



Artículo especial

## Cannabis, salud y sociedad Cannabis, health and society

Mario Souza y Machorro

Psiquiatra, Psicoterapeuta y Psicoanalista. Pionero en México en la Enseñanza de las Adicciones. Coordinador de la Maestría de Psicoterapia de las Adicciones. Colegio internacional de Estudios Superiores, CIES. Académico titular de la Academia Nacional Mexicana de Bioética

### RESUMEN

**Definición y descripción:** La relación entre consumo de *Cannabis* y la afectación individual-familiar-social. Se revisan las características del psicotrópico, sus alteraciones y el uso medicinal atribuido a sus derivados sintéticos, cuya moda comercial de grandes beneficios no dispone de la aprobación de los organismos reguladores. **Epidemiología:** Ofrece una visión panorámica del alcance del consumo. **Efectos agudos/crónicos:** desmitifican su seguridad, especialmente a largo plazo y señalan las consecuencias para la salud. La combinación con otros psicotrópicos, trastornos y dependencia crea comorbilidad (patología dual) de mayor gravedad y más difícil manejo. Se destaca su uso en el embarazo y circunstancias inapropiadas para su eliminación. **Evaluación clínica:** documenta la condición, circunstancias y alteraciones requeridas para el manejo agudo/largo plazo. Sus acciones disponen de medios y elementos unidos a los diferentes programas disponibles. **Rehabilitación:** recomendada por expertos, atiende las características individuales y acciones necesarias para su consolidación. La prevención asienta las recomendaciones internacionales para los diferentes grupos de usuarios. **Conclusión:** Muestra el uso iniciático e indiscriminado del *Cannabis* –inductor del consumo de otras drogas– y señala la ignorancia y prejuicios tenidos en una sociedad mal informada que lo considera “seguro o curativo”. El debate debe elegir entre toxicidad y daños versus prevención y salud. Falta información adecuada previa al consumo, suministro de datos veraces, apoyo institucional y reorientación a los medios para mejorar la salud social.

**Palabras clave:** *Cannabis*, evaluación clínica, tratamiento, rehabilitación, desmitificación del consumo, prevención.

### ABSTRACT

**Definition and description:** The relationship between *Cannabis* use and individual-family-social affectation. The characteristics of the psychotropic, its alterations and the medicinal use attributed to its synthetic derivatives, whose commercial fashion of great benefits, do not have the approval of regulatory bodies. **Epidemiology:** Provides a panoramic view of the scope of consumption. **Acute/chronic effects:** demystify their safety, especially in the long term and point to health consequences. The combination with other psychotropics, disorders and dependence create comorbidity (dual pathology) of greater severity and more difficult management. It stands out for its use in pregnancy and circumstances inappropriate for its elimination. **Clinical evaluation:** documents the condition, circumstances and alterations required for acute/long-term management. Its actions have means and elements linked to the different programs available. **Rehabilitation:** recommended by experts meets the individual characteristics and actions necessary for its consolidation. **Prevention:** establishes international recommendations for different groups of users. **Conclusion:** Shows the initial and indiscriminate use of *Cannabis* –inducer of other drug use– and points to the ignorance and prejudices had in a poorly informed society that considers it “safe or curative”. The debate should choose between toxicity and damage vs. prevention and health. Adequate pre-consumption information, the provision of truthful data, institutional support and reorientation to the means to improve social health is lacking.

**Keywords:** *Cannabis*, clinical evaluation, treatment, rehabilitation, demystification of consumption, prevention.

*La vida no es un “recurso natural renovable”.  
Es una oportunidad que debe ser vivida al máximo,  
y cuyo desarrollo es nutrirse del conocimiento y la  
experiencia.  
En caso contrario, se puede perder en la subjetividad,  
para volverse insatisfactorio, trágico e inmodificable.*

**M Souza.**

### DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN

El término *Cannabis* (*sativa*) lo define la Organización Mundial de la Salud (OMS) como: “brotes florales o frutos de *Cannabis* –excepto semillas y hojas no anexas– de las que la resina no ha sido extraída; son aislados, crudos o purificados, obtenidos de la planta”. Su efecto no es

Recibido: 01/06/2020. Aceptado: 18/06/2020.

Correspondencia: Mario Souza y Machorro  
E-mail: souzaym@yahoo.com



y nunca ha sido inocuo. En la mayoría de los casos el consumidor ignora su condición psicofísica. Las personas de diferentes edades antes, durante y después del abuso de drogas –solos o con otros psicotrópicos– no saben que no saben, y su opinión subjetiva es de poco valor verdadero.<sup>1</sup> La resina de *Cannabis* o hachís se obtiene de las flores, hojas y tallos de la planta de *Cannabis*; al igual que en ésta, el ingrediente activo del hachís es el  $\Delta$ 9-tetrahidrocannabinol ( $\Delta$ 9-THC). Este aceite (hachís) es un concentrado de cannabinoides obtenidos por extracción de la materia resina.<sup>2</sup> La concentración de hachís (5-15% ocasionalmente hasta 20%) es mucho mayor que la del *Cannabis* (no excede 5%). El  $\Delta$ 9-THC unido a los receptores cerebrales cannabinoides genera euforia/sedación, y en algunos casos psicosis.<sup>3</sup> El *Cannabis* no es sedante ni psicodisléptico, aunque tiene algunos de tales efectos; es un psicotrópico con propiedades diferentes, pero con mayores riesgos que los compuestos sintéticos derivados de la planta, pese a ser estructuralmente similares; algunos de ellos comparten propiedades farmacológicas. El *Cannabis* es la droga ilícita más cultivada, traficada y abusada. La mitad de los brotes epidémicos tóxicos registrados por psicotrópicos en el mundo son por consumo de *Cannabis* (CC). Alrededor de 147 millones de personas –2.5% de la población mundial– tiene CC, en comparación con 0.2% de cocaína y 0.2% de opiáceos. En la década actual ha tenido un crecimiento mayor y más rápido. El CC ha estado más estrechamente relacionado con la cultura juvenil; la edad de inicio, que continúa descendiendo, es menor que para otras drogas. Un análisis de los mercados del CC muestra que los precios bajos coinciden con altos niveles de abuso y viceversa.

## EPIDEMIOLOGÍA

Los informes de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) indican que la prevalencia del CC en la población general de México entre 2002-2016 aumentó de 0.6 a 2.1%. Entre 2011-2016, a medida que las tasas aumentaron de 1.2 a 2.1%, el CC en hombres aumentó de 1.2 a 3.5% y en mujeres de 0.1 a 0.9%. Los patrones de CC han ido evolucionando rápidamente en el hemisferio occidental. Según el Informe sobre las Américas de 2015, el CC ha ido en aumento entre los estudiantes de secundaria en varios países de América Latina y el Caribe.<sup>4</sup> Datos más recientes del hemisferio muestran que el CC ha aumentado en ocho de los 11 países que tienen datos de tendencias para estudiantes de secundaria. Del mismo modo, el CC ha ido en aumento en la población general. Este patrón es claro en al menos seis de los siete países que disponen de estos datos. Junto con el aumento del CC, a edades cada vez más tempranas, la percepción social del riesgo del CC continúa disminuyendo. En cuatro países

del hemisferio, al menos 20% de los estudiantes de octavo grado tienen CC en algún momento de su vida.

Otros cambios están empezando a aparecer en la forma del CC y sus derivados. El CC se ha vuelto más común en América del Norte. Esta práctica aún no se ha observado en estudios de América Latina o el Caribe, la Organización de los Estados Americanos (OEA) y sus Estados miembros están atentos a que el CC pueda modificar su variedad de formas conocidas. El Trastorno Inducido por Consumo de *Cannabis* (TICC) se incluye en la décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), OMS y otros manuales de trastornos mentales como DSM-V, APA. Los estudios contemporáneos muestran que 1 de cada 11 personas con CC se vuelven adictos (9% de esa población). En EUA 12% de las personas de 12 años o más refieren CC durante el año anterior, con un alto número entre los jóvenes. El riesgo aumenta hasta 17% en los que inician CC durante la adolescencia (1 de cada 6 personas), y en quienes tienen CC diario el riesgo aumenta de 25 a 50% (por lo que 1 de cada 300 personas es adicta y 30% de los jóvenes tiene TICC). Los varones adolescentes con trastornos depresivos, en comparación con las mujeres, tienden a mostrar síntomas internalizantes (depresión, ansiedad, baja autoestima y otros), a menudo relacionados con experiencias traumáticas. Los síntomas externalizantes (agresividad, la oposición antisocial, etcétera) ocurren en ambos sexos. La asociación entre CC y otros trastornos mentales (OTM) y su extensión en la población continúa aumentando, el fortalecimiento del TICC agravará su condición y afectará la capacidad de ajuste psicosocial esperada en el adolescente al llegar a la edad adulta temprana y posterior.<sup>5</sup>

La introducción de cannabinoides sintéticos a la oferta social, aporta diferentes efectos y más complejidad al CC. Los mensajes difundidos a la población al respecto son un problema tanto para jóvenes como para adultos. Si bien el "*Cannabis* medicinal" se comercializa cada vez más como "seguro y saludable", los riesgos y consecuencias potenciales del CC a largo plazo y sus derivados no son necesariamente claros para el público general, ni los efectos son iguales.<sup>6</sup> Múltiples daños físicos, psíquicos, de desarrollo y sociales han sido documentados debido al CC crónico.<sup>7</sup> Las muertes por intoxicación de drogas son una de las principales causas de muerte y se encuentran en su nivel más alto jamás registrado; cada año desde 2011 han superado en número las muertes por armas de fuego, accidentes automovilísticos, suicidios y homicidios. En 2016, 174 personas murieron cada día por envenenamiento psicotrópico. La amenaza por opioides (medicamentos recetados controlados, opioides sintéticos y heroína) está en niveles epidémicos sin signos de disminución; la metanfetamina sigue prevaleciendo, la cocaína ha repuntado y nuevas sustancias psicoactivas siguen siendo un reto. La situación del CC doméstico es endémico en EUA y pese a que es

ilegal por ley federal, muchos estados –en su autonomía– la han aprobado legalmente para su posesión, uso y cultivo.<sup>8</sup>

En México el CC es el más frecuente, con 80% del consumo total de todos los psicotrópicos ilegales. Los adolescentes tienen las cifras más altas de CC con 4.2 por cada mujer. En las adolescentes el CC y la cocaína es mayor que el reportado en adultos, el CC es 3.3 veces más común en ellas, pero el consumo de cocaína en un sexo y otro es similar. Ambos son los psicotrópicos más utilizados en el país, con cifras de 2.4 de CC por uno de cocaína. Lo lamentable del caso es que sólo 20% de los adictos han asistido al tratamiento (2.2 hombres por una mujer) y la suma de los tratamientos totales y parciales no llega a 50% de los casos. La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017 indica que el *Cannabis* es la droga ilegal más consumida y la ha utilizado el 1.1% en 2002, 2.4% en 2011 y 5.3% en 2016. Los hombres pasaron de 3.5 a 5.8% su consumo de una vez en la vida y las mujeres tuvieron un crecimiento de 1.3 a 4.8% en ese periodo. El aumento del CC en el último año aumentó de 0.5% en 2002 a 1.3% en 2011 y a 2.6% en 2016. Destacan las mujeres con CC de 0.6% en 2011 a 2.1% en 2016.<sup>1</sup> Los resultados de muchos estudios indican la necesidad urgente de organizar servicios especializados para las personas con trastorno adictivo y su comorbilidad de acuerdo con la prevalencia del TICC, de otras sustancias y la variación prevalente en las diferentes regiones del país.

## EFFECTOS AGUDOS

Para entender los efectos de cualquier sustancia (psicoactiva, droga o psicotrópico) se debe comprender la interacción de sus elementos, que promueven la respuesta del organismo: *agente* (origen, pureza, calidad, contaminación con fertilizantes, tipo de sustancia, dosis, vía de administración, frecuencia de aplicación, mezcla con otras sustancias, costo, etcétera); *huésped* (historia de trastornos adictivos y mentales, expectativas sobre el efecto y el impacto esperados, intensidad y duración, comorbilidad, personalidad, diagnósticos psiquiátricos, médicos y manifestaciones residuales, etcétera); *ambiente* (dónde y con quién vive el consumidor, tipo de reuniones de consumidores con los que se asocia, recursos, lugares, situaciones, circunstancias, etcétera).<sup>1</sup> La población vulnerable por CC es la infanto-juvenil.<sup>3</sup> El daño clasificado por las alteraciones que causan al Sistema Nervioso Central (SNC) son:

1. Cambios bioquímicos, observados en aquéllos que demuestran CC esporádico y presentan una remisión de los síntomas seis meses después de su interrupción.
2. Cambios bioquímicos con sospecha de cambio estructural, indicando CC crónico y que al

interrumpirse tras de 6-9 meses se observa una remisión parcial de los cambios neurológicos.

3. Cambios bioquímicos con posibles cambios estructurales en aquellos individuos con CC crónico en los que, tras la suspensión, las alteraciones tardan más de nueve meses en desaparecer, sin haber confirmado científicamente que la desaparición es completa y total.<sup>9</sup>

Distintos estudios indican que el inicio del CC sigue ocurriendo a edades cada vez más tempranas (13-15 años) y que el inicio temprano del CC se relaciona con un mayor riesgo de problemas futuros.<sup>10,11</sup> El CC se asocia generalmente al uso solo o combinado de otras drogas ilegales (cocaína, anfetaminas, drogas de diseño, metadona, heroína, e incluso las legales: alcohol, nicotina, caféina), además de los medicamentos con receta médica. Se ha establecido la combinación de alcohol y el CC u otras drogas ilegales como cocaína en varios tipos de violencia. Estas tendencias en la población infanto-juvenil y de adultos jóvenes podrían estar relacionadas con una mayor disponibilidad social de psicotrópicos, especialmente la transmisión interpersonal, por los medios de comunicación y de mensajes destinados a minimizar el riesgo del CC. Pero hablar de CC como una droga de inicio es hablar de un psicotrópico que muy a menudo se combinará con otros. Hay muy pocos casos de TICC que se quedan sólo con CC como única droga en su “carrera adictiva”; por lo general la reemplazan o combinan. El CC en la comunidad es tolerado por su origen natural, erróneamente apreciado como inofensivo.<sup>1</sup> Esta normalización participa afectando en especial a los adolescentes con problemas emocionales y conductuales, dándoles una vulnerabilidad especial al desarrollo del trastorno adictivo inducido por esta droga u otro trastorno como el trastorno de ansiedad (TA), además de otros trastornos mentales (OTM).<sup>12,13</sup> El riesgo percibido de CC sigue disminuyendo entre los jóvenes a medida que su acceso sigue aumentando. Los efectos identificados por CC en la población infanto-juvenil y adulta joven son: atención deteriorada, alteración del juicio y otras funciones cognitivas, especialmente en la coordinación corporal y el equilibrio, dependiendo del estado de madurez cerebral que tenga el consumidor en ese momento. Existe relación directa entre el CC y el abuso psicofísico durante la infancia, identificado como uno de los factores psicopatológicos imbuídos en el CC a esta edad. Esta población que recibe tratamiento para un TICC con OTM está en aumento en muchos otros países.<sup>9,14</sup> Se debe prestar especial atención a la participación del TA con o sin antecedentes de depresión o experiencias con varios OTM en los padres. Participan: la separación de la pareja (física o funcional), conflictos familiares, violencia domiciliaria, abuso psicofísico o sexual en el hogar, pobreza y/o desorganización, enfermedades

graves y/o crónicas y desastres ya naturales o de guerra, y otros eventos importantes<sup>1</sup> como las desafortunadas condiciones ocurridas con la pandemia de COVID-19. Asimismo, la percepción familiar de la “seguridad del efecto de las drogas” durante la etapa infanto-juvenil de los niños y los elementos estresantes en la vida (cambio de escuela, casa, ciudad, amistades, etcétera), requieren un periodo variable de adaptación para lograr la estabilidad, en su efecto tiende a aumentar la psicopatología de esa población, así como el consumo iniciático de psicotrópicos.

Los OTM que muestran la mayor probabilidad de TA en adolescentes son comportamientos disruptivos (trastorno por déficit de atención, trastorno por déficit de atención con hiperactividad [TDAH], trastorno depresivo y trastorno de estrés posttraumático). La comorbilidad del TA con OTM indica relación de 70-80% en pacientes duales (PaD) con esquizofrenia; más de 60% en PaD con trastorno bipolar, más de 70% en trastornos graves de la personalidad y de 30-50% de los casos notificados. En trastornos depresivos, TA y TDAH es mayor a 35%. En cuanto al TA (enfermedades psicológicas debilitantes caracterizadas por una amplia gama de síntomas cognitivos y somáticos), los pacientes tienen una mayor prevalencia de por vida de diversos problemas médicos, aumento de las condiciones médicas crónicas que favorecen la probabilidad de OTM simultáneos o consecutivos, y disfunción general. Las tasas de por vida de problemas cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales y otros problemas médicos son muy altas para los pacientes con TA y crisis de pánico. El aumento de la comorbilidad tiende a imitar los síntomas de las condiciones médicas y los ataques de pánico (disnea, mareos, entumecimiento, dolor en el pecho y palpitaciones del corazón, sudoración), muestran peligro y deterioro de los enfermos crónicos. Además de los trastornos neurológicos (fibromialgia, epilepsia, parálisis cerebral), diabetes, enfermedad gastrointestinal (síndrome del intestino irritable, enfermedad por reflujo gastroesofágico) y enfermedades cardiovasculares y respiratorias (asma), estos trastornos se agravan debido al uso de psicotrópicos combinados y/o sus respectivas abstinencias, que suelen ocurrir con diferentes medicamentos.<sup>13-18</sup> La evidencia apoya al CC de ser un elemento causal de psicosis y producción de episodios psicóticos,<sup>19-22</sup> cuyo aumento de riesgo se observa más claramente en personas con cierta vulnerabilidad genética o ambiental. La exposición al CC durante la adolescencia, su frecuencia de uso y altos niveles de la droga disminuye el umbral para los síntomas esquizofrénicos.<sup>23</sup> En pacientes con este diagnóstico,<sup>22</sup> el CC causa sinergia que agrava la patología dual (PD). Además, los hechos señalan que el CC afecta el desarrollo cognitivo (capacidades de aprendizaje), incluidos los procesos asociativos; la retirada de elementos y conceptos previamente aprendidos en CC de larga duración, confundiendo el aprendizaje y el recuerdo. También daña el rendimiento psicomotor en una amplia variedad de tareas

(coordinación motora y tareas operativas de muchos tipos); el rendimiento humano en el uso de maquinaria compleja se ve afectado hasta 24 horas después de fumar 20 mg de  $\Delta^9$ -THC; asimismo, existe un mayor riesgo de accidentes de coche entre las personas que conducen intoxicados por el CC, posiblemente relacionados con la calidad y su potencia.<sup>24-26</sup>

## EFFECTOS CRÓNICOS

Son diversos: deterioro selectivo del funcionamiento cognitivo, incluida la organización e integración de información compleja que implica diversos mecanismos de atención y procesos de memoria; mayor deterioro general que puede no recuperarse con su abstinencia y que podría afectar las funciones de la vida diaria. El desarrollo del TICC caracterizado por una pérdida de control sobre el CC; exacerbación de la esquizofrenia en personas vulnerables;<sup>27-29</sup> lesión epitelial de la tráquea y bronquios mayores causada por el CC crónico; lesión de las vías respiratorias, inflamación pulmonar y deterioro de la defensa pulmonar contra la infección; mayor prevalencia de síntomas de bronquitis crónica y mayor incidencia de bronquitis aguda en la cohorte no fumadora, que requiere farmacoterapia y psicoterapia. Durante el embarazo el CC se asocia con deterioro del desarrollo fetal y aunque faltan estudios en esta área, existe riesgo postnatal de varias formas de cáncer.<sup>30</sup> Muchas otras consecuencias en la salud en países en desarrollo son todavía desconocidas, debido a estudios limitados y no sistemáticos, pero no existe razón para esperar que los efectos conocidos sobre los individuos de otras poblaciones sean sustancialmente diferentes de lo observado en países desarrollados.<sup>31,32</sup> La presencia de factores distintos de los mecanismos biológicos, como el entorno social, también son críticos en el riesgo de una persona para el consumo de drogas. Una alternativa a la “hipótesis de la droga de inicio” es que las personas más vulnerables al consumo de drogas son simplemente más propensas a iniciar consumo de sustancias disponibles como *Cannabis*, tabaco o alcohol, y sus interacciones sociales subsiguientes con otras personas consumidoras aumentan sus posibilidades de intentarlo y/o permanecer en el consumo de otras drogas.<sup>32,33</sup>

Estudios clínicos y de laboratorio en las últimas décadas han establecido una asociación entre el CC y múltiples resultados adversos a la salud, que afectan la salud pública:

1. TICC.
2. Mayor riesgo de accidentes automovilísticos,
3. Deterioro y afectación de la función respiratoria;
4. Enfermedad cardiovascular, y
5. Alteraciones en el desarrollo de las funciones físicas, psicológicas y sociales de adolescentes y adultos en su salud mental.<sup>31</sup>



La información sobre las diversas alteraciones es mayor cuanto menor sea la edad de inicio de consumo, debido a la falta de maduración de la corteza prefrontal cerebral. La evidencia científica indica que el CC crudo e inhalado, lejos de ser inofensivo y medicinal es dañino, debido a su carácter neurotóxico y adictivo para el cerebro humano,<sup>2,3</sup> lo que causa mayor exposición y riesgo creciente en cada ocasión. Casi nunca el consumidor conoce la dosis de  $\Delta 9$ -THC que entra en su cuerpo. En la medicina moderna, ninguna sustancia –ilegal– fumada se considera medicina, excepto tal vez –aunque no es lo mismo– el “cigarrillo electrónico”. Se han encontrado alteraciones clínicas, neurocognitivas y neuroimagen de tipo macro y microestructural en los cerebros de adolescentes con CC que afectan su funcionamiento. Estas alteraciones pueden ser preexistentes o una consecuencia del CC, sobre todo si se mezcla con alcohol.<sup>34,35</sup> El CC crónico se asocia con muchos trastornos (disminución de la memoria y deterioro progresivo, fracasos de aprendizaje asociados con la falta de concentración, alteración de las funciones ejecutivas [juicio, planificación, abstracción, toma de decisiones, resolución de problemas]), trastornos del dormir y sueños desagradables, infecciones pulmonares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad de bullosa pulmonar, cáncer broncogénico, arritmias cardíacas y otros trastornos asociados con el consumo simultáneo de tabaco, que es común en los pacientes con CC pesado.<sup>35,36</sup> Tal cronicidad e incluso su abstinencia se asocia con el síndrome amotivacional<sup>37,38</sup> (pasividad, apatía, conformismo, aislamiento, introversión, pérdida de ideales, falta de emoción, indiferencia, tristeza, falta de afecto, pérdida de cuidado personal, deterioro de habilidades sociales, inhibición o disminución del impulso sexual, incapacidad para desarrollar planes a futuro, disminución de la atención y concentración, de la capacidad de cálculo, de la capacidad de juicio, los reflejos osteotendinosos [ROT] y lentitud de movimiento). El panorama se puede confundir con depresión y puede no referirse al especialista, u ocurre incluso bajo tratamiento especializado, el cual requiere varios meses para su recuperación.<sup>37,38</sup> Se han documentado productos de mujeres embarazadas que mantienen CC durante la gestación: bajo peso y tamaño al nacer y alteraciones cognitivas durante el crecimiento y desarrollo, responsables de problemas en las funciones ejecutivas, atención, control de impulsos y agresividad.<sup>39</sup> Puede haber también como resultado del CC crónico una menor satisfacción vital, salud mental y física más pobres y mayor número de problemas de relación. Se informa además de menor éxito académico y profesional, mayor probabilidad de abandono escolar, más ausencias laborales, accidentes y lesiones.<sup>40,41</sup>

Los usos terapéuticos esperados en los cannabinoides Dronabinol y Nabilone, que interactúan con los receptores cerebrales CB1 y CB2,<sup>42</sup> se mencionan útiles para

tratar las náuseas y los vómitos en las etapas avanzadas de enfermedades como el cáncer y el SIDA. Otros estudios han mostrado uso sintomático en asma y glaucoma como antidepresivos, anticonvulsivos, antiespasmódicos y estimulantes del apetito, pero faltan estudios de confirmación, pues los cannabinoides pueden ser más eficaces que el placebo, pero son menos eficaces que las terapias existentes.<sup>43,44</sup> Falta evaluación para establecer su seguridad.<sup>45</sup> De hecho ya han inundado el mercado de las drogas e Internet; los usuarios jóvenes comparten información y experiencias de su CC vía grupos *online* y foros de drogas.<sup>46</sup> Hasta que exista más información fármaco-toxicológica sobre sus efectos a largo plazo, las nuevas generaciones de cannabinoides seguirán siendo preocupación para la comunidad científica.<sup>47</sup>

## EVALUACIÓN CLÍNICA

Parte de acciones clínicas sistematizadas y comparativas conformando una base que consolida a la vez la investigación clínica aplicada. La terapéutica emplea los avances de las neurociencias por su carácter científico y la promoción de mejores técnicas de diagnóstico-curativas.<sup>48</sup> Pero en la praxis aún falta aplicación de instrumentos codificados, sigue habiendo déficit de recursos para las actividades clínicas de las unidades de salud del país, se requiere su homogeneidad de acciones y uso adecuado de tales instrumentos. La falta de recursos técnicos es clara, por ejemplo, en los estudios sobre actos de violencia asociados con el CC, alcohol, cocaína y otros psicotrópicos legales o ilegales. El CC crónico induce cambios en la personalidad y el comportamiento (impulsividad, agresividad, irritabilidad y desconfianza que generan diferentes marcos de comportamiento violento) que requieren una evaluación clínica adecuada.<sup>49-53</sup> La corrección de esas condiciones inadecuadas debe eliminar la omisión de registros médicos especializados y, en su caso, la ilegibilidad de los documentos, la modificación injustificada de los medicamentos en el expediente, entre otros, que desmerecen la atención ofrecida. El procedimiento siempre incluye:

1. Enfoque motivacional.
2. Historia médica especializada para PD.
3. Uso de cuestionarios *ad hoc* y entrevistas semiestructuradas que faciliten la sistematización de la información y proporcionen facilidades para el análisis de evaluaciones a los PaD de ese y otros bloques clínicos del sector de la salud.
4. Evaluaciones clínicas complementarias y por área de los diversos participantes del programa de tratamiento, y
5. Análisis de laboratorio y gabinete (pruebas antidoping y cuestionarios psicométricos y/o pruebas

neuropsicológicas, electroencefalograma, simple o con mapeo cerebral, tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética y encefalografía de eco o espectroscopia), cuando es necesario.<sup>52,53</sup>

## TRATAMIENTO

Fuera del manejo sintomático no hay protocolo farmacológico aprobado para el manejo del TICC y sus modalidades.<sup>49-51</sup> No obstante, se dispone de recomendaciones prácticas:

1. La consideración de los objetivos del manejo deben fijarse al inicio del proceso.
2. La abstinencia es el objetivo deseable para el TICC o su reducción.
3. Acciones dirigidas a la vez a todos los psicotrópicos involucrados en el caso sin excepción.
4. Enfoque a la sintomatología del OTM, según protocolo y tratamiento recomendado.
5. Enfoque específico de los factores de riesgo en cada caso, cambios ambientales y estilo de vida.
6. La terapéutica de los PaD infanto-juveniles considera:
  - A. Los adolescentes son más sensibles al efecto del estigma de ser etiquetados como “adictos” o “enfermos mentales”.
  - B. Difícilmente acuden solos a consulta, tienden a desertar y desvincularse de las unidades de atención debido a su falta de conciencia de su problemática y trastornos mentales.
  - C. Pobre autoconciencia y baja autoestima.
  - D. Percepción baja del riesgo;
  - E. Rebelión, desconfianza hacia los adultos por su sentido de omnipotencia y supuesto “control” sobre los efectos de los psicotrópicos que consumen.
7. El síndrome de abstinencia de *Cannabis* (o cualquier otro psicotrópico solo o combinado) requiere revisión clínica y el manejo más adecuado y rápido posible para evitar que obstaculice el logro y mantenimiento del tratamiento.
8. En algunos TICC la reducción del CC facilita la abstinencia y su posterior abandono.
9. Ciertos casos requieren el uso de un fármaco de reemplazo y el control de la sintomatología.
10. Durante el curso clínico del TICC u otras drogas suele haber alteraciones, por lo que en todos los casos se debe evaluar cuidadosamente el riesgo de interacción entre el *Cannabis*, los demás psicotrópicos consumidos y sus efectos actuales en el cuerpo y los efectos de la farmacoterapéutica prescrita para los síntomas de la comorbilidad.
11. Cuando no se logra la participación de los pacientes se debe adoptar una perspectiva de reducción de daños, por la falta de motivación para renunciar al consumo por sí solos.
12. El patrón habitual del CC es policonsumo tras el enganche iniciático en el modelo de una sola droga de consumo, lo cual se complica con otros psicotrópicos (tabaco, alcohol, etcétera)<sup>54</sup> que en el TICC dificultan el enfoque farmacológico y psicoterapéutico inmediato y tardío.
13. La agregación de factores de pronóstico deficientes es común en esta población (pobre capacidad de introspección, falta de apego al tratamiento, entorno familiar poco colaborativo y en particular, la vinculación con grupos sociales o francamente criminales).<sup>48,55</sup>
14. La presencia de PD en estas familias es habitual, así como de otros problemas psicosociales que suelen aumentar la resistencia a las acciones que componen la intervención terapéutica.
15. Especialmente cuando el caso es grave, es necesario ayudar a los padres con alguna orientación sobre sus propios problemas, para brindar adecuado manejo de su autoridad, practicar normas apropiadas de comportamiento y buscar el tratamiento obligatorio si es necesario.
16. La relación médico-paciente, la alianza terapéutica y la adherencia al tratamiento son esenciales en cualquier forma de tratamiento, especialmente cuando la acción se dirige a la rehabilitación y reinserción social de los PaD.<sup>1</sup>

Al efecto, existen varios abordajes:

1. *El programa de desintoxicación y retiro administrado médicamente*, proceso que ayuda al cuerpo a eliminar las drogas. Se considera sólo la primera parte del tratamiento. Está diseñado para manejar los efectos fisiológicos agudos y potencialmente peligrosos de cesar o disminuir el CC u otras drogas.<sup>56</sup> La desintoxicación por sí sola no aborda los problemas psicológicos, sociales y conductuales asociados con la adicción, por tanto, no produce cambios de conducta duraderos necesarios para la recuperación. A menudo se maneja con medicamentos administrados por un médico en un entorno hospitalario o ambulatorio. Existen medicamentos disponibles para la disminución de los opioides, benzodiazepinas, alcohol, nicotina, barbitúricos y otros sedantes.<sup>57</sup>
2. *El programa de tratamiento residencial a largo plazo* brinda atención 24 h/día, generalmente en entornos no hospitalarios. El modelo residencial

más conocido es la comunidad terapéutica, con duración planificada de estancia (6-12 meses). Su procedimiento se dirige a la “resocialización” de la persona y utiliza toda la comunidad del programa – incluyendo a otros residentes, personal y el contexto social– como componentes activos del tratamiento. La adicción se ve en el contexto de los déficits sociales y psicológicos de un individuo, y el tratamiento se centra en el desarrollo de la responsabilidad personal y la vida socialmente productiva. Es un proceso altamente estructurado; puede ser confrontativo con actividades diseñadas para ayudar a los residentes a examinar creencias dañinas, autocogniciones y patrones de conducta destructivos y a la adopción de formas nuevas, más armoniosas y constructivas de interacción. Se ofrecen acciones integrales que pueden incluir capacitación laboral y otros servicios de apoyo, *in situ*. Estos centros pueden adaptarse para tratar a individuos con necesidades especiales, incluyendo adolescentes, mujeres, personas sin hogar, personas con OTM graves e individuos bajo el sistema de justicia penal.<sup>58</sup>

3. *El programa residencial a corto plazo* proporciona un tratamiento intensivo, relativamente breve, orientado al enfoque AA de 12 pasos. Consta de una fase de tratamiento hospitalario (3-6 semanas) seguida de una terapia ambulatoria prolongada y la participación en grupo de autoayuda. Tras lo cual las personas han de permanecer involucradas en programas de tratamiento ambulatorio y/o programas de cuidado posterior. Estos programas ayudan a reducir el riesgo de recaída una vez que se abandona el entorno residencial.
4. *El programa de tratamiento ambulatorio* diseñado para cada persona varía en los tipos e intensidad de los servicios ofrecidos. Es más barato que el tratamiento residencial u hospitalario y a menudo es más adecuado para personas con trabajo o apoyos sociales extensos. Sin embargo, los programas de baja intensidad pueden ofrecer poco más que la educación sobre drogas. Los programas de modelos ambulatorios de tratamiento intensivo, asumen variaciones (de día, de noche y de fin de semana). Son comparables a los programas residenciales en servicios y eficacia, dependiendo de las características y necesidades individuales del paciente. En muchos programas ambulatorios el asesoramiento grupal puede ser de utilidad. Algunos de estos programas están diseñados para tratar PaD, con problemas médicos específicos u OTM además de los adictivos.
5. *El programa individualizado de consejería sobre drogas* no sólo se centra en reducir o detener el CC, de drogas o alcohol, también aborda áreas relacionadas de deterioro del funcionamiento de la situación laboral, actividad ilegal y las relaciones familiares y sociales, así como el contenido y la estructura del programa de recuperación del PaD. A través de su énfasis en objetivos conductuales a corto plazo, ayuda al paciente a desarrollar estrategias y herramientas de afrontamiento para abandonar el consumo de drogas y mantener la abstinencia. Esto puede proteger/evitar los nuevos eventos tóxicos. El consejero de adicciones alienta la participación en 12 pasos –pero no como reemplazo terapéutico–, sino como un refuerzo del manejo y refiere a los servicios médicos, psiquiátricos, de empleo y otros servicios suplementarios necesarios.
6. *El programa de psicoterapia* –individual, pareja/familia– es un procedimiento complementario eficaz para el tratamiento a corto y largo plazo; debe coincidir con la farmacoterapia indicada en cada caso. La eficacia del trabajo conjunto es preferible a la acción de uno u otro por separado. La psicoterapia es un elemento técnico estructural dirigido a:
  - A. Control del consumo.
  - B. Desarrollo de habilidades de prevención de recaídas, y
  - C. Reinserción social como objetivo final. Sus principales objetivos son:
    - a. Toma de conciencia de la enfermedad y asunción de las responsabilidades correspondientes.
    - b. Descubrir y aprender a manejar los mecanismos de defensa psicológicos habituales.
    - c. Desarrollar alternativas saludables y realistas para enfrentar presiones internas y externas que conduzcan a la PD.
    - d. Desarrollar tolerancia a la frustración, el retraso y el control de impulsos de manera suficiente para adaptarse a su estado individual.
    - e. Lograr modificación del comportamiento necesario en cada caso.
    - f. Aumentar la competencia percibida y la autoestima.
    - g. Aprender y emplear técnicas de autocontrol.
    - h. Monitorear la permanencia en acciones correctivas y preventivas a largo plazo.
    - i. Participar en una relación médico-paciente efectiva y duradera.
    - j. Comprender y manejar las explicaciones habituales utilizadas por los PaD asociadas con la recaída.
    - k. Reforzar la disminución del deseo de consumo y el comportamiento de búsqueda de sustancia.

- l. Fortalecer el apego terapéutico.
- m. Promover una buena gestión de la PD a largo plazo.<sup>1</sup>

Las recomendaciones para el tratamiento de pacientes adictos con PD incluyen:

1. Entornos terapéuticos realizan terapia de grupo para capitalizar el refuerzo social que ofrece la discusión entre pares y ayudar a promover estilos de vida libres de drogas. La terapia de grupo se ofrece en conjunto con asesoramiento individualizado; se retoman los principios de la terapia cognitivo-conductual o el manejo de contingencias para lograr resultados favorables como la estandarización de la terapia de grupo que pretende hacerse más útil a la comunidad.
2. Las principales tácticas de tratamiento involucran a las familias en el proceso de tratamiento y mejorar su motivación para el cambio, lograr cambios en el comportamiento de los miembros de la familia utilizando técnicas de manejo de contingencias, comunicación y resolución de problemas, contratos de comportamiento y otras intervenciones conductuales.
3. Las recomendaciones se dirigen a contextualizar, entender y tratar adecuadamente la adicción como enfermedad compleja, caracterizada por un intenso y a veces deseo incontrolable de usar drogas, que se produce a la par con la búsqueda y consumo compulsivo de la droga elegida, que puede persistir aún a pesar de las consecuencias devastadoras.
4. La dependencia afecta múltiples circuitos cerebrales, incluyendo aquellos involucrados en la recompensa y motivación, aprendizaje y memoria, y el control inhibitorio sobre el comportamiento. Dado que se trata de una enfermedad cerebral.
5. Ciertas personas son más vulnerables que otras al TICC u otro trastorno adictivo, dependiendo de la interacción de diferentes elementos simultáneos, que van desde la genética, la edad, la circunstancialidad a su alrededor hasta el estado actual de salud.
6. Cuando una persona inicia el consumo de CC o de otras drogas genera más tarde los efectos de la exposición prolongada que interactúa con el funcionamiento cerebral, al comprometer la capacidad de elegir y buscar el consumo, lo cual cambia a conducta compulsiva, que ocasiona pérdida del autocontrol individual.
7. La adicción es más que simplemente “usar drogas en forma compulsiva”, ya que produce graves consecuencias negativas y sociales para la salud, como aumentar el riesgo a tener una variedad de otras enfermedades mentales –anteriores, concomitantes o consecuentes– y físicas asociadas con el estilo de vida que utiliza drogas y causa diversos efectos tóxicos.
8. Las conductas disfuncionales resultantes del CC o de otras drogas interfieren con el funcionamiento normal de una persona en la familia, el trabajo y la comunidad; debido a que el consumo y la adicción crecen, alterando varios aspectos vitales que hacen que el tratamiento sea más difícil y más complejo.
9. Los programas de tratamiento eficaces requieren un plan individualizado; el trastorno adictivo (TICC u otros) es una enfermedad compleja pero tratable, que afecta la función cerebral y el comportamiento; el abuso de drogas altera la estructura y la función cerebral, lo cual causa cambios persistentes después de mucho tiempo de haber cesado el consumo. Esto puede explicar por qué los PaD están en riesgo de recaída incluso después de largos periodos de abstinencia y a pesar de las consecuencias devastadoras que sufren.
10. Ningún tratamiento único es adecuado para todos los pacientes. El manejo varía dependiendo de las características del individuo y el tipo de medicamento requerido; la adaptación de los entornos, intervenciones y servicios de tratamiento con los problemas y necesidades particulares de una persona es fundamental para su éxito final de retomar el funcionamiento productivo en la familia, el lugar de trabajo y la sociedad; el tratamiento debe ser fácilmente accesible.
11. Debido a que los PaD pueden no estar seguros de participar en su manejo, los servicios disponibles al momento en que las personas están dispuestas a iniciar tratamiento deben ser aprovechados como algo esencial. Los pacientes potenciales pueden perderse si el tratamiento no es accesible o no está disponible de inmediato. Al igual que con otras enfermedades crónicas, cuanto antes se ofrezca el tratamiento en el proceso de la enfermedad mayor será la probabilidad de resultados favorables.
12. El tratamiento eficaz debe satisfacer las necesidades múltiples de la persona, no sólo su trastorno adictivo. Para ser eficaz, la gestión debe abordar la patología adictiva y su comorbilidad (patología dual) como cualquier problema médico, psicológico, social, vocacional y jurídico asociado. Por tanto, debe ser apropiado a la edad, el género, la etnia y la cultura de la persona. Permanecer en tratamiento durante un periodo de tiempo adecuado es fundamental; su duración depende del medicamento, tipo y grado de los problemas y necesidades del paciente; los estudios indican que la mayoría de las personas adictas necesitan al menos tres meses continuos de



manejo; los mejores resultados se producen con acciones terapéuticas más prolongadas.

13. La recuperación de los pacientes es un proceso a largo plazo y a menudo requiere múltiples episodios de tratamiento; al igual que con otras enfermedades crónicas, pueden producirse recaídas en el uso de fármacos que indican la necesidad de que el tratamiento se restablezca o se ajuste; debido a que los pacientes a menudo abandonan su manejo prematuramente, los programas deben incluir estrategias para mantenerlos involucrados en su gestión. Las terapias conductuales, incluyendo el asesoramiento individual, familiar o grupal, son las formas más utilizadas de tratamiento de estos trastornos.
14. Diferentes formas de psicoterapia varían en su enfoque y pueden implicar:
  - A. Abordaje de la motivación de un paciente para cambiar.
  - B. Proporcionar incentivos para la abstinencia.
  - C. Desarrollar habilidades para resistir el deseo de consumo de drogas.
  - D. Reemplazar las actividades de CC o de otras drogas con actividades constructivas y gratificantes.
  - E. Mejorar las habilidades de resolución de problemas y facilitar mejores relaciones interpersonales.

Además, la participación en psicoterapia grupal y otros programas de apoyo entre pares durante y después del tratamiento puede ayudar a mantener la abstinencia.

15. Los medicamentos son indispensables en el tratamiento de muchos pacientes, especialmente cuando los psicotrópicos se combinan en el consumo regular (patrón de consumo mixto como en el CC y otros sedantes o estimulantes) con asesoramiento y otras psicoterapias conductuales. La metadona, la buprenorfina y la naltrexona son eficaces para ayudar a los pacientes que dependen de la heroína u otros opioides a estabilizar sus vidas y a reducir su consumo ilícito de drogas. El plan de tratamiento y servicios de una persona debe evaluarse continuamente y modificarse según sea necesario para asegurarse de que satisfaga sus necesidades. Un paciente puede requerir diferentes combinaciones de servicios y componentes del tratamiento durante el curso del tratamiento y la recuperación. Además de asesoramiento o psicoterapia, un paciente puede requerir medicamentos, servicios médicos, terapia familiar, instrucción de crianza, rehabilitación vocacional y/o servicios sociales y legales. Un enfoque de atención continua proporciona los mejores

resultados, con la intensidad del tratamiento variando de acuerdo con las necesidades individuales. Los PaD deben ser evaluados en ambas posibilidades adictivas y mentales; cuando coexistan, el tratamiento debe abordar ambas condiciones a la vez. La desintoxicación inicial no basta, debe atenderse la dependencia a largo plazo. Aunque los síntomas de abstinencia física aguda, puede en algunos pacientes, allanar el camino terapéutico, la abstinencia debe ser mantenida; la estrategia de incentivos debe continuar por contribuir a mejorar el compromiso con el tratamiento.<sup>59</sup>

## REHABILITACIÓN

Es el pináculo de toda la labor prevista para la PD con procedimientos farmacológicos y psicoterapéuticos. Una vez que la etiqueta “mentalmente enferma” o “adicta” se aplica a los PaD, se asumen inadvertidamente estereotipos negativos, esperando ser rechazados, despreciados o discriminados. En las últimas décadas, el interés científico ha aumentado en la perspectiva de las personas estigmatizadas que necesitan ser prevenidas de la desmoralización, la disminución de la calidad de vida, la falta de trabajo y el menor uso de las redes sociales. Las personas que tienen contacto con PaD al mostrar una actitud más positiva pueden reducir la carga de la distancia social, lo que representa un sólido esfuerzo a favor de las acciones comunitarias de la especialidad. Toda gestión profesional debe considerar el concepto de discapacidad psicofísica como una restricción o pérdida de una o más habilidades, que representan un déficit funcional psicofísico. La discapacidad traduce desventajas que impiden o limitan el desempeño de un papel o tarea social, por lo que la reinserción social de los PaD busca el retorno, activo y permanente en sus funciones y entorno comunitario, a través de la participación social, que les permita, tener un entorno favorable, utilizar sus “nuevas” capacidades y recursos personales para asumir sus responsabilidades y afrontar con mayor éxito las situaciones de su vida diaria.<sup>56</sup> La rehabilitación requiere la conjunción operativa de procesos individuales y comunitarios. Su integración es capital para un programa activo, gradual y claro de las necesidades y posibilidades de cada persona.

Crear que el Cannabis es una droga “blanda”, libre de riesgos para la salud y cuyo uso libre puede y debe permitirse, constituye un grave error contra la salud pública y contraponen los resultados de la investigación científica.<sup>56,60</sup> A menudo, los PaD tienen problemas legales antes que otros sistemas de salud o sociales, con oportunidad de intervención y tratamiento –antes, durante, después– en lugar de la reclusión. Los estudios han demostrado que la combinación de sanciones penales con el tratamiento de drogas puede ser eficaz para disminuir el CC y de otras

drogas y los delitos conexos. Los individuos bajo coerción legal tienden a permanecer en el tratamiento más tiempo y lo hacen tan bien o mejor que aquellos que no lo están. En las personas recluidas con problemas de drogas, es útil iniciar el tratamiento en prisión y continuarlo a su liberación ofrece mejores resultados: menos consumo de drogas y menos comportamiento delictivo.<sup>61</sup>

## PREVENCIÓN

Pretende el retraso del inicio del primer uso, ya sea CC, tabaco o alcohol –las sustancias más utilizadas entre los adolescentes– hasta alcanzar una maduración cerebral completa. Cuanto antes inicie el CC u otras drogas, mayores serán sus posibilidades de desarrollar un trastorno adictivo y más grave será su enfermedad. La mayoría de los jóvenes con CC o trastornos adictivos iniciaron a usar sustancias antes de los 18 años. El cerebro adolescente desarrolla rápida y perennemente el aprendizaje y el cambio. Aprende más rápido que un cerebro adulto, pero se daña más fácilmente, por lo que proteger el cerebro durante este increíble periodo de desarrollo es muy importante. El cerebro termina su desarrollo alrededor de los 25 años; las regiones que mantienen las emociones e impulsos bajo control facilitan la toma de decisiones, pero son las últimas en madurar. Esto explica por qué los jóvenes son más propensos a participar en conductas de riesgo e iniciar el CC o de otras drogas, como tabaco y alcohol. Los familiares del adolescente que consumen drogas influyen en el consumo, al igual que los traumas psíquicos y la falta de apego social. Participan, además, como elementos utilizables en favor de prevención, los factores individuales genéticos (explican cerca de la mitad de la probabilidad de que una persona desarrolle un trastorno adictivo) y ambientales (alta disponibilidad de drogas, pobreza, falta de leyes y aplicación, y normas sociales). Es importante conocer el historial familiar de adicción que podría favorecer la toma de decisiones sobre CC u otros psicotrópicos. Para cada factor de riesgo existe un factor de protección.<sup>60</sup> Los programas deben mejorar la protección y revertir o reducir los riesgos:

1. Los principios de prevención se centran en los riesgos de consumo de CC u otras drogas y demás conductas problemáticas que ocurren en el desarrollo de un niño, desde el embarazo hasta la edad adulta joven.
2. Estudios recientes muestran que la intervención temprana puede prevenir muchas conductas de riesgo en los adolescentes.
3. El riesgo de convertirse en un CC regular o de otros psicotrópicos implica la relación entre el número y el tipo de factores de riesgo (actitudes y comportamientos desviados) y factores de protección (apoyo parental).
4. El impacto potencial de los factores específicos de riesgo/protección cambia con la edad. Los factores de riesgo en la familia tienen un mayor impacto en el niño más pequeño; la asociación con parejas con CC o de otras drogas son factores de riesgo mayor en un adolescente.
5. La intervención temprana con factores de riesgo (comportamiento agresivo y control personal deficiente) a menudo tiene un mayor impacto que la intervención posterior, al cambiar la trayectoria de vida de un niño lejos de los problemas y hacia comportamientos positivos. Si bien los factores de riesgo/protección pueden afectar a las personas en todos los grupos, pueden tener un efecto diferente dependiendo de la edad, el sexo, la etnia y la cultura, y el entorno de la persona.
6. Los programas de prevención deben abordar todas las formas de CC, solas o en combinación, incluidas las drogas legales en menores (tabaco o alcohol); el uso de drogas ilegales (*Cannabis* o heroína) y el uso inapropiado de sustancias obtenidas legalmente (inhalantes), medicamentos recetados o medicamentos de venta libre.
7. La prevención debe abordar los trastornos adictivos en la comunidad, identificar los factores de riesgo modificables y fortalecer los factores de protección identificados; debe adaptarse para abordar los riesgos específicos de las características de la población para mejorar la eficacia del programa.
8. Basado en la familia, debe mejorar la vinculación familiar y las relaciones e incluir habilidades de crianza, fomentar el desarrollo, el debate y la aplicación de políticas familiares sobre el CC y otras sustancias, así como la formación en educación e información sobre drogas. La unión familiar es la base de la relación entre padres e hijos. La vinculación se puede fortalecer mediante la capacitación sobre el apoyo de los padres a los niños, la comunicación entre los padres y los niños y la participación de los padres. El monitoreo y la supervisión de los padres son fundamentales para la prevención del CC y otras sustancias.
9. Estas habilidades se mejoran con la formación normativa, técnicas de monitoreo, reconocimiento del comportamiento adecuado y una disciplina moderada y consistente que requiere reglas familiares definidas. La educación en salud mental (información y orientación en temas de drogas y demás trastornos) para los padres o cuidadores refuerza lo que los niños aprenden sobre los efectos nocivos de las drogas y abre oportunidades para la discusión familiar del CC u otras drogas legales e ilegales.

10. Las intervenciones cortas centradas en la familia para la población en general pueden cambiar positivamente el comportamiento específico de la crianza que reduce los riesgos posteriores de todo trastorno adictivo.
11. Los programas de prevención se diseñan para intervenir tan pronto como la persona pueda entender los factores de riesgo para el CC u otras drogas, como el comportamiento agresivo, las habilidades sociales deficientes y las dificultades académicas.
12. Este plan para los niños de la escuela primaria debe tener como objetivo mejorar el aprendizaje académico y socioemocional para abordar los factores de riesgo contra el CC y otras drogas, la agresión temprana, el fracaso académico y la deserción escolar. La educación debe centrarse en las habilidades de autocontrol, conciencia emocional, comunicación, resolución de problemas sociales y apoyo académico, especialmente, la lectura. El plan para estudiantes de secundaria debe aumentar la competencia académica y social con hábitos de estudio de habilidades y comunicación de apoyo académico, relaciones entre pares, autoeficacia y asertividad, habilidades de resistencia a las drogas, fortalecimiento las actitudes antidrogas y el compromiso personal contra el CC y otras drogas. Este plan, dirigido a poblaciones generales en puntos clave de transición (cambios de nivel escolar), produce efectos benéficos, incluso entre las familias de alto riesgo y los niños.
13. Estas intervenciones no señalan a las poblaciones de riesgo, reducen el estigma y promueven la relación con la escuela y la comunidad.<sup>60-62</sup>
14. Los programas de prevención comunitaria que combinan dos o más planes eficaces, como los basados en la familia y en la escuela, tienden a ser más eficaces que un solo plan. Estas acciones son útiles con poblaciones en múltiples entornos (escuelas, clubes, organizaciones religiosas y los medios de comunicación) siendo más eficaces cuando muestran mensajes consistentes en cada entorno. Si las comunidades adaptan los programas para satisfacer sus necesidades, normas comunitarias o diferentes requisitos culturales, deben conservar los elementos fundamentales de la intervención original basados en la investigación, que incluyen:
  - A. *Estructura* (Cómo Se Organiza Y Construye El Programa).
  - B. *Contenido* (la información, habilidades y estrategias del programa).
  - C. *Entrega* (cómo se adapta, implementa y evalúa el programa).

El plan debe ser a largo plazo con intervenciones repetidas para reforzar los objetivos originales de prevención. Los estudios muestran que los beneficios de estos programas disminuyen sin programas de continuidad. El plan incluye capacitación a los maestros sobre mejores prácticas de manejo en el salón de clases y cómo recompensar el comportamiento apropiado de los estudiantes. Así como técnicas que ayudan a fomentar el comportamiento positivo, el logro, la motivación académica y la vinculación escolar de los estudiantes. El plan es más eficaz cuando emplean técnicas interactivas, como grupos de discusión entre pares y juegos de roles de los padres, que permiten una participación activa en el aprendizaje sobre el abuso de drogas y las habilidades de refuerzo.

15. Los estudios basados en este plan la estiman rentable. Al igual que en investigaciones anteriores, las recientes muestran que, por cada monto económico invertido en prevención, se observa un rendimiento de ahorro mayor en tratamiento contra el CC, la dependencia de alcohol u otro tipo de sustancias.<sup>62-64</sup>

## CONCLUSIÓN

El *Cannabis* produce adicción; es uno de los psicotrópicos que encabezan la lista de productos ilegales en el mundo, ampliamente abusados por automedicación y consumo no supervisado. Es usado para alcanzar estados mentales alterados que afectan cerebro y conducta, siendo una de las principales causas de la dependencia. Esto debe alentar a la población infanto-juvenil y adulta a abstenerse de todo consumo no prescrito. Observado por la experiencia clínica, el CC mundial parece obedecer:

1. La ignorancia de la motivación, tenida como “necesidad”.
2. La búsqueda de sensaciones que desean obtenerse al momento del consumo.
3. Lograr una gratificación sobrevaluada e inmediata.
4. Escapismo existencial y problemas cotidianos.
5. Baja percepción del daño y rendimiento funcional corporal.
6. Considerarlo “natural y por lo tanto” no adictivo, entre otras motivaciones.

Muchos consumidores –ignorantes de ello– tienen CC como parte de un mecanismo “necesario” para ingresar, pertenecer y permanecer activos en su grupo de pares. En esta condición se someten a presiones afectivas que impulsan el consumo, como obediencia o colaboración.<sup>65,66</sup> La experiencia clínica apoya la idea

que quienes tienen CC “no saben que no saben”, es decir, ignoran por qué lo consumen y las razones que proponen –llenas de subjetividad– muestran ignorancia y falta de reflexión.

La disonancia cognitiva, reflejo de la ambivalencia social con respecto al CC, preocupa a los científicos y educadores sobre sus riesgos y daños a la salud pública, como la adicción a la nicotina u otros psicotrópicos. Al igual que los PaD, muchas personas no reciben ni disponen de información veraz sobre las drogas (fuente, composición, calidad, dosificación y efectos a corto y largo plazo, su comorbilidad, gravedad y complicaciones) y son a la par tolerantes/preocupados de su CC y automedicación indeseable.

Cuando se requiere tratamiento, como en muchos casos de TICC, es necesario saber que:

1. Cualquier adicción es compleja –especialmente por combinación de fármacos como en pacientes con CC, pero la enfermedad es tratable.
2. Permanecer en tratamiento el tiempo suficiente es fundamental para recibir asesoramiento y otras terapias profesionales.
3. Los medicamentos combinados con psicoterapia son clave del tratamiento, que debe ser revisado a menudo y modificado para adaptarse a las necesidades cambiantes del paciente.
4. El tratamiento debe abordar OTM frecuentes.
5. No basta con la desintoxicación del PaD, ni se permite el uso de drogas durante el manejo, el cual debe estar monitoreado continuamente.
6. Existen muchas opciones y programas para personas con trastornos adictivos (consejería conductual, medicamentos, dispositivos médicos y aplicaciones utilizadas para tratar los síntomas de abstinencia e impartir capacitación de habilidades).
7. Muchos trastornos influyen en la aparición o mantenimiento del CC o de otros psicotrópicos.
8. El seguimiento a largo plazo previene recaídas.<sup>65,66</sup>

Por otro lado, los productos sintéticos derivados del *Cannabis* deben cumplir las mismas estrictas normas de supervisión que se aplican a otros fármacos. Los médicos que los prescriban deberán adherirse a los principios éticos y profesionales establecidos:

1. Análisis cuidadoso del caso y sus condiciones.
2. Desarrollo de un plan de tratamiento específico.
3. Consentimiento informado y discusión de los efectos secundarios.
4. Revisión periódica de la eficacia del tratamiento y, según sea necesario, registro adecuado que apoye la decisión de prescribir ese producto.<sup>15</sup>

La comercialización, el CC y sus derivados no debe ser aprobado legalmente en tanto el “mercado libre” no sea capaz de preservar la salud pública. Los jóvenes deben ser protegidos impidiendo su acceso, bajo la premisa de “siempre será mejor no usarlo”. La decisión sobre el uso médico del THC y sus derivados, concierne a las academias, consejos, colegios de especialidades médicas y a las autoridades sanitarias del país. Sin embargo, no debe confundirse con la validación del consumo “recreativo”. No está contemplado para quienes buscan intoxicarse, bajo riesgos de salud o conductas antisociales en términos de “a ver qué pasa”.<sup>1,65</sup> Los médicos y el personal de salud son los garantes del acceso de los pacientes al CC, por lo que se debe disponer de información veraz sobre la calidad y composición del psicotrópico y datos sobre su eficacia y seguridad.<sup>66,67</sup> El debate plantea toxicidad y daño versus prevención y la salud. La ciencia y la sociedad son responsables de cuidar el colectivo bajo la óptica de la ética humanista, para lo cual se requiere una organización sociopolítica eficaz e imparcial. ¿Estarán preparados nuestros representantes sociales para ello? ¿La ciencia al servicio de la política o la política al servicio de la ciencia?<sup>1</sup>

## REFERENCIAS

1. Souza y MM. Cannabis y salud: del mito a la evidencia. México: Editorial Alfil; 2017.
2. WHO. World Health Organization, Substance abuse. Cannabis facts. [Acceso junio de 2020] Available in: [https://www.who.int/substance\\_abuse/facts/Cannabis/en/](https://www.who.int/substance_abuse/facts/Cannabis/en/).
3. U.S. National Institute on Drug Abuse. NIDA. Cannabis: facts for teens. Rockville: National Institutes of Health. Available in: <https://www.drugabuse.gov/publications/Cannabis-facts-teens/want-to-know-more-some-faqs-about-Cannabis>.
4. Inter-American Drug Abuse Control Commission (CICAD), Organization of American States (OAS), Report on Drug Use in the Americas 2019. Washington D.C.: 2019. Available in: [www.cicad.oas.org/main/pubs/Report%20on%20Drug](http://www.cicad.oas.org/main/pubs/Report%20on%20Drug).
5. Arnold JC. Handbook of cannabis and related pathologies. Cambridge: Academic; 2017. The interactive nature of cannabis and schizophrenia risk genes; pp. 335-344.
6. World Drug Report 2019. United Nations publication, Sales No. E.19.XI.8. Available in: [https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR19\\_Booklet\\_2\\_drug\\_demand.pdf](https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR19_Booklet_2_drug_demand.pdf).
7. Clark TB. The medical cannabis debate. Compliance Corner. Wolters Kluwer Financial Services. 2015 [Acceso junio de 2020].
8. Dhillon U. The 2018 National Drug Threat Assessment (NDTA) DEAIIntelPublications@usdoj.gov. Available in: <https://www.dea.gov/sites/default/files/2018-11/DIR-03218%202018%20NDTA%20>
9. U.S. Department of Health and Human Services. Cannabis use in adolescents. 2019. [Acceso junio de 2020] Available in: [www.hhs.gov/ash/oah/adolescent-development/substanceuse/Cannabis/index.html](http://www.hhs.gov/ash/oah/adolescent-development/substanceuse/Cannabis/index.html).
10. Duperrouzel JC, Granja K, Pacheco-Colón I, Gonzalez R. Adverse effects of cannabis use on neurocognitive functioning: a systematic review of meta-analytic studies. J Dual Diagn. 2020; 16 (1): 43-57. doi: 10.1080/15504263.2019.1626030.
11. US Drug Enforcement Administration. Preventing Cannabis use among youth and young adults. Available in: [www.dea.gov/sites/default/files/2018-07/DEA-Cannabis-Prevention-2017\\_online.pdf](http://www.dea.gov/sites/default/files/2018-07/DEA-Cannabis-Prevention-2017_online.pdf).



12. Gobbi G, Atkin T, Zytynski T et al. Association of cannabis use in adolescence and risk of depression, anxiety, and suicidality in young adulthood: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2019; 76 (4): 426-434.
13. Merikangas KR, Swanson SA. Comorbidity in anxiety disorders. *Curr Top Behav Neurosci*. 2010; 2: 37-59.
14. Kessler RC, Ruscio AM, Shear K, Wittchen HU. Epidemiology of anxiety disorders. *Curr Top Behav Neurosci*. 2010; 2: 21-35.
15. Drenckhan I, Glöckner-Rist A, Rist F et al. Dimensional structure of bodily panic attack symptoms and their specific connections to panic cognitions, anxiety sensitivity and claustrophobic fears. *Psychol Med*. 2015; 45 (8): 1675-1685. doi: 10.1017/S0033291714002803.
16. Meuret AE, Kroll J, Ritz T. Panic disorder comorbidity with medical conditions and treatment implications. *Annu Rev Clin Psychol*. 2017; 13: 209-240. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093044.
17. Meuret AE, Tunnell N, Roque A. Anxiety disorders and medical comorbidity: treatment implications. *Adv Exp Med Biol*. 2020; 1191: 237-261. doi: 10.1007/978-981-32-9705-0\_15.
18. Hettema JM, Verhulst B, Chatzinakos C et al. Genome-wide association study of shared liability to anxiety disorders in Army STARRS. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2020; 183 (4): 197-207. doi: 10.1002/ajmg.b.32776.
19. Hamilton I, Monaghan M. Cannabis and psychosis: are we any closer to understanding the relationship? *Curr Psychiatry Rep*. 2019; 21 (7): 48. doi: 10.1007/s11920-019-1044-x.
20. Ortiz-Medina MB, Perea M, Torales J et al. Cannabis consumption and psychosis or schizophrenia development. *Int J Soc Psychiatry*. 2018; 64 (7): 690-704. doi: 10.1177/0020764018801690.
21. Chandra S, Radwan MM, Majumdar CG, Church JC, Freeman TP, ElSohly MA. New trends in cannabis potency in USA and Europe during the last decade (2008-2017). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2019; 269 (1): 5-15. doi: 10.1007/s00406-019-00983-5.
22. Souza y MM. Adicciones. Visión integral de sus problemas, enfoque y terapéutica. Patología dual. Facultad de Medicina, UNAM. México: Editorial Prado; 2014.
23. Karcher NR, Barch DM, Demers CH et al. Genetic predisposition vs individual-specific processes in the association between psychotic-like experiences and cannabis use. *JAMA Psychiatry*. 2019; 76 (1): 87-94. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2018.2546.
24. Di Forti M, Quattrone D, Tripoli G, La Cascia C et al. Some of the individual differences in risk to develop psychosis among Cannabis users can be explained by where they live and by their age at first use. *Schizophr Bull*. 2018; 44 (Supl 1): S110. doi: 10.1093/schbul/sby015.272.
25. Arterberry BJ, Padovano HT, Foster KT, Zucker RA et al. Higher average potency across the U.S. is associated with progression to first Cannabis use disorder symptom. *Drug Alcohol Depend*. 2019; 195: 186-192. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2018.11.012.
26. Colizzi M, Murray R. Cannabis and psychosis: what do we know and what should we do? *Br J Psychiatry*. 2018; 212 (4): 195-196. doi: 10.1192/bjp.2018.1.
27. Grewal RS, George TP. Cannabis-induced psychosis: a review. *Psychiatric Times*. 2017. [Acceso junio de 2020] Available in: www.psychiatrictimes.com/substance-use-disorder/Cannabisinduced-psychosis-review
28. Marshall K, Gowing L, Ali R, Le Foll B. Pharmacotherapies for cannabis dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014; 12 (12): CD008940.
29. Berry K, Palmer T, Gregg L, Barrowclough C, Lobban F. Attachment and therapeutic alliance in psychological therapy for people with recent onset psychosis who use cannabis. *Clin Psychol Psychother*. 2018; 25 (3): 440-445. doi: 10.1002/cpp.2178.
30. American College of Obstetricians & Gynecologists. Cannabis Use During Pregnancy and Lactation. 2017. Available in: www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinio-ns/Committee-on-obstetric-Practice/Cannabis-use-During-Pregnancy-and-Lactation
31. Hall KE, Monte AA, Chang T et al. Mental health-related emergency department visits associated with Cannabis in Colorado. *Acad Emerg Med*. 2018; 25 (5): 526-537.
32. Abdel-Salam OME, Galal AF, Elshebiney SA, Gaafar AEDM. International aspects of cannabis use and misuse: Egypt. In: Preedy V. Handbook of cannabis and related pathologies: biology, pharmacology, diagnosis, and treatment. Academic Press, Elsevier Science Publishing Co Inc.; 2017. pp. 505-516.
33. Jacobus J, Tapert SF. Effects of cannabis on the adolescent brain. *Curr Pharm Des*. 2014; 20 (13): 2186-2193. doi: 10.2174/13816128113199990426.
34. Wadsworth E, Hammond D. International differences in patterns of cannabis use among youth: prevalence, perceptions of harm, and driving under the influence in Canada, England & United States. *Addict Behav*. 2019; 90: 171-175.
35. Hall W, Degenhardt L. The adverse health effects of chronic cannabis use. *Drug Test Anal*. 2014; 6 (1-2): 39-45. doi: 10.1002/dta.1506.
36. Winiger EA, Huggett SB, Hatoum AS, Stallings MC, Hewitt JK. Onset of regular cannabis use and adult sleep duration: Genetic variation and the implications of a predictive relationship. *Drug Alcohol Depend*. 2019; 204: 107517. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2019.06.019.
37. Waliul Hasnat S, Waliul Hasnat S Jr. Amotivational syndrome. Slideshares. Available in: <https://es.Slide share.net/WaliulHasnat/amotivational-syndrome>.
38. Arnold JC. Handbook of cannabis and related pathologies. Cambridge: Academic; 2017.
39. Crane M. Dangers of cannabis: long term effects of pot on the brain and body. Estados Unidos: American Addiction Centers, Editorial; 2020.
40. Meier MH, Caspi A, Danese A et al. Associations between adolescent cannabis use and neuropsychological decline: a longitudinal co-twin control study. *Addiction*. 2018; 113 (2): 257-265. doi: 10.1111/add.13946.
41. Substance Abuse Center for Behavioral Health Statistics and Quality. Results from the 2018 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables. SAMHSA. Available in: [www.samhsa.gov/data/report/2018-nsduh-detailed-tables](http://www.samhsa.gov/data/report/2018-nsduh-detailed-tables).
42. NIDA. Drug facts. National Institute on Drug Abuse; National Institutes of Health; U.S. Department of Health and Human Services. December 2019.
43. NIDA Notes. How does Cannabis use affect school, work, and social life? [Acceso junio de 2020]. Available in: [www.Drug.abuse.gov/news-events/nida-notes](http://www.Drug.abuse.gov/news-events/nida-notes).
44. Bassir Nia A, Medrano B, Perkel C, Galynker I, Hurd YL. Psychiatric comorbidity associated with synthetic cannabinoid use compared to cannabis. *J Psychopharmacol*. 2016; 30 (12): 1321-1330.
45. Weinstein AM, Rosca P, Fattore L, London ED. Synthetic cathinone and cannabinoid designer drugs pose a major risk for public health. *Front Psychiatry*. 2017; 8: 156. doi: 10.3389/fpsy.2017.00156.
46. De Luca MA, Fattore L. Therapeutic use of synthetic cannabinoids: still an OpenIssue? *Clin Ther*. 2018; 40 (9): 1457-1466. doi: 10.1016/j.clinthera.2018.08.002.
47. Miliano C, Margiani G, Fattore L, De Luca MA. Sales and advertising channels of new psychoactive substances (NPS): internet, social networks, and smartphone apps. *Brain Sci*. 2018; 8 (7): 123.
48. Ruiz P, Strain EC, Lowinson JH. Lowinson and Ruiz's substance abuse: a comprehensive textbook. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Health; 2011.
49. Jafari S, Tang T. Clinical diagnosis and treatment of cannabis dependence. *BCMJ*. 2016; 58 (6): 315-317.
50. Nielsen S, Gowing L, Sabioni P, Le Foll B. Pharmacotherapies for cannabis dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019; 1 (1): CD008940. doi: 10.1002/14651858.CD008940.pub3.

51. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
52. Souza y MM et al. Psychiatric clinical history encoded for addiction, HCPCA. In: Alonso Lanza JL. Electronic medical history: ideas, experiences and reflections. 2014. Available in: [http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol13\\_5\\_05/aci02505.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol13_5_05/aci02505.htm).
53. Souza y MM. Evaluación clínica del paciente adicto al paciente. J. electrónico de medicina neuropsicológica. REMN. 2013; 14 (2): 455-468.
54. NIAAA. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Motivational enhancement therapy: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. 2015. Available in: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Project-Match/match02.pdf>.
55. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, ENCODAT 2016-2017. 28 de noviembre de 2017 [Acceso junio de 2020].
56. Souza y MM. Desde la resiliencia hasta la reinserción social del paciente dual. Seminario "Prevención y rehabilitación de las adicciones". Máster en Psicoterapia de Las Adicciones. Colegio Internacional de Educación Superior, CIES/SEP. México, D.F. 31 de mayo de 2015.
57. NIDA. National Institute on Mental health. Principles of drug addiction treatment: a research-based guide. 3rd edition. 2018. Available in: [www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/drug-addiction-treatment-in-united-states](http://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/drug-addiction-treatment-in-united-states)
58. Vanderplasschen W, Colpaert K, Autrique M et al. Therapeutic communities for addictions: a review of their effectiveness from a recovery-oriented perspective. ScientificWorldJournal. 2013; 2013: 427817. doi: 10.1155/2013/427817.
59. NIDA NIH, SAMHSA. Principles of drug addiction treatment. A research-based guide 3rd ed. NIH Publication No. 12-4180 Printed & Revised December 2012.
60. Prevention-Addiction Policy Forum. What Is Prevention. Available in: <https://www.addictionpolicy.Org./prevention>.
61. NIDA. Treating Criminal Justice-Involved Drug Abusers and Addicted Individuals. Principles of drug abuse treatment for criminal justice populations: a research-based guide. National Institute on Drug Abuse; 2018.
62. DrugFacts can also be found in Preventing Drug Use among Children and Adolescents, A Re-search-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders. 2nd edition. National Institute on Drug Abuse; 2003.
63. NIDA. Lessons from Prevention Research. [www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/lessons-prevention-research](http://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/lessons-prevention-research). Revised March 2014. National Institute on Drug Abuse; National Institutes of Health; U.S. Department of Health and Human Services. updated March 2014.
64. GHO. Global Health Observatory data, Resources for the prevention and treatment of substance use disorders. 2016. Available in: [www.who.int/gho/substance\\_abuse/en/](http://www.who.int/gho/substance_abuse/en/)
65. ONDCP Office of National Drug Control Policy. Cannabis Resource Center: [www.whitehouse.gov/ondcp/Cannabisinfo](http://www.whitehouse.gov/ondcp/Cannabisinfo), 2016.
66. Souza y MM. Trastorno inducido por el Cannabis y otros trastornos mentales. XXV Congreso Nacional y V Congreso Internacional "Psiquiatría en salud mental: neurociencias, psiquiatría clínica y socio-comunidad". Asociación Mexicana de Psiquiatría, A.C. Mérida, Yucatán. 16-20 de noviembre de 2017.
67. Souza y MM. Abuso infantil y violencia sexual en la sociedad actual. Psiquiatría APM J. 2015; 2 (3): 28-38.