

*ASPECTOS PSICOLÓGICOS
DEL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CONSUMIDOR
DE CANNABIS*

CANNABIS SATIVA

PLANTA QUE CONTIENE MÁS DE 400 COMPONENTES QUÍMICOS DE LOS QUE SE CONOCEN AL MENOS 60 CANNABINOIDES ÚNICOS DE LA ESPECIE.

LOS TRES CANNABINOIDES MÁS IMPORTANTES POR SUS EFECTOS PSICOACTIVOS SON EL DELTA-9-TETRAHIDROCANNABINOL (THC), EL CANNABIDIOL Y EL CANNABINOL.

LA PLANTA DEL CANNABIS

LA VARIEDAD DE CANNABIS QUE SE UTILIZA COMO DROGA CONTIENE EN LOS BROTES FLORALES PEGAJOSOS UNA CANTIDAD ESPECIALMENTE ELEVADA DE PRINCIPIOS PSICOFARMACOLÓGICOS ACTIVOS DENOMINADOS «CANNABINOIDES».

EN LA PLANTA, LA RIQUEZA DE CANNABINOIDES VARÍA SEGÚN LA PARTE QUE SE TRATE (BRÁCTEAS> FLORES> HOJAS> TALLOS> RAÍCES Y SEMILLAS). EL CONTENIDO DE THC (DROGA) VARÍA EN POTENCIA Y EFECTOS SEGÚN FACTORES CLIMÁTICOS Y ESTACIONALES, SEGÚN EL MÉTODO DE CULTIVO Y DE ACUERDO CON EL ORIGEN GEOGRÁFICO DE LA PLANTA.

FINALMENTE EL TIEMPO DE CRECIMIENTO, LA FORMA DE PROCESAR LOS PRODUCTOS, LA DURACIÓN Y LAS CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO SON FACTORES CRÍTICOS PARA LA PRODUCCIÓN Y CONSERVACIÓN DE LOS CANNABINOIDES.



LOS PRINCIPALES DERIVADOS DELCANNABIS.

NOMBRE	CARACTERÍSTICAS
MARIHUANA - KIF (grifa, maría, hierba, cogollo, kifi)	Triturado de hojas pequeños tallos y flores secas (1-5% - THC)
HACHÍS -resina de cannabis- (chocolate, costo, goma, mierda, piedra, china, polen, apaleado, palo)	Líquido resinoso segregado por las hojas y las flores (15% - 50% THC)
ACEITE DE HACHÍS (aceite de hachís)	Líquido aceitoso extraído de la planta por destilación con disolventes (25-50% de THC)



CANNABIS

- ☛ Es la 3a droga que mas se consume, despues del tabaco y el alcohol.
- ☛ La 1a droga ilegal mas consumida.



Consum per substàncies (últim mes)	Any 2004	
	Balears	Espanya
Alcohol	63.3	64.0
Cànnabis	26.5	25.0
Tabac	23.0	28.7
Cocaïna	2.2	3.6
Tranquil·lizants	2.8	2.4
Al·lucinògens	2.1	1.4
Substàncies volàtils	1.4	1.1
Speed	1.1	1.6
Èxtasi	0.9	1.3
Heroïna	0.5	0.4

EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO DE CANNABIS

14.5 AÑOS(encuesta escolar 14-18 año2004)

**LOS RESULTADOS DE LOS DISTINTOS ESTUDIOS
PERMITEN AFIRMAR QUE:**

- LA ADOLESCENCIA ES UN PERIODO CRUCIAL.**
- LOS PROBLEMAS Y TRASTORNOS SON MÁS PRONUNCIADOS ENTRE LOS QUE SE INICIAN EN SU CONSUMO ANTES DE LOS 15- 16 AÑOS**
- EN LOS ADOLESCENTES, ESTE INICIO TEMPRANO PUEDE TRADUCIRSE EN UN PEOR RENDIMIENTO ESCOLAR Y EN EL ABANDONO PREMATURO DE LOS ESTUDIOS**

EFFECTOS

LOS EFECTOS COMIENZAN A NOTARSE A LOS POCOS MINUTOS DEL CONSUMO, ALCANZANDO SU PICO MAXIMO, AL CABO DE UNOS 30 MINUTOS CON UNA DURACION DE 2-3 HORAS

**INNALADO- EN MINUTOS
VIA ORAL- dependiendo el tipo de alimento con el que se mezcla puede durar entre 10-20 minutos**

EFECTOS DE RAPIDA APARICION

A DOSIS BAJAS (1a FASE)

- SENSACIÓN DE CALMA Y BIENESTAR
- EUFORIA
- RISA FACIL
- ALTERACIONES DE LA PERCEPCIÓN
- DESHINIBICION
- LOCUACIDAD
- AUMENTO DEL APETITO

(2a FASE)

- SOMNOLENCIA
- DEPRESIÓN

EFFECTOS A DOSIS ELEVADAS

- CONFUSION
- LETARGO
- PERCEPCION ALTERADA DE LA REALIDAD
- ESTADOS DE ANSIEDAD Y PANICO (de forma mas inusual)

EFECTOS CRÓNICOS

- 1. SÍNDROME DE DEPENDENCIA QUE SE CARACTERIZA POR INCAPACIDAD PARA ABSTENERSE O PARA CONTROLAR EL CONSUMO DE DROGA.**
- 2. FORMAS SUTILES DE ALTERACIÓN COGNITIVA QUE AFECTAN LA ATENCIÓN Y LA MEMORIA, QUE PERSISTEN MIENTRAS LOS CONSUMIDORES PERMANECEN CRÓNICAMENTE INTOXICADOS.**
- 3. ALTERACIÓN EN LA FORMACIÓN Y EDUCACIÓN DE LOS ADOLESCENTES PUES SU APRENDIZAJE PUEDE ESTAR LIMITADO.**
- 4. ENTRE LOS QUE COMIENZAN A EDADES TEMPRANAS AUMENTA EL RIESGO DE PROGRESAR A UN USO DURO DE CANNABIS O DE OTRAS DROGAS ILEGALES.**
- 5. AUMENTO DEL RIESGO DE ESQUIZOFRENIA Y PSICOSIS GRAVES.**
- 6. AUMENTO DEL RIESGO DE TRASTORNOS DEPRESIVOS Y SÍNDROME AMOTIVACIONA**

FACTORES DE RIESGO (1)

FACTORES PERSONALES

- ☞ EDAD
- ☞ ESTADO DE SALUD
- ☞ PREDISPOSICION GENETICA

DE RIESGO BASICO

- ☞ BAJA AUTOESTIMA
- ☞ NECESIDAD DE APROBACION SOCIAL
- ☞ INTOLERANCIA A LA FRUSTRACION
- ☞ SITUACIONES O MOMENTOS CRITICOS
- ☞ INCAPACIDAD PARA EXIGIR O DECIR 'NO'

FACTORES DE RIESGO (2)

MICROSOCIALES

- ☞ MODELOS
- ☞ ACTITUDES
- ☞ LIMITES
- ☞ CONFLICTOS FAMILIARES
- ☞ PRESION DEL GRUPO
- ☞ DEPENDENCIA DEL GRUPO

MACROSOCIALES

- ☞ ACCESIBILIDAD A LAS DROGAS
- ☞ VALORES DOMINANTES
- ☞ TOLERANCIA SOCIAL
- ☞ MODELOS SOCIALES
- ☞ PUBLICIDAD, MEDIOS DE COMUNICACION

CLÍNICA DE LA DEPENDENCIA DE CANNABIS

FACTORES QUE INDICAN DEPENDENCIA

- DESINTERÉS POR ACTIVIDADES QUE NO TENGAN RELACIÓN DIRECTA CON EL CONSUMO.
- ABANDONO DEL GRUPO DE AMIGOS NO CONSUMIDORES.
- PREOCUPACIÓN POR DISPONER DE CANNABIS.
- PROBLEMAS DE RENDIMIENTO ESCOLAR O LABORAL.
- USO COMPULSIVO DEL CANNABIS.
- SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA.

ABSTINENCIA

LOS SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA SE PRESENTAN EN LAS PRIMERAS OCHO HORAS DE LA SUSPENSIÓN Y PERSISTEN POR DOS A TRES DÍAS.

SE CARACTERIZA POR LA PRESENCIA DE:

IRRITABILIDAD, ANSIEDAD, ALTERACION DEL SUEÑO (INSOMNIO INICIAL), NÁUSEAS, VÓMITO, ANOREXIA, PÉRDIDA DE PESO, TEMBLORES, SUDORACIÓN, DOLORS MUSCULARES, INCREMENTO DE LA TEMPERATURA CORPORAL Y BÚSQUEDA DE LA DROGA ("CRAVING").

SON USUALMENTE LEVES Y NO REQUIEREN UN TRATAMIENTO EN PARTICULAR (MILLMAN & SBRIGLIO, 1986 ; MILLER & GOLD, 1989).

¿PORQUE ACUDE A LA CONSULTA EL PACIENTE?

➤ PRESION FAMILIAR, ESCUELA, SOCIAL

EFFECTOS ADVERSOS DEL CONSUMO

POLICONSUMO

EVITAR SANCION ADMINISTRATIVA

IMPORTANCIA DE LA EVALUACION INICIAL

**MUCHOS DE LOS PACIENTES QUE BUSCAN O SON
REMITIDOS A TRATAMIENTO TIENEN UN
`DIAGNOSTICO DOBLE`.**

**LO CUAL QUIERE DECIR QUE ADEMAS DEL
DIAGNOSTICO POR ADICCIÓN TAMBIEN TIENEN UN
DIAGNOSTICO POR OTRO SINDROME(EJE 1) COMO:**

LA DEPRESION, O TRANSTORNO DE ANSIEDAD,

O BIEN UN DIAGNOSTICO DE PERSONALIDAD(EJE2),

O BIEN UNA COMBINACION DE AMBOS.

TRATAMIENTOS DE DEPENDENCIA DEL CANNABIS

PRIMER PASO: DESINTOXICACIÓN, DIRIGIDA A PALIAR EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA. TRATAMIENTO SINTOMÁTICO (NO HAY TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ESPECÍFICO).

SEGUNDO PASO: DESHABITUACIÓN, DIRIGIDA A MANTENER LA ABSTINENCIA Y EVITAR LA RECAÍDA. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS Y FARMACOLÓGICOS.

TRATAMIENTO DEL CANNABISMO

DIFICULTADES

- REFUERZO PRIMARIO (SUSTANCIA)
- REFUERZO SECUNDARIO (SETTING GRUPAL INDUCTOR)
- OBSTÁCULOS MOTIVACIONALES: DISTORSIÓN ATRIBUTIVA

CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN

- TERAPIA PSICOLÓGICA EN RÉGIMEN AMBULATORIO
- POBLACIÓN DIANA: ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES.
- ESTILO TERAPÉUTICO NO DIRECTIVO: MÉTODOS INDIRECTOS, ACTITUD DE TOLERANTE ESPERA

TERAPIA 1

- 1) TERAPIA PRINCIPALMENTE PSICOSOCIAL, AMBULATORIA, SIMILAR A LA TERAPIA DE CESACIÓN DEL HÁBITO TABÁQUICO.
- 2) CENTRADA PRINCIPALMENTE EN LA PROBLEMÁTICA DEL ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES, LOS PRINCIPALES AFECTADOS,
- 3) LOS TERAPEUTAS DEBERÁN EVITAR DAR PIE A QUE LOS PACIENTES ADOLESCENTES LES IDENTIFIQUEN AUTOMÁTICAMENTE CON LOS PADRES..

TERAPIA 2

4),ES IMPORTANTE.EL ESTILO DE INTERACCIÓN TERAPEUTA/PACIENTE NO DEBE SER SÓLO VERTICAL, PERO TAMPOCO FALSAMENTE HORIZONTAL.

5) EL OBJETIVO ES, TAMBIÉN AQUÍ, LA RESPONSABILIZACIÓN DEL FUMADOR DE CANNABIS EN RELACIÓN A SÍ MISMO Y A LOS DEMÁS.

ES META DE LA TERAPIA PSICOSOCIAL DESACTIVAR PREJUICIOS Y FALSAS ATRIBUCIONES, ASÍ COMO CLARIFICAR EL CAMPO MOTIVACIONAL DE CADA PACIENTE PARA QUE SUS INTENCIONES DE SALUD SE CONVIERTAN EN REALIZACIONES CONCRETAS.

TERAPIA 3

6) EL AQUÍ Y AHORA DEL PACIENTE IMPORTA MÁS QUE SU PASADO SIEMPRE ES META DE LA TERAPIA DESPERTAR EXPECTATIVAS DE FUTURO EN EL PACIENTE, TRATANDO DE ACTIVAR SUS PROPIOS RECURSOS PERSONALES.

- LA TERAPIA DE CESACIÓN DEL HÁBITO CANNÁBICO, COMO LA DEL
- TABAQUISMO, REQUIERE UN ESTILO TERAPÉUTICO NO DIRECTIVO.

MÁS ALLÁ DEL DEBATE SOBRE SI
CONSUMIR CANNABIS GENERA
DEPENDENCIA FÍSICA O NO, HAY
CONSUMIDORES DE PORROS
NECESITADOS DE AYUDA PARA
ABANDONAR SU HÁBITO.