sólo a la persona sino a todo lo que le rodea.»

Un saludo

J.A.R.

«Empecé a fumar cannabis con 14 años, sólo lo hacía de vez en cuando y siempre en compañía. Nos reuníamos todos, supuestamente, para jugar a las cartas, pero en realidad lo que nos llevaba allí eran las ganas de fumar. Aunque esto lo veo claro ahora, porque antes creía que controlaba. Me encantaba esa sensación de pasarnos el porro, me hacía sentir muy unida a mi gente.

Años después, comencé a fumar a diario sólo, por las noches, para acabar, más tarde, fumando entre seis y ocho canutos diarios. Se que muchos pensareis que no es tan grave, que los porros no tienen tantos efectos perjudiciales como otras drogas, y puede que así sea, (aunque hay informaciones muy dispares al respecto), pero lo peor es verte convertido en su esclava. Yo no concibo la vida sin cannabis, no se estar en mi casa sin fumar, ni tampoco en la calle.

He pasado largas temporadas desconectada del planeta, "fumada", metida en mi casa y sin llamar a nadie, porque nada me motivaba más, ni ver a mi gente, ni cualquier plan, que estar fumada. Es verdad que no todo el mundo acaba así, hay quien puede ser más moderado, pero hay otras muchas personas, como yo, que no sabemos, no queremos o no podemos. Espero que este no sea nunca tu caso. No banalices la adicción psicológica al cannabis, puede ser igual o más fuerte que la de drogas aparentemente más peligrosas.»

Carmen J.

«Soy un chico de 21 años enganchado al cannabis. Nunca pensé que llegaría a esto. Al principio no le ves el riesgo, porque sólo consumes de vez en cuando. Lo peligroso es cuando recurres al cannabis para conseguir algo determinado. En mi caso es para relajarme. Al principio fumaba con amigos y nunca en mi casa, pero de repente un día tuve un problema, que me puso muy nervioso y decidí fumarme un canuto para relajarme.

Esto es muy tentador, porque es más fácil fumarte un porro que aprender a relajarte, sobre todo para mí que soy muy nervioso. Así que, a partir de ahí, cada vez que estaba nervioso o que había pasado algo durante el día que no me había gustado, fumaba. Ahora me arrepiento, porque no se relajarme sin fumar y esto me hace sentir fatal. Tendría que haber probado otras vías, como el yoga, la relajación o haberlo consultado con un psicólogo, pero preferí optar por la vía fácil y ahora estoy pagando las consecuencias.»

L.P.M.



6.2 FALSOS MITOS

- ➔ **“El consumo de cannabis es menos dañino porque es “natural”**”. Sin embargo como bien sabemos, que tenga un origen natural no supone, que no tenga efectos negativos sobre la salud. Igual ocurre con el tabaco, que siendo un producto natural, su consumo es una de las principales causas de muerte en todo el mundo por cáncer de pulmón.
- ➔ **“La marihuana no puede ser tan perjudicial si los estados la legalizan”** Legal o no, no hay que olvidar que la adicción es un riesgo real.
- ➔ **“El cannabis no produce adicción, su consumo puede controlarse”**. En 2016, se calculó que alrededor de 4 millones de adolescentes de más de 12 años tenían un trastorno por consumo de cannabis, llegando el consumo frecuente a poder derivar en una adicción real e

igual de peligrosa que la de otras sustancias psicoactivas.

- ➔ **“Conducir mientras se está drogado es más seguro que conducir borracho”**. Falso. En un estudio informado por la Administración Nacional de Seguridad del Tráfico en las Carreteras en Canadá, se demostró que incluso una dosis moderada de marihuana perjudica el rendimiento de la conducción, ya que al afectar al estado de alerta, la concentración, la coordinación de la percepción y el tiempo de reacción y las habilidades esenciales necesarias para una conducción segura se ven mermadas. Los investigadores también descubrieron que 1 de cada 5 de las víctimas de accidentes menores de 18 años, dió positivo en las pruebas de marihuana.



GLOSARIO

- ➔ **Adicción, a las drogas.** Consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio
- ➔ **Ataque isquémico transitorio.** Isquemia cerebral focal que produce déficits neurológicos transitorios súbitos y que no se acompaña de un infarto cerebral permanente. El diagnóstico es clínico.
- ➔ **Hipnosedantes.** Medicamentos tales como el Orfidal, Tranxilium, Lexatin, Valium, Trankimazin. Medicamentos muy comunes, que podemos encontrar en casi cualquier botiquín casero y se utilizan para tratar alteraciones del sueño o trastornos de ansiedad. Son medicamentos seguros pero que bajo ningún concepto deben ser administrados sin supervisión médica.
- ➔ **Hipotensión ortostática o postural.** Descenso excesivo de la tensión arterial cuando un individuo se pone de pie. LA definición convencional indica que es un descenso de la tensión arterial sistólica > 20 mm Hg o de la tensión arterial diastólica > 10 mm Hg. Los síntomas

como desmayo, mareos, vértigo, confusión o visión borrosa se manifiestan entre pocos segundos y varios minutos cuando el paciente se pone de pie y resuelven rápidamente cuando se acuesta. Algunos presentan caídas, síncope o incluso convulsiones generalizadas.

- ➔ **Policonsumo de drogas.** Consumo de más de una droga o de más de un tipo de droga por una persona, normalmente al mismo tiempo o una detrás de otra, y por lo general, con la intención de aumentar, potenciar o contrarrestar los efectos de otra droga. El término se usa también de forma más general para designar el consumo no relacionado de dos o más sustancias por la misma persona. Tiene una connotación de consumo ilegal, si bien el alcohol, la nicotina y la cafeína son las sustancias usadas con más frecuencia en combinación con otras en las sociedades industrializadas.
- ➔ La **prevalencia⁶ de consumo** mide el número de consumidores de droga que existen en un país o en una comunidad y el modo en que están distribuidos entre la población. Esta medida es útil para evaluar si las respuestas existentes son acordes a la dimensión del problema y si se dirigen a los sectores pertinentes de la población.
- ➔ **Psicotrópico.** En su acepción más general, término que significa lo mismo que “psicoactivo”, es decir, que afecta a

⁶ (Hartnoll R. 2002)

la mente o a los procesos mentales. En sentido estricto, una sustancia psicotrópica es cualquier sustancia química que ejerce sus efectos principales o importantes en el sistema nervioso central. Utilizan este término para referirse a las sustancias que tienen un elevado potencial de abuso debido a sus efectos sobre el estado de ánimo, la conciencia o ambos: estimulantes, alucinógenos, opiáceos, sedantes/hipnóticos (incluido el alcohol), etc.

➔ **Síndrome de abstinencia.** Conjunto de síntomas con grado de intensidad y agrupamiento variables que aparecen al suspender o reducir el consumo de

una sustancia psicoactiva que se ha consumido de forma repetida, habitualmente durante un período prolongado o/y en dosis altas. El síndrome puede acompañarse de signos de trastorno fisiológico.

➔ **THC Tetrahidrocannabinol (THC Tetrahydrocannabinol).** Véase *cannabis*. (...) El cannabis contiene al menos 60 cannabinoides, algunos de los cuales tienen actividad biológica. El componente más activo es el Tetrahidrocannabinol (THC), que puede detectarse en la orina junto con sus metabolitos varias semanas después del consumo de cannabis (habitualmente fumado).



BIBLIOGRAFÍA

Bobes García, J. and Calafat Far, A., 2000. *Monografía Cannabis*. Palma de Mallorca: Adicciones.

Calafat, A. and Juan, M., 2002. *Salir De Marcha Y Consumo De Drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Calafat, A., Gómez, C., Becona, E., Gil, E., Juan, M. and Juan, M., 2000. Consumo y consumidores de cannabis en la vida recreativa. *Adicciones*, (12 (Supl. 2.)), pp.197-230.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, 2018. *ESTUDES*. [online] Madrid. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemaInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2018-19_Informe.pdf> [Accessed 1 March 2020]

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, 2019. *Encuesta Sobre Alcohol Y Drogas En España (EDADES), 1995 - 2017*. [online] Madrid: MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL Centro de Publicaciones. Available at: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019_Informe_EDADES.pdf> [Accessed 2 April 2020].

Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad, 2018. *Guía Para Profesionales De La Sanidad Sobre Los "Riesgos Asociados Al Consumo De Cannabis"*. 1st ed. Madrid: Comunidad de Madrid. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/drog/cannabis_guia_para_personal_sanitario.pdf

Hartnoll, R., 2002. *Drogas En El Punto De Mira*. Luxembourg: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2019), Informe Europeo sobre Drogas 2019: Tendencias y novedades, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.

2018. *Marijuana, Facts Parents Need To Know*. 18th ed. [Bethesda, Md.]: National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health.

Nora, D., Volkow, M., Ruben, D., Baler, P., Wilson, M., Compton, M., Susan, R. and Weiss, P., 2014. Adverse Health Effects of Marijuana Use. *New England Journal of Medicine*, 371(9), pp.878-879.

Robert Segarra, A., Tejero Pociello, A., Campo López, C., Pérez de los Cobos, J. and Torres Giménez, A., 2006. Efectos esperados y adversos del consumo de cannabis en sujetos dependientes de los tetrahidrocannabinoides. *Trastornos Adictivos*, [online] (Volume 8), pp.145 - 201. Available at: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1575097306751157>> [Accessed 16 June 2020].

Ramos Atance, J.A; Fernández Ruiz, J.J. 2000. *Uso de los cannabinoides a través de la historia*. Monografía Cannabis, Vol.12, Suplemento 2. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional Sobre Drogas.

Spinoza Paul, L., 2008. Perfiles clínicos de personalidad en consumidores y no consumidores de marihuana. *Revista Española de Drogodependencias*, (Vol. 33, no 2.).

MÁS INFORMACIÓN

Web Cannabis con Lupa

www.cannabisconlupa.concapa.org

Plan Nacional Sobre Drogas

<https://pnsd.sanidad.gob.es/>

Secretaría de la Delegada del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Plaza de España, nº 17, 28008 Madrid.

E-mail: Secretaría Delegada del Gobierno para el PNSD

sdgpnsd@mscbs.es

uapoyodgpnsd@mscbs.es

Teléfonos: +34 91 822 61 35 - +34 91 822 61 85

