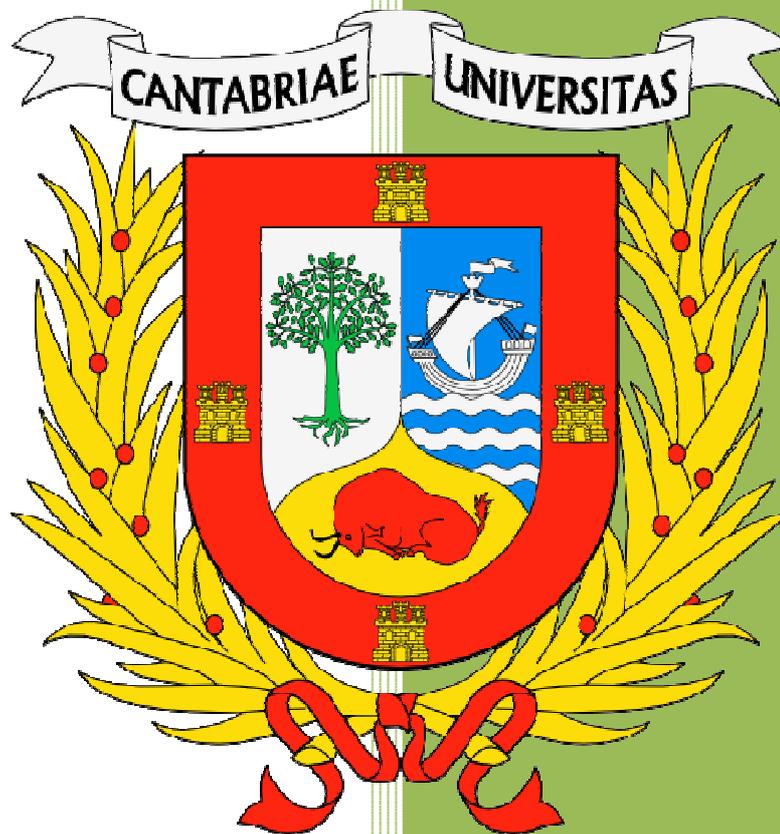


JUNIO 2013

INTERVENCIONES EN EDUCACION PARA LA SALUD EN DROGAS:

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN PRIMARIA DEL CONSUMO DE CANNABIS EN ADOLESCENTES.



AUTOR: PABLO SELLERS ASENSIO.

DIRECTOR: CARLOS HERNÁNDEZ JIMÉNEZ.

TRABAJO FIN DE GRADO.

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD. DEPARTAMENTO
DE ENFERMERIA. UNIVERSIDAD DE CANTABRIA.

18/06/2013

El presente manuscrito denominado: “Promoción de la Salud y Prevención Primaria del Cannabis en Adolescentes”. Ha sido dirigido por el profesor Carlos Hernández Jiménez, de la asignatura de Educación y Promoción de la Salud, y aprobado para su defensa ante el tribunal que ha de juzgar los Trabajos fin de Grado del departamento de Enfermería de la Universidad de Cantabria.

Vº Bº

D. Carlos Hernández Jiménez.

ÍNDICE.

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.	Pág. 4
ABSTARCT AND KEY WORDS.	Pág. 4
INTRODUCCIÓN.	Pág. 5
CAPÍTULO 1: METODOLOGÍA.	Pág. 7
CAPÍTULO 2: LAS DROGAS EL CANNABIS Y LOS JÓVENES.	Pág. 10
• APARTADO 1: CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE DROGAS.	Pág. 10
• APARTADO 2: CANNABIS.	Pág. 10
- 2.1: Cannabis: Repaso Histórico.	Pág. 10
- 2.2: Cannabis: Procedencia.	Pág. 11
- 2.3: Principios Activos y Vías de Administración.	Pág. 12
- 2.4: Cinética.	Pág. 12
- 2.5: Efectos agudos del consumo de cannabis. Y en la sobredosis.	Pág. 13
- 2.6: Efectos Clínicos a Largo Plazo.	Pág. 13
• APARTADO 3: EL CONSUMO DE CANNABIS: DATOS ESTADÍSTICOS.	Pág. 14
- 3.1: Consumo Mundial.	Pág. 14
- 3.2: Consumo en Europa.	Pág. 15
- 3.3: Consumo en España.	Pág. 16
- 3.4: Consumo en Cantabria.	Pág. 17
• APARTADO 4: ADOLESCENTES Y CANNABIS.	Pág. 19
CAPÍTULO 3: RESULTADOS.	Pág. 24
CAPÍTULO 4: CONCLUSIONES.	Pág. 31
CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN.	Pág. 32
BIBLIOGRAFÍA.	Pág. 33

RESUMEN.

La adolescencia, es una de las etapas de la vida en la que, más cambios se producen, a nivel físico, psicológico y social. Todos estos cambios, generan una vulnerabilidad en el adolescente. Ésta susceptibilidad supone una facilidad para iniciar el consumo de sustancias y, caer en la espiral del consumo de cannabis. Así según diferentes fuentes, la edad de inicio estaría en un rango entre 13-15 años.

Los adolescentes deberán contar con mayores aptitudes para la vida y ser capaces de tomar decisiones más sanas, de este modo, también se reducirá el porcentaje de jóvenes implicados en el consumo de cannabis.

El cannabis es la droga ilegal más consumida entre los adolescentes, aunque la tendencia de los últimos años va encaminada hacia un ligero descenso de su consumo.

El objetivo de esta monografía es el de analizar la efectividad de programas de educación en el consumo de cannabis en adolescentes llevados a cabo en diferentes países.

Los resultados de los artículos analizados, sobre Prevención y Promoción del consumo de cannabis, indican que existe una obligación tácita que debe implicar a padres, profesores, y al personal sanitario en estos programas, para mejorar y disminuir la prevalencia del consumo del mismo.

PALABRAS CLAVE

Adolescente, Educación para la Salud, Prevención Primaria, Drogas, Cannabis.

ABSTRACT.

Adolescence is one of the life stages in which a lot of changes happen, a physical level, psychological and social. All these changes generate vulnerability in the adolescent. This susceptibility, suppose a facility in which the start of drug use can fall into a spiral of cannabis abuse. So according to the different sources, the age of beginning would be in a range between 13 and 15 years.

The adolescents should be able to count on more life skills and be able to make healthier choices. This will also reduce the percentage of young people involved in the cannabis consumption.

The cannabis is the illegal drug most consumed between the teenagers, though the trend of last years is directed towards a light decrease of its consumption.

The objective of this monograph is to analyze the efficiency of programs of education in the consumption of cannabis in teenagers carried out in different countries.

The results of the analyzed articles, on Prevention and Promotion of the consumption of cannabis, indicate that there exists a tacit obligation that must imply parents, teachers, and to the sanitary personnel in these programs, to improve and to diminish the prevalence of the consumption of the same one.

KEY WORDS

Adolescence, Health Education, Primary Prevention, Drugs, Cannabis.

INTRODUCCIÓN.

El uso de drogas constituye una de las conductas más ampliamente percibidas como problema por nuestra sociedad, hasta el punto que en las frecuentes encuestas de opinión que se han realizado durante los últimos años, habitualmente aparece entre las primeras preocupaciones de la población española. Esta percepción social del consumo de drogas se ha revelado como uno de los principales obstáculos para la planificación de actividades encaminadas a la prevención y tratamiento de las toxicomanías¹.

Una de cada cinco personas en el mundo, es decir 1200 millones de personas, es joven. En la adolescencia empieza la auto-aceptación, cansancio permanente, sensación de omnipotencia e invulnerabilidad, hay un inicio en las conductas de riesgo como el inicio en el consumo de cannabis².

El abuso de drogas, aumenta globalmente afectando especialmente a los jóvenes siendo el alcohol y el tabaco las drogas más ampliamente consumidas, y, dentro de las drogas ilegales: el cannabis¹.

La drogodependencia es un fenómeno universal que afecta a casi todos los países. Esto, se refleja en los datos estadísticos de incidencia del consumo de cannabis, en la implicación en el problema tanto de las organizaciones sanitarias, como de los profesionales dedicados a la atención a los jóvenes e, incluso, en las opiniones de los propios adolescentes³.

Las investigaciones indican que los jóvenes que fuman y beben de forma regular tienen una alta prevalencia de experimentación con otras drogas y tienen actitudes más positivas hacia el consumo de cannabis¹.

El abuso precoz, a menudo, suele incluir el cannabis. Si continúan consumiendo más allá de la adolescencia, los consumidores pueden involucrarse en el consumo de otras drogas. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la mayoría de los jóvenes, no progresan al abuso de otras sustancias⁴.

El cannabis es la droga ilegal más consumida en la adolescencia, independientemente de la edad y sexo. El consumo de cannabis es infrecuente antes de los 13 años. Pero a partir de los 14 hay un incremento progresivo hasta alcanzar la máxima prevalencia a los 18 años².

Las investigaciones han demostrado que los períodos claves de riesgo para el abuso de cannabis son durante las transiciones en la vida de los niños. A menudo experimentan nuevas situaciones académicas y sociales. Es en la adolescencia temprana, en la que hay más probabilidad de que los jóvenes se enfrenten por primera vez al cannabis⁵.

El proceso de educar es un proceso de desarrollo que pretende conseguir la capacitación del individuo para desenvolverse en su medio. La Educación para la Salud facilita el aprendizaje para conseguir cambios en los comportamientos perjudiciales para la salud o mantener los que son saludables⁶.

Las instituciones escolares son un marco excepcional para poder abordar, eficazmente a los adolescentes en su problemática con el consumo de cannabis realizando intervenciones de Promoción de la Salud.

La Estrategia Europea en materia de lucha contra las drogas 2005-2012 centra sus esfuerzos en cuatro grandes áreas de trabajo: la reducción de la demanda, la reducción de la oferta, la cooperación internacional y la información, investigación y evaluación⁷.

Promoción de la Salud y Prevención Primaria del consumo de Cannabis en Adolescentes

La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 tiene como finalidad orientar, impulsar y coordinar las diferentes actuaciones en materia de drogas. Esta Estrategia pretende promover una conciencia social sobre la importancia de los problemas y los daños relacionados con las drogas, sobre la posibilidad real de evitarlos, y sobre la importancia de que la sociedad en su conjunto, sea parte activa en su solución. Así como aumentar las capacidades y habilidades personales de resistencia a la oferta de drogas y a los determinantes de los comportamientos problemáticos relacionados con las mismas. Finalmente, esta estrategia intenta retrasar la edad de inicio y disminuir el consumo de drogas legales e ilegales⁴.

En Cantabria, se han elaborado y desarrollado normas legislativas en nuestra Comunidad sobre el uso de sustancias psicoactivas; se ha asistido a cambios del tipo de sustancias, patrones y contextos de consumo; escuchado y apoyado la respuesta social y asumido responsabilidades informativas, formativas y asistenciales⁸.

Con la finalidad de dar un paso más en este sentido, se presenta la Estrategia sobre Drogas de Cantabria 2009-2013, que tiene como objetivo orientar las actuaciones que en materia de drogodependencias se van a llevar a cabo en nuestra Comunidad Autónoma en este período⁸.

La nueva Estrategia está formulada desde el convencimiento que la intervención en drogodependencias es una responsabilidad social y una tarea colectiva, en la que resulta imprescindible la implicación activa de la sociedad, e instituciones y organizaciones en las que se vertebra⁹.

En cuanto a los motivos de la elección de este tema para la monografía destacan los siguientes:

Revisando los artículos y estudios publicados, me he dado cuenta que hay mucha información dedicada a los jóvenes sobre el tabaco y el alcohol, hay guías nacionales ya estructuradas y estandarizadas. Programas de prevención, muy bien diseñados y que están funcionando activamente por todo el territorio nacional. Pero en cuanto al consumo de cannabis no hay tantos diseños dedicados a su prevención y consumo entre los jóvenes, sorprende ésta conclusión teniendo en cuenta que es la droga ilegal más consumida entre los adolescentes.

Es preocupante que el consumo de cannabis se inicie cada vez a edades más tempranas, y que la conciencia social de esta sustancia como droga sea cada vez menor, por los problemas que genera¹⁰.

Hay que averiguar si los programas, son efectivos, si podemos mejorar nuestras intervenciones, si existe alguna intervención más oportuna y comprobar si ésta, permite vivir, al individuo que los recibe, de forma saludable¹⁰.

Por esto he creído oportuno centrar mi monografía de intervenciones para favorecer la salud en drogas sobre la prevención del consumo de cannabis en los adolescentes.

Otro de los motivos de la elección de este tema ha sido un interés personal sobre el mismo; ya que dentro del ámbito de nuestra profesión, como parte del equipo sanitario, entran dentro de nuestras funciones las tareas de Educación y Promoción de la Salud, y la prevención.

En este sentido, conjuntamente con otros profesionales de enfermería, estoy desarrollando un programa de Educación para la Salud, para la prevención de drogas en los adolescentes, que se iniciará en el próximo curso escolar por diferentes colegios e institutos de la región. Debido a dicho programa, me ha parecido muy interesante ahondar en profundidad en la prevención sobre el cannabis.

Promoción de la Salud y Prevención Primaria del consumo de Cannabis en Adolescentes

El objetivo de esta monografía es recopilar la literatura disponible, en un intento de analizar la efectividad de algunos programas de educación en el consumo de cannabis, en adolescentes llevados a cabo en diferentes países.

La presente monografía ha sido diseñada y repartida en cinco capítulos, que se desglosan de la siguiente forma:

En el capítulo 1, se desarrolla la metodología, se hace alusión al sistema de búsqueda de la información y los pasos seguidos para la obtención de los artículos y estudios utilizados para el desarrollo de la monografía. Se incluye la tabla y el árbol de búsqueda. Seguidamente en el capítulo 2, se desarrollan todos los conceptos teóricos, así como los datos estadísticos del consumo del cannabis y su relación con la adolescencia. En el capítulo 3, se detallan todos los estudios analizados así como una tabla resumen de cada uno de ellos con las características más relevantes.

Más adelante en el capítulo 4, se exponen las conclusiones de la monografía y finalmente, en el capítulo 5, desarrollo la discusión, en la que hago una breve reflexión y análisis de mi opinión personal tras la finalización del trabajo.

CAPÍTULO 1. METODOLOGIA.

Para la realización de esta monografía, se efectuó una localización de referencias bibliográficas a través de una búsqueda realizada hasta el mes de Abril del 2013, en las siguientes bases de datos: Pubmed, Dialnet y Scholar Google. Se utilizó para la estrategia de búsqueda una serie de descriptores, en el caso que estuvieran disponibles, recogidos en el tesoro de la National Library of Medicine de Estados Unidos (MeSH, Medical Subject Headings), y en la Biblioteca Virtual en Salud (DeCS, Descriptores en Ciencias de la Salud). Se efectuaron diferentes combinaciones utilizando los operadores booleanos (AND) y (OR) en texto libre y sin aplicar ningún límite en la estrategia de búsqueda.

Los descriptores utilizados fueron:

- MeSH: “Health promotion”, “Health Education”, “Primary prevention”, “Health Behaviour”, “drugs”, “Pharmaceutical preparation”, “cannabis”, “Cannabinoids”, “Marijuana Smoking”, and “Marijuana Abuse”.
- DeCS: “Promoción de la salud”, “Educación en salud”, “Prevención primaria”, “Comportamiento en salud”, “Drogas”, “Cannabis”, “Cannabinoides”, “Fumar marihuana”, “Abuso de marihuana”.

Tabla 1: Resultados de la estrategia de búsqueda inicial.

BASES DE DATOS	DESCRIPTORES	Nº DE ARTICULOS
PUBMED		
	“Health promotion” AND Pharmaceutical preparation.	371
	“Primary prevention” AND Pharmaceutical preparation.	262
	“Health Education” AND Pharmaceutical preparation.	678
	“Health promotion” AND (“drugs”).	958
	“Primary prevention” AND (“drugs”).	1240
	“Health Education” AND (“drugs”).	1643
	“Health promotion” AND (“Cannabis” OR “Cannabinoids” OR “Marijuana Smoking” OR “Marijuana Abuse”).	115
	“Primary prevention” AND (“Cannabis” OR “Cannabinoids” OR “Marijuana Smoking” OR “Marijuana Abuse”).	28

Promoción de la Salud y Prevención Primaria del consumo de Cannabis en Adolescentes

	“Health Education” AND (“Cannabis” OR “Cannabinoids” OR “Marijuana Smoking” OR “Marijuana Abuse”).	245
	“Health Behaviour” AND (“Cannabis” OR “Cannabinoids” OR “Marijuana Smoking” OR “Marijuana Abuse”).	35
DIALNET		
	“Promoción de la salud” en “adolescentes” y “drogas”.	15
	“Prevención Primaria” en “adolescentes” y “drogas”.	4
	“Educación en Salud” en “adolescentes” y “drogas”.	20
	“Drogas” y “Sistema nervioso central”.	20
	“Promoción de la salud” en “adolescentes” y “Cannabis”.	3
	“Prevención Primaria” en “adolescentes” y “Cannabis”.	2
	“Educación en Salud” en “adolescentes” y “Cannabis”.	7
	“Health promotion” AND “Cannabis” OR “Cannabinoids” OR “Marijuana Smoking” OR “Marijuana Abuse”.	29
	“Primary prevention” AND “Cannabis” OR “Cannabinoids” OR “Marijuana Smoking” OR “Marijuana Abuse”.	30
	“Health Education” AND “Cannabis” OR “Cannabinoids” OR “Marijuana Smoking” OR “Marijuana Abuse”.	30
	“Health Behavior” AND “Cannabis” OR “Cannabinoids” OR “Marijuana Smoking” OR “Marijuana Abuse”.	32
GOOGLE ACADEMICO		
	“Promoción de la salud” en “adolescentes” Y "Cannabis" O "cannabinoides".	19
	“Promoción de la salud” en “adolescentes” Y "marihuana" O "abuso de marihuana".	1
	“Prevención primaria” en “adolescentes” Y "Cannabis" O "cannabinoides" O "fumar marihuana" O "abuso de marihuana".	1
	“Educación para la Salud” en “adolescentes” Y "Cannabis" O "cannabinoides" O "Fumar marihuana" O "abuso de marihuana".	0
	“Comportamiento de la Salud” en “adolescentes” Y "Cannabis" O "cannabinoides" O "Fumar marihuana" O "abuso de marihuana".	0
	“Primary prevention” AND “drugs”.	103.000
	“Health Education” AND “drugs”.	212.000
	“Health promotion” AND (“Cannabis” OR “Cannabinoids” OR “Marijuana Smoking” OR “Marijuana Abuse”).	7.400
	“Primary prevention” AND (“Cannabis” OR “Cannabinoids” OR “Marijuana Smoking” OR “Marijuana Abuse”).	3.760
	“Health Education” AND (“Cannabis” OR “Cannabinoids” OR “Marijuana Smoking” OR “Marijuana Abuse”).	8.760
	“Health Behavior” AND (“Cannabis” OR “Cannabinoids” OR “Marijuana Smoking” OR “Marijuana Abuse”).	2.460

Promoción de la Salud y Prevención Primaria del consumo de Cannabis en Adolescentes

Para la selección de los documentos se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión, y exclusión:

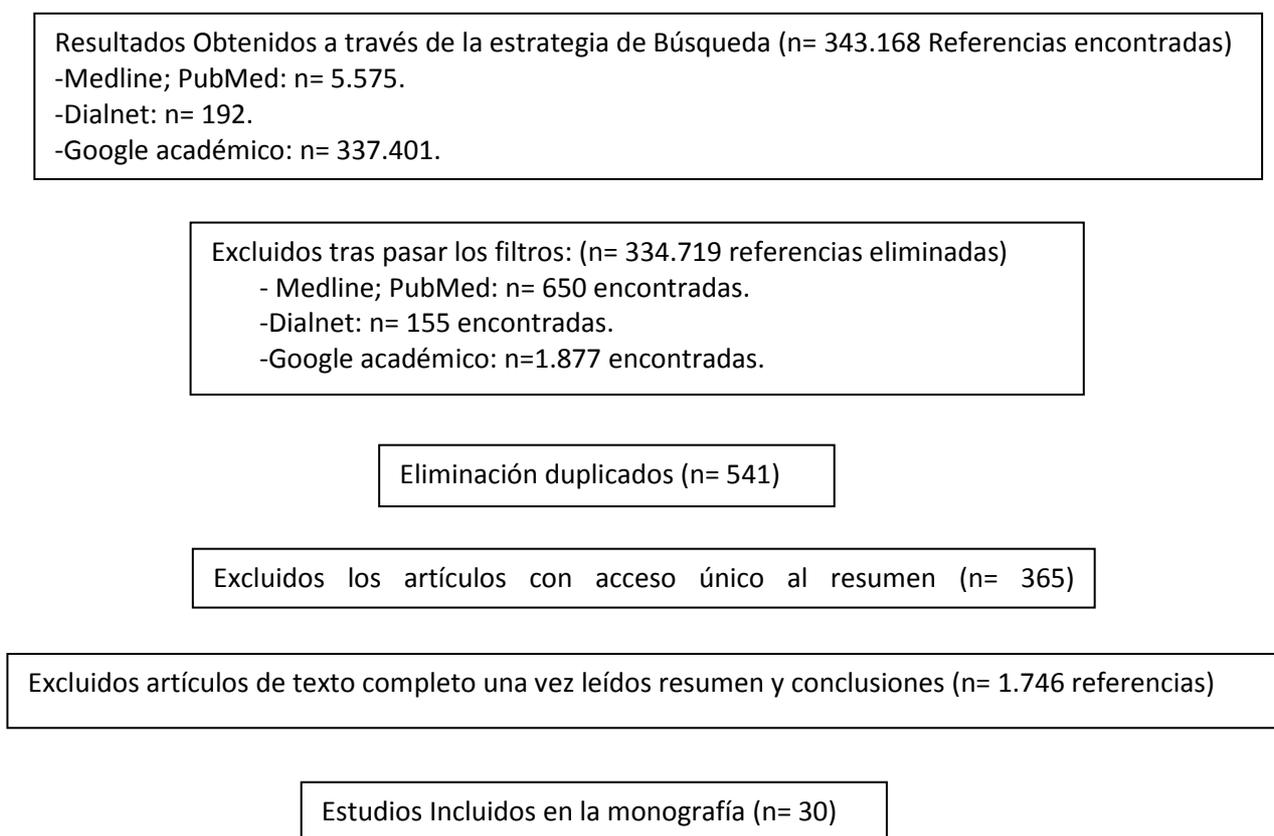
- Todos los diseños de investigación.
- Solo texto completo o resumen (abstract).
- Fecha publicación: Posteriores al año 2003.
- Estudios realizados en humanos.
- Idioma: Inglés y Español.
- Población:
 - Adolescentes 13-24 años.
- País de realización: todos, siempre que estuvieran escritos en lengua inglesa o española.
- Actividades relacionadas con promoción de la salud, educación en salud, comportamientos de salud y prevención primaria.

Los criterios de inclusión o exclusión se aplicaron a las referencias encontradas, tras pasar estos filtros, se eliminaron los artículos duplicados, y algunos de los que sólo se tenía acceso al resumen, tras lo cual se procedió a la exclusión de los artículos restantes mediante la lectura de los resúmenes, o cuando fue necesario, de la lectura completa de los estudios. Adicionalmente, se realizó una búsqueda manual en las referencias bibliográficas de los estudios recuperados.

Se considera que esta monografía tiene como limitaciones: elegir sólo artículos en inglés y en español, texto completo y resumen, por lo que podemos no haber tenido en cuenta información importante. Y debido a la heterogeneidad en los estudios, se hace difícil establecer conclusiones generales. Pero en futuras investigaciones, si se pretendiera utilizar la información extraída para realizar investigaciones que precisaran recabar información más completa, se tendría en consideración.

En la Figura 1 se muestra el árbol de búsqueda y los resultados que se fueron obteniendo en el proceso de cribado de los artículos y los estudios que han sido incluidos en la monografía.

Figura 1: Árbol de búsqueda



CAPÍTULO 2. LAS DROGAS, EL CANNABIS Y LOS JOVENES.

APARTADO 1. CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE DROGAS.

Tal y como expone la guía de salud y desarrollo personal para trabajar con adolescentes, desarrollada por la OMS, existen diferentes conceptos, que no debemos equivocar cuando se habla de consumo de drogas¹¹:

Droga es “Toda sustancia, que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce alguna alteración, del algún modo, del natural funcionamiento, del sistema nervioso central del individuo, y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física, o ambas”¹².

En el lenguaje coloquial, el término droga suele referirse concretamente a las sustancias psicoactivas y, a menudo, de forma aún más concreta, a las drogas ilegales¹¹. Las drogas de inicio son aquellas legales o ilegales que abren camino al consumo de otra droga.

Hablamos de uso cuando el consumo de determinada droga reporta a la persona más “beneficio” que “perjuicio”. Y de abuso cuando los aspectos negativos del consumo superan a los positivos¹¹.

Dependencia: Relación que se establece entre el consumidor y la droga, la cual origina en el individuo la necesidad de seguir consumiéndola de forma periódica, puede ser física o psíquica¹¹.

Tolerancia: Fenómeno de adaptación del organismo a la sustancia que tiene como consecuencia la necesidad de aumentar la dosis para obtener los mismos efectos¹¹.

Síndrome de Abstinencia: El organismo se habitúa a la presencia constante de la sustancia, de tal manera que necesita mantener un determinado nivel en sangre de la misma para funcionar con normalidad. Cuando este nivel desciende por debajo de un cierto índice aparece el síndrome de abstinencia característico de cada droga⁴.

APARTADO 2. CANNABIS.

2.1 CANNABIS. REPASO HISTÓRICO.

Según la OMS, el cannabis es un “término genérico empleado para designar los diversos preparados psicoactivos de la planta de la marihuana (cáñamo), Cannabis Sativa. Estos preparados son: hojas de marihuana, bhang, ganja o hachís (derivado de la resina de los ápices florales de la planta) y aceite de hachís”¹¹.

El cannabis es una planta que se ha utilizado desde muy antiguo, tanto con fines industriales, para la obtención de tejidos, cuerdas y aceite de sus semillas, como con fines medicinales¹³.

Hoy día, el cannabis sigue siendo la droga ilegal más consumida en los países del primer mundo, está en todos los grupos socioeconómicos tanto en áreas rurales como urbanas¹⁴.

Los primeros datos conocidos en cuanto a su uso con fines terapéuticos se sitúan hace más de 4.000 años en China, donde algunos tratados explican sus aplicaciones médicas para el estreñimiento o las alteraciones menstruales. En uno de estos textos se utiliza el término “Ma”, que tiene una connotación negativa, por lo que se supone que conocían sus efectos psicotrópicos indeseables¹⁴.

Promoción de la Salud y Prevención Primaria del consumo de Cannabis en Adolescentes

También en otras civilizaciones más próximas temporal y geográficamente, como la griega o la romana, se utilizó el cannabis con finalidades curativas, tradición que se mantuvo hasta principios de siglo pasado cuando se podían encontrar, en muchas farmacopeas nacionales, múltiples medicamentos que contenían cannabis¹³.

En América, los esclavos africanos importaron la marihuana a Brasil a principios del siglo XVI, y se fue extendiendo su cultivo poco a poco.

En Europa, los soldados napoleónicos la conocieron durante la campaña de Egipto (1798). En el siglo XIX su consumo se extendió por Norte-América. Existieron preparados a la venta en Estados Unidos a finales del siglo XIX, que contenían derivados del cannabis para el tratamiento del cólico del lactante¹⁴.

A principios del siglo XX, dadas sus propiedades recreativas, su uso se puso de moda en el mundo artístico; fue consumida por escritores y pintores famosos. La cultura hippie la promovió como símbolo y en los años sesenta se extendió su consumo entre los jóvenes y constituyó todo un ritual de rebeldía entre los adolescentes¹⁴.

A partir de la Primera Guerra Mundial su uso empezó a cuestionarse (en parte ante la alarma por la proliferación de heroinómanos), hasta que, en 1924, el cannabis fue declarado narcótico en la Conferencia Internacional sobre Opiáceos y su tráfico, perseguido¹⁴.

En 1941 se retiró de la farmacopea americana, y en 1971 la División de Narcóticos de la Organización de las Naciones Unidas lo declaró sustancia con un alto potencial de abuso y sin efecto terapéutico¹⁴.

2.2 CANNABIS. PROCEDENCIA.

El cannabis es una la planta “Cannabis sativa L.”, de la que existen diferentes tipos, pero generalmente de la que se suele hablar y se utiliza habitualmente es la planta denominada Cannabis Sativa con tres subespecies: Sativa, Indica y Ruderalis. De la subespecie Sativa, se obtienen principalmente fibras y aceite, y es pobre en principios activos, y de la sub-especie índica, produce una mayor cantidad de resina y posee una mayor concentración de principios activos (Fig. 2)^{13,11}.

Figura. 2 Cannabis Sativa.



La planta existe tanto en ejemplares de macho como de hembra y estas últimas son las que florecen mejor y las que permiten que se desarrollen los cogollos. Los cogollos, son la forma de floración de la planta, y una vez que la planta está madura, esos cogollos se recogen y se dejan secar y eso es lo que comúnmente se denomina marihuana. De la resina de las plantas se elabora lo que comúnmente se denomina hachís, chocolate o costo¹¹.

Fuente: Sección de Toxicología Clínica.
Servicio de Urgencias. Hospital Clínic. Barcelona¹³.

2.3 PRINCIPIOS ACTIVOS Y VÍAS DE ADMINISTRACIÓN.

De la planta se han aislado más de 400 sustancias, entre las cuales hay unos 60 cannabinoides. El principal producto psicoactivo es el delta-9-tetrahidrocannabinol (D-9-THC)¹³.

La forma más común de consumo es en forma de cigarrillo liado a mano (Fig. 3). También se pueden consumir en pipa de agua (Fig. 4), existe la presentación en forma de resina (Fig. 5), e incluso se puede consumir esnifada como el rapé o ingerido por vía oral en diversos productos cocinados como la "torta espacial" o las "galletitas de hachís". La forma de consumo está relacionada con el tipo de derivado del cannabis y las costumbres locales (Tabla 2)¹³.

Figura 3. Porro o canuto.



Figura 4. Pipa de agua.



Figura 5. Resina de hachís.



Fuente: Sección de Toxicología Clínica y Servicio de Urgencias. Hospital Clínic. Barcelona¹³.

Tabla 2. Productos derivados del cannabis.

Denominación	Obtención y consumo	Riqueza en $\Delta 9$ -THC	Argot
Marihuana, grifa, kif o kiffi	Triturado de flores secas y hojas. Se fuma o come.	1-5%	Marijuana, hierba, maría, sin semilla, ganja, verde, ...
Bhang.	Flores y hojas frescas o secas. Se suele consumir en infusión.	0,3-2%	Bhang Lassi, Bhang Ki Thandai.
Charas, hachís.	Se prepara mediante la resina que producen las flores femeninas, antes de ser polinizadas. Se fuma o come.	5-10%	Chocolate, costo, hachís, resina, porro, canuto, peta, troncho, bonobon, ...
Aceite de hachís, resina, hachís líquido.	Se trata la resina con solventes, se purifica y se obtiene un aceite.	50-70%	Aceite de miel, aceite de hachís.

Fuente: Sección de Toxicología Clínica y Servicio de Urgencias. Hospital Clínic. Barcelona¹³.

2.4 CINÉTICA.

La biodisponibilidad del D-9-THC depende de la forma de administración. Como es muy soluble en lípidos se absorbe a través del pulmón y del tubo digestivo. En caso de consumo oral, la absorción varía entre un 5-12%, mientras que cuando se fuma oscila entre 15-30%, aunque puede llegar al 50%. El D-9-THC se distribuye ampliamente en el tejido graso¹³.

Cuando se fuma, el pico máximo en plasma se alcanza a los 2-5 minutos y se reduce rápidamente hasta alcanzar el 5-10% del valor máximo al cabo de un hora, aunque los efectos se mantienen durante 2-4 horas¹³.

La dosis oral tiene menos efectos que la inhalada, y en general, debe ser de 3 a 5 veces mayor para que aparezcan las mismas manifestaciones. Sólo el 3% del D-9-THC circula libre en el plasma, la mayoría unido a lipoproteínas y una pequeña parte a las células sanguíneas¹³.

Promoción de la Salud y Prevención Primaria del consumo de Cannabis en Adolescentes

Todo ello explica que únicamente atraviese la barrera hemato-encefálica alrededor del 1%. Una vez en el SNC se concentra en el tálamo, amígdala, cortex frontal y parietal e hipocampo¹³.

El D-9-THC se metaboliza principalmente a nivel hepático, originándose varios metabolitos, algunos de ellos activos como el 11-nor-9-carboxi-THC, es el metabolito más abundante en plasma y en orina, utilizándose como marcador biológico del consumo de cannabis. La mayoría de metabolitos se eliminan por las heces a través de la bilis (65-70%). Los metabolitos del THC tienen un elevado periodo de eliminación debido a su alta liposolubilidad y acumulación en el tejido adiposo. Por ello es posible detectar cannabinoides en orina varias semanas después del último consumo¹³.

2.5 EFECTOS AGUDOS DEL CONSUMO DE CANNABIS EN LA SOBREDOSIS.

Los efectos agudos del cannabis son muy variables entre personas, dependiendo de factores como la personalidad, las expectativas, el ambiente o contexto, la experiencia previa y el contenido de THC y otros componentes en la forma de administración¹³.

La dosis de THC necesaria para producir efectos en seres humanos varía entre 2- 22 mgr Un cigarrillo con cannabis suele contener entre 5 y 30 mg de THC¹³.

Los efectos suelen ser euforia, bienestar, relajación, somnolencia, alteraciones de la percepción y aumento del apetito, pero dependiendo de la dosis absorbida los síntomas pueden ser muy variables, sobre todo a nivel del SNC (Tabla 3)¹³.

Tabla 3. Efectos del consumo de cannabis, según THC absorbido.

Dosis	THC absorbido	Clínica en SNC
Pequeñas o moderadas.	0.5 – 7,5 mgr.	Euforia, risa fácil, hilaridad, alteraciones en la percepción del tiempo, colores y sonidos, bienestar, relajación, somnolencia, dificultades de concentración y memorización.
Elevadas.	15 mgr.	Marcada distorsión en la percepción visual y auditiva. Alucinaciones junto a sensación de despersonalización y desrealización, pensamientos confusos y desorganizados, ideas paranoides.
Muy elevadas.	> 20-25 mgr.	Crisis de pánico, delirio tóxico, psicosis paranoide, depresión. Disminución del nivel de conciencia.

Fuente: Sección de Toxicología Clínica y Servicio de Urgencias. Hospital Clínic. Barcelona¹³.

Son posibles signos y síntomas cardiovasculares (taquicardia, hipotensión ortostática, aumento del gasto cardíaco, extrasístoles ventriculares y alteraciones inespecíficas del ST), oculares (hiperemia conjuntival, discreta midriasis y reflejo fotomotor disminuido) y neurovegetativas (sequedad de boca y mucosas, aumento del apetito y palidez)¹³.

Los síntomas psíquicos más frecuentes son cambios conductuales con euforia y ansiedad, síntomas de suspicacia e ideación paranoide, sensación de lentitud en la percepción del tiempo y retraimiento. Suele aumentar la sensibilidad del individuo a los estímulos externos, los colores se perciben más brillantes y los sonidos más intensos. A dosis más altas pueden darse episodios de despersonalización o de desrealización¹⁵.

2.6 EFECTOS CLÍNICOS A LARGO PLAZO.

El consumo continuado de cannabis puede causar patologías variadas que impliquen a diferentes órganos, pero las mejor conocidas se relacionan con el SNC (Tabla 4)¹³.

Tabla 4. Efectos clínicos a largo plazo que se han relacionado con el consumo de cannabis.

APARATO O SISTEMA	EFECTOS
Sistema Nervioso Central <ul style="list-style-type: none"> - Trastornos psiquiátricos: - Cognición y rendimiento psicomotor: 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicosis. - Esquizofrenia. - Trastorno de ansiedad y afectivo. - Síndrome amotivacional. - Depresión mayor. - Dependencia. - Alteración en la capacidad de organización e integración de información compleja. - Incoordinación motora. - Déficit de memoria, atención y concentración
Aparato Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> - Arteritis. - Accidente vascular cerebral isquémico y transitorio, e ictus.
Aparato Respiratorio	<ul style="list-style-type: none"> - Bronquitis crónica y enfisema. - Carcinoma pulmonar.
Aparato Digestivo	<ul style="list-style-type: none"> - Hepatomegalia y esplenomegalia. - Alteraciones enzimáticas hepáticas.
Sistema Inmunológico	<ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la linfoproliferación. - Citotoxicidad. - Producción de Ac, e incrementos de IL-8
Sistema Reprodutor	<ul style="list-style-type: none"> - Incremento de prolactina. - Anovulación. - Descenso de testosterona. - Disminución de la cantidad y motilidad de los espermatozoides.
Embarazo y Recién Nacido	<ul style="list-style-type: none"> - Disminución del peso, talla y perímetro craneal al nacer. - Disminución de las funciones cognitivas.

Fuente: Sección de Toxicología Clínica y Servicio de Urgencias. Hospital Clínic. Barcelona¹³.

APARTADO 3. EL CONSUMO DE CANNABIS: DATOS ESTADÍSTICOS.

3.1 CONSUMO MUNDIAL.

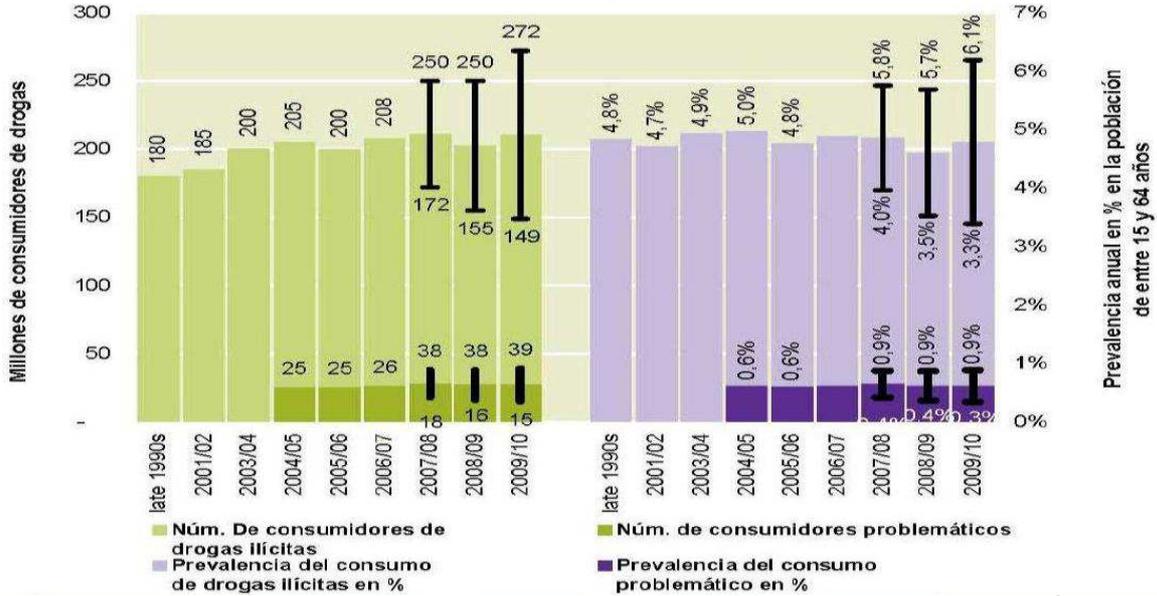
El informe mundial sobre drogas presentado en 2012 por las OMS, calcula que durante el 2010, el 5% de la población adulta en el mundo, consumió alguna droga ilegal. Y, aunque el consumo de drogas parece haberse estabilizado, sigue aumentando en países en desarrollo. En la figura 6 se muestra la prevalencia mundial de las drogas ilícitas entre 1990 y 2010².

A nivel mundial el cannabis es la droga ilegal más consumida, con una prevalencia que oscila entre el 2,6% y el 5%. (Figura 7). El consumo de cannabis es especialmente problemático en África y Oceanía².

De particular preocupación es el elevado número de usuarios que consumen cannabis más de 10 veces en los últimos 30 días. Sobre todo entre los varones (14,3%), una tasa que ha aumentado en los últimos 10 años¹⁶.

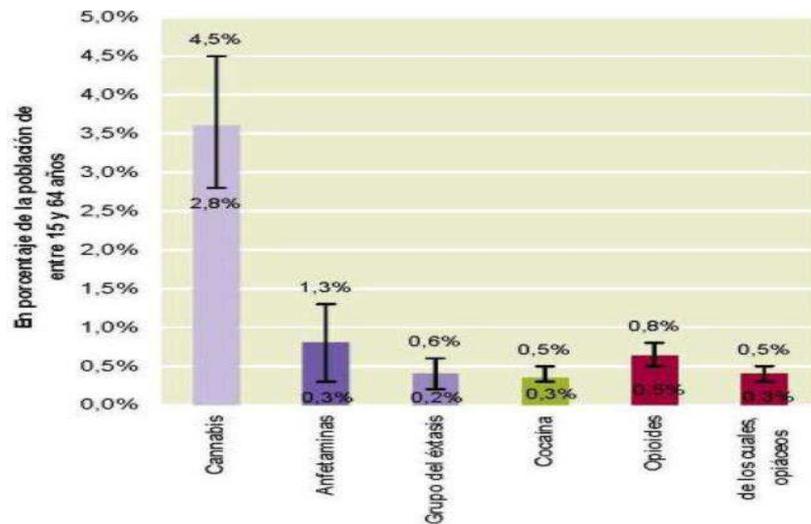
Promoción de la Salud y Prevención Primaria del consumo de Cannabis en Adolescentes

Figura 6. Prevalencia anual y Nº de consumidores de drogas ilícitas a nivel mundial 1990-2010.



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS) 2012².

Figura 7. Prevalencia anual del consumo de drogas ilícitas 2009-2010.



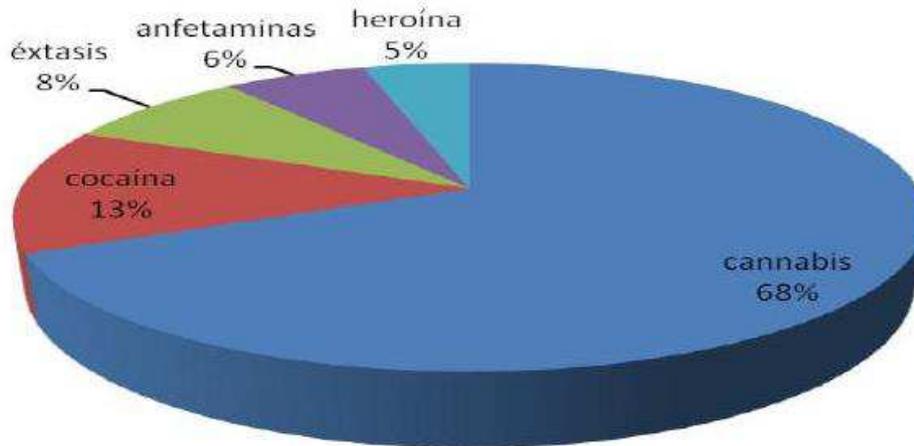
Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS) 2012².

3.2 CONSUMO EN EUROPA.

La acción llevada a cabo por la UE desempeña un papel importante. En términos generales, los esfuerzos de la UE se dirigen a la coordinación de todos los agentes participantes. En el ámbito de la Salud Pública, complementa la acción de los Estados miembros al reducir los perjuicios que el cannabis causa en la salud, incluso mediante la formación y la prevención⁷.

Según las estadísticas, del OEDT (Observatorio Europeo para las Drogas y las Toxicomanías) en su informe del 2011, el consumo de drogas parece mantenerse estable, pero los niveles de prevalencia siguen siendo globalmente elevados. Los niveles de consumo de cannabis parece que tienden a disminuir ligeramente, después de haber pasado una época de aumento de su popularidad durante los 90, y de estabilización durante la década pasada. Pese a ello, el cannabis sigue siendo la droga ilegal más consumida en Europa. Fig. 8².

Figura 8. Porcentaje del consumo europeo de drogas en 2009.



Modificado: Informe anual de drogas, Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD) 2010⁴.

3.3 CONSUMO EN ESPAÑA.

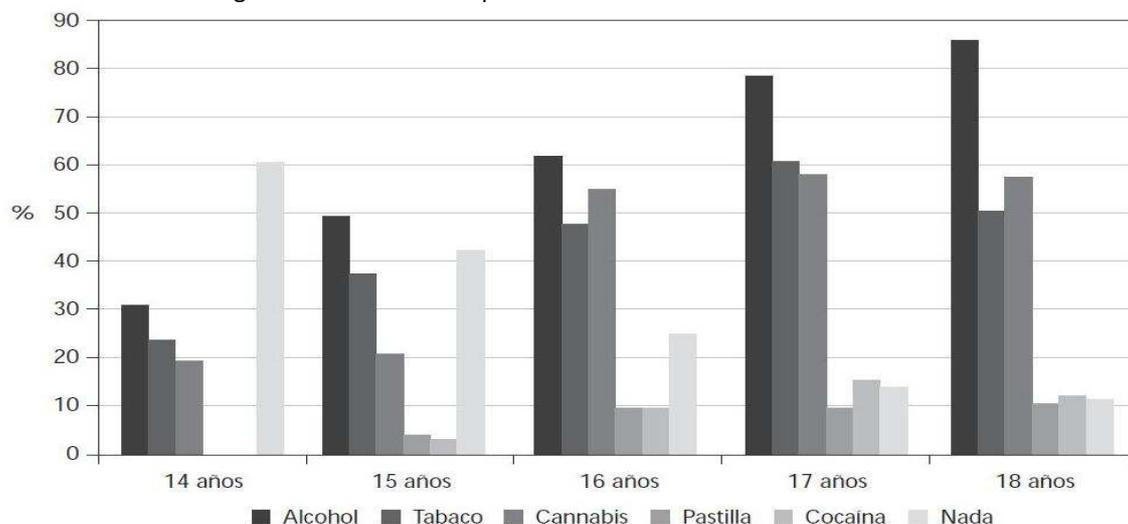
En España la lucha contra las drogas se hace a través del Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD). EL PNSD describe, una disminución de la percepción del riesgo derivado del consumo de cannabis y un alarmante incremento de su consumo. El Plan de Acción 2005-2008, tenía entre sus objetivos principales prevenir el consumo de sustancias psicoactivas, sobre todo entre los más jóvenes¹⁷.

Hay que valorar los datos estadísticos publicados a mediados de 2004, antes de la ampliación de la U.E, según los cuales el 79% de los jóvenes españoles cree que puede conseguir droga cerca de su casa, frente al 63% de la media europea¹⁸.

El cannabis es la droga ilegal más consumida por los estudiantes de 14 a 18 años, es la que se consume a edades más tempranas. La edad media de inicio en el consumo entre los estudiantes es de 14,6 años, siendo similar en ambos sexos¹⁹.

La extensión y la frecuencia de consumo de cannabis se van incrementando con la edad, de los 14 a los 18 años. El mayor incremento tiene lugar entre los 14 y 15 años, (Fig. 9). En 2006 a los 18 años un tercio de los estudiantes había consumido cannabis en el último mes¹⁹.

Figura 9. Consumo de drogas en adolescentes españoles en los últimos 6 meses. 2008.



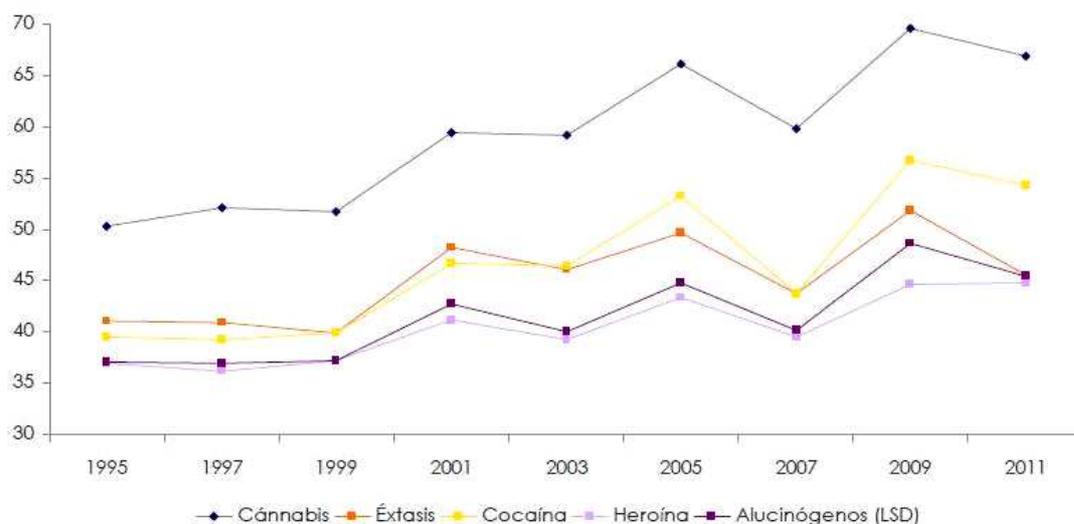
Fuente: Revista de Pediatría de Atención Primaria. 2008; 10:409-222008³.

Promoción de la Salud y Prevención Primaria del consumo de Cannabis en Adolescentes

España se sitúa a la cabeza de los países europeos en cuanto a consumo regular de cannabis entre jóvenes. Según los datos de un estudio realizado por la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) en 2008, sobre la prevalencia del de cannabis en adolescentes, el 3,1% consumen habitualmente cannabis y el 10,6% lo hacen esporádicamente^{19, 20}.

Según la encuesta sobre drogas en población general en España (EDADES 2011-2012); la evolución de la disponibilidad percibida del cannabis, (conseguirlo en 24 horas es relativamente fácil o muy fácil) ha ido creciendo, y está por encima del resto de drogas. Fig. 10⁴.

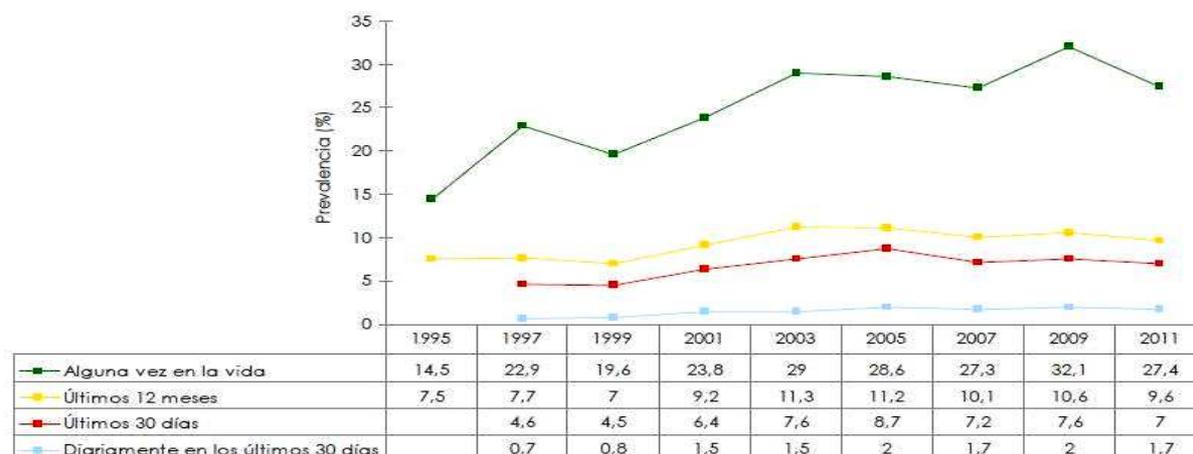
Figura 10. Evolución de la disponibilidad percibida de drogas. 2012



Fuente: Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (MSPS)⁴.

Analizados estos datos, es interesante observar la evolución de la prevalencia del consumo de cannabis, fig. 11, en la que se observan que el consumo de cannabis, se ha mantenido estable, o disminuye ligeramente, pero la prevalencia de los que lo han probado ha ido en aumento⁴.

Figura 11. Evolución de la prevalencia del consumo de cannabis.



Fuente: Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (MSPS)⁴.

3.4 CONSUMO EN CANTABRIA.

En Cantabria, en 1991 se crea el primer Plan Autonómico Sobre Drogas y, tras varios planes y programas, es en el año 2006 cuando se implanta por primera vez el Programa de Intervención en Adolescentes con Conductas de Riesgo Asociadas al Consumo de Sustancias Adictivas⁹.

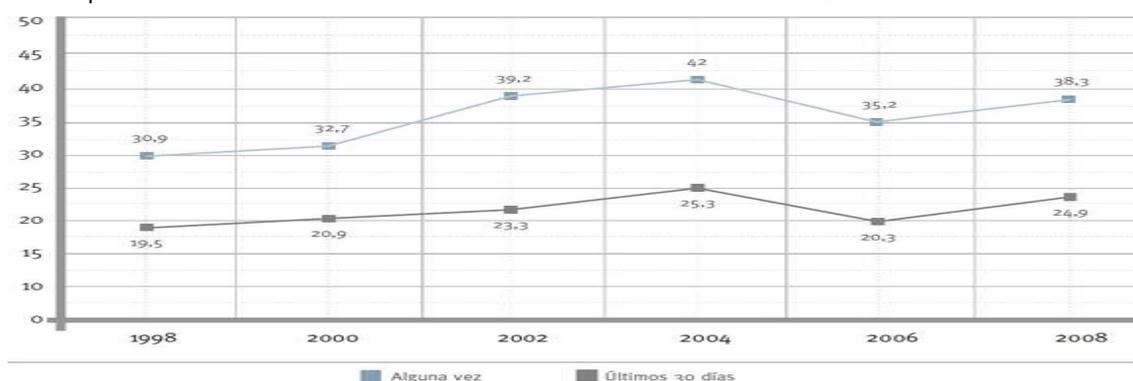
Promoción de la Salud y Prevención Primaria del consumo de Cannabis en Adolescentes

La nueva Estrategia Sobre Drogas en Cantabria 2009-2013, (ESDC) describe que la intervención en drogodependencias es una responsabilidad social y una tarea colectiva, en la que resulta esencial la implicación activa de la sociedad. Entre sus prioridades, se encuentran⁹:

Potenciar el desarrollo, en el ámbito escolar, familiar, del ocio y laboral, de los programas de prevención centrados en la promoción de actitudes y hábitos saludables. E incrementar y mejorar las intervenciones de prevención dirigidas a jóvenes con un riesgo de consumo de drogas⁹.

Los datos de la Encuesta a la Población Escolar realizada en el año 2011 indican que entre las drogas ilegales, el cannabis presenta las prevalencias más elevadas. Fig. 12. El 14% de la juventud cántabra declara haber consumido cannabis durante 4 o más días en el último mes⁹.

Fig. 12. Comparación de la evolución del consumo de cannabis. Cantabria 1998-2008.



Fuente: Consejería de Sanidad de Cantabria. Dirección General de Salud Pública (DGSP)⁹.

Si tenemos en cuenta el sexo y la edad simultáneamente, se aprecia que el consumo actual de cannabis en jóvenes de 14, 15 y 18 años está más extendido entre los chicos, y en los de 16 y 17 años está más extendido entre las chicas. La prevalencia más elevada de consumo actual la presentan los chicos de 18 años y la menor las chicas de 14 años. Fig. 13⁹.

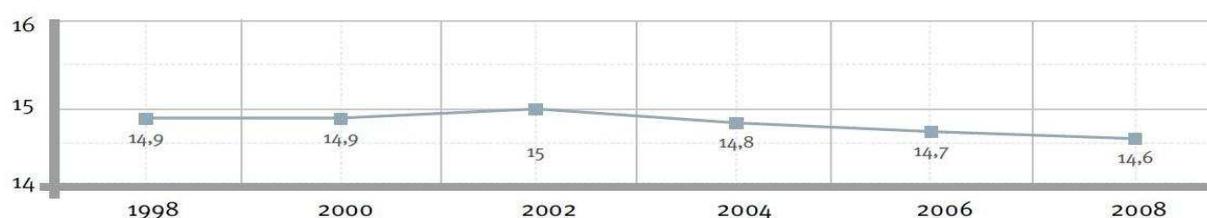
Fig. 13. Consumo de cannabis según sexo y edad (datos en %). Cantabria 2008.

	HOMBRES					MUJERES				
	14	15	16	17	18	14	15	16	17	18
ALGUNA VEZ	15,9	34,1	36,3	51,8	67,6	16,8	24,9	39,7	69,6	53,3
ÚLTIMOS 30 DÍAS	8,8	22,7	22,4	38,2	45,8	7,5	13,5	29,6	45,6	33,3

Fuente: Consejería de Sanidad de Cantabria. Dirección General de Salud Pública (DGSP)⁹.

La edad media de inicio al consumo es 14,6 años, igual que a nivel nacional. Se ha ido adelantando progresivamente desde el año 2002. Los chicos cántabros inician antes el consumo (14,5) que las chicas (14,8). Fig. 14⁹.

Fig. 14. Evolución de la edad de inicio al consumo de cannabis. Cantabria 1998-2008.



Fuente: Consejería de Sanidad de Cantabria. Dirección General de Salud Pública (DGSP)⁹.

APARTADO 4. ADOLESCENTES Y CANNABIS

El consumo de sustancias es considerado uno de los principales problemas de Salud Pública en la población joven de nuestro país²¹. La complejidad de la adolescencia y la problemática de sus conductas de riesgo invitan a reflexionar sobre el sentido y alcance que tiene el consumo y el abuso de las drogas²².

Para poder atajar y abordar el problema, hay que saber qué factores influyen y propician el consumo de cannabis en los adolescentes. Pero: ¿Porqué los jóvenes son tan propensos al consumo de drogas?

El cannabis, está presente en todos los grupos socioeconómicos y étnicos, tanto en áreas urbanas como rurales. La edad de mayor riesgo para el inicio de su consumo, así como de mayor riesgo para sus efectos, es la adolescencia²³.

El cannabis ha sido objeto de importante debate internacional. Algunos proponen la legalización y promueven su uso medicinal, otros más reconocen algunos beneficios potenciales para la salud pero no documentan los riesgos del cannabis fumado. Lo que hace que los adolescentes disminuyan la percepción de riesgos de su consumo. Existe evidencia de que a mayor nivel de uso mayor es la probabilidad de que se usen otras drogas²³.

Una de las razones por las que los adolescentes son más vulnerables a los efectos no sólo del cannabis sino de cualquier sustancia de abuso es porque la parte del cerebro que participa en la toma de decisiones, está inmadura en ellos. El proceso de maduración no concluye hasta alrededor de los 30 años de edad. Así que los adolescentes toman decisiones considerando muy precariamente las consecuencias de su consumo²³.

No todos los individuos tienen el mismo riesgo de iniciar una dependencia. Ésta se da por una combinación de factores que incrementan la vulnerabilidad, y una ausencia de los que protegen al individuo. Pueden ser biológicos, genéticos y ambientales²³.

La vulnerabilidad es la probabilidad que tiene una persona de desarrollar una condición, ésta, está determinada por la magnitud de los factores de riesgo interpersonales, emocionales, cognitivos y sociales. El cannabis, puede actuar como “puerta de entrada” al uso de otras drogas²³.

Un factor de muy alto riesgo es el tener relación con parejas que consumen cannabis. Otros factores reconocidos son: aislamiento social, baja competencia social, baja asertividad, eficiente manejo de conflictos interpersonales, ausencia de actitudes pro sociales y baja capacidad para afrontar situaciones adversas²³.

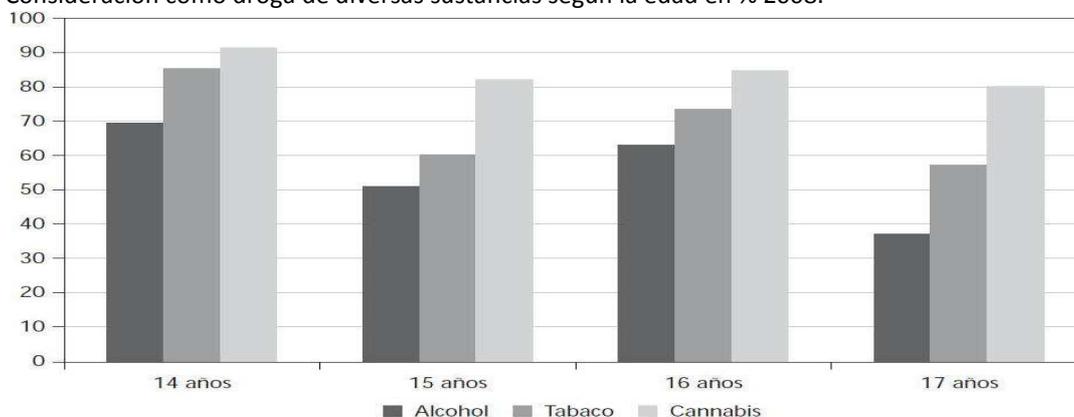
La presión social, es otro factor de alto riesgo, por eso es preciso crear programas que ayuden a los adolescentes a reforzar su personalidad, y que les ayuden a saber responder ante la presión de su entorno, y a saber tomar las decisiones más saludables. Para hacer una prevención eficaz hay que observar y determinar las características del grupo de intervención, factores como edad, sexo y contexto social, son importantes¹⁶.

En el contexto familiar existe una correlación entre el uso de drogas en los jóvenes y el consumo de sustancias y las conductas antisociales en miembros de la familia, además de una actitud familiar tolerante ante el consumo²³.

Promoción de la Salud y Prevención Primaria del consumo de Cannabis en Adolescentes

Existe una importante banalización sobre su uso: sólo la mitad de los jóvenes considera que el consumo de cannabis puede provocar muchos problemas para la salud y sólo el 70% identifica, por parte de sus padres, una prohibición absoluta de consumo¹⁴. En la figura 15, se muestra la valoración de los adolescentes sobre si el alcohol, el tabaco y el cannabis son drogas o no.

Fig. 15. Consideración como droga de diversas sustancias según la edad en % 2008.



Fuente: Revista de Pediatría de Atención Primaria. 2008; 10:409-222008³.

En la Tabla 5 se refleja el porcentaje de un grupo de jóvenes y su relación con la percepción de riesgo sobre el consumo de cannabis²⁴. El aumento de consumo de cannabis coincide con una disminución de la percepción del riesgo acerca de éste, y con un aumento de la disponibilidad²⁵.

Tabla 5. Consumo de cannabis y la percepción de su riesgo. 2009.

Sustancia	Nada arriesgado	Algo arriesgado	Bastante arriesgado	Muy arriesgado	N/C
Hachís	26,6 %	32,8 %	15,6 %	9,4 %	15,6%

Fuente: XXI, Revista de Educación, 11 (2009). ISSN: 1575 - 0345. Universidad de Huelva²⁴.

Según las conclusiones de un estudio británico, en los jóvenes predominan las opiniones negativas sobre los cigarrillos, particularmente en relación con su potencial para fomentar dependencia, pero sin embargo, el cannabis es a menudo visto como relativamente benigno. A pesar de estas creencias, para algunos jóvenes usuarios de cannabis sostienen que su uso parece apoyar y reforzar su hábito de fumar²⁶.

En la tabla 6, se muestran la percepción global de salud de adolescentes consumidores de cannabis frente a los no consumidores²⁷, cabe destacar que la percepción de salud no difiere mucho entre un grupo y otro, dato bastante alarmante que nos debe poner en alerta a la hora de realizar actividades de promoción y prevención de la salud.

Tabla 6. Percepción global de salud entre los usuarios y los no usuarios de cannabis.

	Excelente %	Bueno %	Malo %
Usuarios de cannabis	47.6	47.8	4.6
No usuarios de cannabis	51.4	53.7	5.1

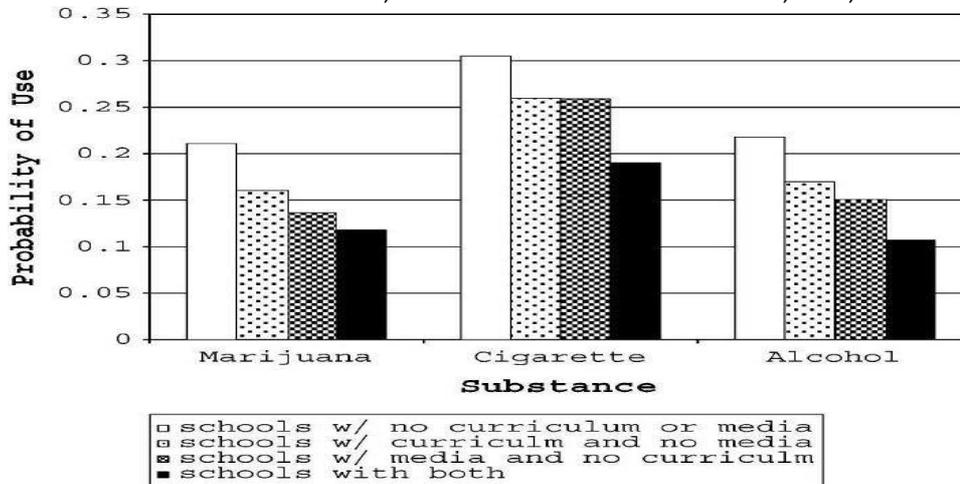
Fuente: Revista: Nutrición Hospitalaria 2011; 26(2):402-409 ISSN 0212-1611²⁷.

Los efectos más visibles en los jóvenes son los relacionados con el aprendizaje, ya que aumentan las dificultades para estudiar, prestar atención, concentrarse y memorizar¹⁹. Esto hace que los jóvenes consumidores, en el ámbito escolar describan factores como: bajo rendimiento académico, ausentismo, la expulsión o el abandono de la escuela, escaso interés por el estudio y por las actividades escolares²³.

Promoción de la Salud y Prevención Primaria del consumo de Cannabis en Adolescentes

En la figura 16 se muestra un gráfico de un estudio en población adolescente en Estados Unidos, con la relación entre el nivel de formación académica y el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. Parece relevante ver cómo cuantos menos formación, mayor es el índice de consumo²⁸.

Fig. 16. Jóvenes usuarios de cada sustancia, en relación con su nivel de estudios, en %, 2005.



Fuente: Heath education research Vol.21 no.1 2006 Theory & Practice²⁸.

Es importante la correlación entre tabaco y cannabis. Actualmente el consumo de cannabis aislado es poco frecuente. El cannabis se fuma en cigarrillos liados mezclados con tabaco por la mayoría de los jóvenes, ya que el efecto de las demás formas de consumo es demasiado fuerte²⁹.

Sin embargo, la proporción de tabaco y cannabis varía de acuerdo a diferentes criterios. Uno de ellos es el sabor, algunos prefieren sentir el sabor del tabaco. Otra condición es la cantidad de cannabis del que se dispone. Otro es el tamaño, determinado por las personas que fumarán a la vez. Depende también, si hay más personas, que aportan cannabis para que todos puedan fumar. Por último, depende del efecto esperado, cuanto más "alto" quiere llegar el consumidor, más cannabis hay que añadir²⁹.

Los motivos asociados con el consumo ocasional de cannabis son: el de olvidar los problemas, relajarse y divertirse; y con el consumo diario es el de relajarse y divertirse³⁰.

La principal razón para continuar el consumo una vez probado el cannabis es buscar sentirse mejor y olvidar los problemas, bailar o divertirse y como relajante. Ir a bares y discotecas parece ser un factor de riesgo entre los niños de 14-15 años, y entre las niñas de 12-13 años^{13, 32}.

Una revisión sistemática sobre los factores de riesgo para el inicio del consumo de cannabis destaca la relación problemática con los padres y otras variables familiares, como son estar en una familia mono-parental, vivir en una familia problemática y tener una gran disciplina parental³⁰.

Sin embargo, pueden existir otros factores comunes o generalizados, relacionados con el sistema educativo o social, que pueden motivar el consumo de cannabis como forma de relajación entre los jóvenes. Las medidas de prevención deben considerar aquellos factores que tienen un impacto directo en los estados emocionales y que influyen directamente en el surgimiento de los motivos para el consumo de cannabis³⁰.

Hay que evaluar, si existe un desequilibrio en el tiempo dedicado a las actividades escolares y las lúdicas; un exceso de visualización de ciertos programas televisivos o publicidad que puedan aumentar los niveles de estrés y/o favorecer las actitudes positivas hacia el consumo; o si existe escaso tiempo libre para compartir con los familiares durante la semana: bien sea, por exceso de horas de trabajo de los progenitores, o bien por actividades escolares de los adolescentes³⁰.

Promoción de la Salud y Prevención Primaria del consumo de Cannabis en Adolescentes

La mayoría de los adolescentes son conscientes de que el consumo tiene efectos negativos para la salud física y mental y que puede ocasionar problemas, especialmente familiares³⁰.

El tratamiento de la intoxicación aguda es sintomático, ya que no existe antídoto. Las reacciones que pueden exigir atención sanitaria son las crisis de angustia, el delirio y la psicosis. Se aconseja en estos casos un ambiente relajado, tranquilizar al paciente y si es preciso se administran benzodiazepinas. Si predominan los síntomas psicóticos se utilizarán antipsicóticos¹³.

El delirium por cannabis se produce tras el consumo de grandes dosis. Es indistinguible del delirium de otra etiología. También puede aparecer un cuadro psicótico, que puede durar 6 semanas. Se caracteriza por ser de inicio rápido, presentar inquietud y agresividad, síntomas afectivos y de la esfera psicótica¹³.

Los niños, los consumidores de grandes cantidades de cannabis por vía oral y los transportadores de droga en el interior de su cuerpo (mulas), pueden presentar una mayor gravedad, cursando con estupor, hipotensión, hipotermia, palidez y ataxia. La administración precoz de carbón activado puede ser útil en caso de ingesta de cannabis por vía oral¹³.

Los motivos más frecuentes para no consumir cannabis son: porque perjudica la salud física y mental, porque no es necesario el consumo para obtener sentimientos de bienestar y porque se conocen formas de diversión sin necesidad de consumir drogas. Existe menos probabilidad de consumo cuando existen actividades de tiempo libre diferentes a estar en la calle, en bares o discotecas. Es preocupante pensar que hay jóvenes que el único motivo para no probar el cannabis son sus altos precios³⁰. En las tablas 7 y 8 se resumen los motivos de los jóvenes para el consumo y el no consumo de cannabis.

Tabla 7. Motivos para el NO consumo de cannabis.

Motivos asociados con el NO consumo de cannabis.	%
Por convicciones morales.	29,8
Porque perjudican la salud.	71,7
Porque me siento bien y no me hacen falta.	68,3
Porque crean problemas personales, familiares...	28,8
Porque mis padres no lo aceptarían.	18,1
Porque son caras.	9,8
Porque no me fío de mí.	7,4
Porque provocan accidentes.	18,3
Porque sé divertirme sin consumir.	65,2
Porque son ilegales.	17,3
Por otras razones.	5
No me gusta.	2,2
No he tenido ocasión.	0,4
Experiencias de otras personas.	0,2
Es perjudicial para el deporte.	0,3
Por enfermedad propia. (p. e. asma)	0,3
No quiero.	0,2
Miedo.	0,1
Es difícil de conseguir.	0,1

Modificado: Elsevier España, S.L. y Sociedad Española de Toxicomanías³⁰.

Promoción de la Salud y Prevención Primaria del consumo de Cannabis en Adolescentes

Tabla 8. Motivos para el consumo.

	Motivos asociados con el consumo de cannabis.	%
Solo lo he probado.	Para nada en concreto.	30,2
	Para divertirme.	29,1
	Para relajarme.	20,7
	Para olvidarme de mis problemas.	13,4
Consumo de vez en cuando (Fines de semana).	Para divertirme.	68,1
	Para relajarme.	54,8
	Para olvidarme de mis problemas.	41,5
	Para nada en concreto.	6,3
Consumo diariamente.	Para relajarme.	63,6
	Otros.	45,5
	Para bailar.	12,1

Modificado: Elsevier España, S.L. y Sociedad Española de Toxicomanías³⁰.

En ocasiones a los padres les es muy difícil razonar con sus hijos adolescentes, que tienen una conducta que rompe contra todas las normas, y suelen de carecer de argumentos para rebatir los de sus hijos. En la tabla 9, se muestran los argumentos que suelen dar los jóvenes a la hora de justificar el consumo de cannabis, y los contraargumentos que pueden usar los padres y educadores para responderles.

Tabla 9. Argumentos y contraargumentos para la justificación del consumo de cannabis.

ARGUMENTO	CONTRAARGUMENTO
La marihuana es una hierba, por lo tanto es natural.	Da lo mismo que una droga sea natural o no, lo verdaderamente importante son los efectos que causa en el organismo del ser humano. También el tabaco es natural y mata a 56.000 personas al año.
Mucha gente fuma cannabis de forma habitual y todavía no se ha muerto nadie por eso.	Esa información es incierta, puesto que directamente nadie se ha muerto por fumar cannabis, pero sí se ha muerto una vez consumido el cannabis, por accidentes de tráfico, daño cerebral o accidentes laborales.
El cannabis tiene utilidad terapéutica.	La utilidad terapéutica de la marihuana la tendría el componente THC, que contiene, pero no existe suficiente evidencia sobre ello. Además eso no quiere decir que su uso deba ser fumado. Por lo tanto esto no justifica su uso recreativo en los jóvenes y demás población.
El cannabis es igual de malo que el tabaco y el alcohol.	Fumar porros produce daño en los pulmones y en las vías respiratorias en un grado mayor que si solo se fumase tabaco. Además el cannabis tiene efectos sobre el cerebro a largo plazo y a corto plazo tiene efectos de mala concentración, poca capacidad de toma de decisiones, etc.

Fuente: Programa de Salud Pública desarrollado en la Universidad de Navarra¹¹.

Promoción de la Salud y Prevención Primaria del consumo de Cannabis en Adolescentes

La labor de los profesionales sanitarios, es ayudar a los padres a conocer, y reaccionar a estos argumentos de los jóvenes. Recordemos que el 75% de la población pasa por las consultas de Atención Primaria. El 90% lo hace en 5 años. En la consulta pueden y deben ofrecerse consejos sobre el peligro del consumo de drogas buscando un punto de encuentro entre el profesional sanitario los padres y el adolescente¹⁸.

Se trata de hacer un papel de educadores a todos los niveles acercando a los adolescentes a la llamada “área de irradiación de los valores”, en la que irá conociéndose, creciendo como persona, descubriendo la vida y trazando su desarrollo. Los diferentes lemas usados en campañas oficiales de prevención como “Piensa por ti, sin duda, sin droga”, “La droga es una pistola que se fuma”, “Las drogas pasan factura”, “Ten cerebro, pasa de la droga”, quizá pueden resumirse en una de las últimas que dice así: “La educación es la clave, la educación lo es todo”¹⁸. En el caso de la psicosis por sobredosis, el tratamiento es el mismo que en la psicosis de cualquier otra etiología: tratamiento sintomático evitando las complicaciones de riesgo vital, controlar el riesgo autolítico y decidir si es necesaria la hospitalización¹³.

CAPÍTULO 3. RESULTADOS.

Los resultados obtenidos en esta monografía parten de los obtenidos a través de la búsqueda bibliográfica. En ellos se estudia la población adolescente de varios puntos geográficos de España y del resto de Europa y del mundo. Y desde diferentes puntos de vista, bien a través de ensayos clínicos aleatorios, observacionales o revisiones sistemáticas entre otros. A través de cuestionarios, entrevistas, charlas y programas de prevención. Ésta bibliografía identificó los siguientes estudios:

- 2 Ensayos clínicos aleatorios
- 2 Ensayos analíticos observacionales.
- 10 Revisiones sistemáticas.
- 5 Estudios de cohortes.
- 4 Estudios etnográficos.
- 3 Teorías fundamentadas.
- 2 Diseños Narrativos.
- 1 Estudio descriptivo de prevalencia.
- 1 Estudio descriptivo transversal.
- 1 Estudio de casos-control.
- 4 Programas de salud Pública.

En la tabla 10, haremos un resumen para cada uno de los estudios obtenidos en nuestra búsqueda bibliográfica. Se describe el tipo de diseño, las variables dependientes, e independientes, el país donde se desarrolló cada estudio, así como un resumen de la población de estudio, las intervenciones y los resultados. Los estudios se han centrado en la medición de factores que influyen en el consumo de cannabis.

Tabla 10: Resumen de los resultados de los estudios incluidos en el proyecto.

Promoción de la Salud y Prevención Primaria del consumo de Cannabis en Adolescentes

AUTOR, AÑO, PAÍS	TIPO DE ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	VARIABLE DEPENDIENTE	VARIABLE INDEPENDIENTE	RESULTADOS
J. del Bosque. C. Fernández. R. Sánchez. D. Bruno. Et All. 2013. México.	Estudio Cuantitativo Revisión sistemática.	El sector de la salud de México.	Actividad de revisión e información sobre los usos del cannabis.	Adicción, consumo de cannabis y justificación del consumo.	Conocimientos sobre el efecto del uso del cannabis en sus diferentes aplicaciones, y las repercusiones del mismo sobre el organismo.	Mejora de la información objetiva y fiable sobre el cannabis.
I. Jiménez. A. Pérez. C. Álvarez. 2012. España.	Estudio Cuantitativo: Descriptivo y transversal. Tesis doctoral.	Adolescentes escolarizados de un instituto de Jaén.	Cuestionarios. Charlas informativas y formativas de prevención del consumo de drogas legales e ilegales.	Uso y consumo de drogas legales e ilegales.	Conocimientos sobre el uso y consumo de drogas. Las repercusiones de las mismas. El papel del apoyo familiar ante el consumo de drogas.	El consumo del alcohol, tabaco y drogas ilegales está interrelacionado, el consumo de cualquier sustancia implica un riesgo añadido hacia el policonsumo. El cannabis es la droga ilícita más consumida independientemente de edad y sexo.
C.C. Morales. F.J. Bueno. R. Aleixandre. J.C. Valderrama. 2011. España.	Estudio Cuantitativo: Casos-controles, descriptivo y transversal.	Alumnos escolarizados en Valencia de 13 a 16 años.	Charlas en colegios e institutos y posteriormente realización de encuestas.	Consumo y adicción del cannabis.	Es necesario enseñar o facilitar alternativas de ocio y el apoyo social.	Es relevante reforzar las creencias sobre los efectos negativos del cannabis a nivel físico, mental y en el entorno social.
R. K. Hodder. J. Daly. M. Freund. J. Bowman. Et All. 2011. Australia.	Estudio Cuantitativo de Cohortes.	Adolescentes de educación secundaria de Australia.	Realización de cuestionarios, y programas de prevención del uso y consumo de drogas.	Uso, consumo de alcohol, tabaco, y cannabis.	Aumentar la resistencia y los factores de protección, para aumentar los conocimientos sobre las repercusiones del uso de alcohol, tabaco y cannabis.	La intervención tiene el potencial de aumentar la capacidad de recuperación y protección de factores, y disminuir el uso de tabaco, alcohol y marihuana por los adolescentes.

Promoción de la Salud y Prevención Primaria del consumo de Cannabis en Adolescentes

AUTOR, AÑO, PAÍS	TIPO DE ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	VARIABLE DEPENDIENTE	VARIABLE INDEPENDIENTE	RESULTADOS
N. Díaz. I. Aguinaga. 2011. España.	Programa de salud pública.	Personas entre 15 y 64 años de Navarra.	Jornadas de prevención en los institutos de E.S.O. Cursos de formación para personal sanitario.	Uso y consumo de cannabis	Disminuir la prevalencia del consumo de cannabis en Navarra. Implicar a los profesionales del centro de salud para su participación activa en el desarrollo del programa en su población de referencia.	
O. Molinero. A. Salguero. J. Castro-Piñero. J. Mora. Et All. 2011. España.	Estudio Cuantitativo Ensayo Clínico Aleatorio.	Adolescentes de Cádiz.	Realización de cuestionarios.	Uso y consumo de sustancias tóxicas y auto percepción de la salud.	Conseguir conocimientos para tener una percepción real de la salud, y de las repercusiones del uso de sustancias tóxicas.	Se requieren programas globales para la buena promoción de la salud.
A. Vega. P. Aramendi. 2010. España.	Estudio cualitativo: Diseño Narrativo.	Directores de centros, docentes, y adolescentes	Entrevistas con directores y docentes de centros de iniciación profesional y con el alumnado.	Consumo de drogas por los adolescentes y sus repercusiones en los centros de iniciación profesional.	Ofrecer directrices educativas, para la promoción de la salud.	Necesidad de crear un plan de actuación unificado, y no volcarse en los problemas focalizados de cada alumno.
J. J. Skenderian. J. T. Siegel. W. D. Crano. E. E. Álvaro. A. Lac. 2009. Estados Unidos.	Estudio Cuantitativo de Cohortes.	Adolescentes de 12 a 18 años.	Realización de encuestas sobre la relación del uso del cannabis y las expectativas a conseguir con el mismo.	Uso y consumo de cannabis.	Conocimientos de las repercusiones del uso del cannabis, y mejorar las expectativas de la visión global de los efectos del cannabis.	Si los adolescentes llegan a la conclusión de que los efectos nocivos del consumo de marihuana no son tan graves como se les había llevado a pensar, las intenciones de su uso pueden intensificarse.
S. Pérez. N. Rojo. A. Hidalgo. 2009. España.	Estudio Cuantitativo Revisión sistemática.	Adolescentes españoles.	Actividad de revisión e información de las variaciones de la prevalencia y los efectos del consumo de drogas.	Uso, consumo y adicción a las drogas legales e ilegales.	Favorecer las habilidades para la respuesta social y la prevención del uso de drogas.	Disminución de la prevalencia, pero también de la edad de inicio del uso y consumo de drogas.

Promoción de la Salud y Prevención Primaria del consumo de Cannabis en Adolescentes

AUTOR, AÑO, PAÍS	TIPO DE ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	VARIABLE DEPENDIENTE	VARIABLE INDEPENDIENTE	RESULTADOS
A. Vega. P. Aramendi. A. Huegun. 2009. España.	Estudio Cualitativo: Teoría Fundamentada.	Adolescentes vascos 16-18 años.	Favorecer modos de vida sanos y ofrecer al alumnado y al profesorado opciones, a la vez realistas en materia de salud. Desarrollar el sentido de responsabilidad individual y social en relación con la salud.	Inicio y consumo de drogas legales e ilegales.	Directrices básicas para la construcción de centros saludables y propuestas para la mejora educativa.	Los Programas de Cualificación Profesional inicial deben de estar enfocados dentro de la promoción para la salud.
C. Akre. P. A. Michaud. A. Berchtold. J. C. Suris. 2009. Suiza.	Estudio Cualitativo: Estudio Etnográfico.	22 Jóvenes suizos entre 15 y 21 años.	Entrevistas individualizadas.	Uso, consumo y adicción al tabaco y al cannabis.	Conocimientos sobre la interrelación del tabaco y el cannabis y los efectos de su consumo.	La dependencia del tabaco puede ser inducida por el consumo de cannabis. Se deben mejorar los programas de prevención.
J.L. Cabrera. I. Toledo. R. García. Et All. 2008. España.	Estudio de prevalencia y descriptivo.	Adolescentes de Lanzarote de 12 a 18 años.	Realización de cuestionarios.	Consumo de Cannabis.	Conocimiento del consumo propio de cannabis.	El consumo de drogas legales aumenta la prevalencia de los consumidores de cannabis y otras drogas ilegales.
S. Nogué. A. Antolín. X. Claramonte. A. Chavarín. Et All. 2008. España.	Estudio Cualitativo Teoría Fundamentada.	Población española.	Actividad de formación de los servicios sanitarios para la prevención del uso y abuso de drogas.	Casos de sobredosis atendidos en los servicios de Urgencias.	Tener una correcta formación del equipo sanitario para el tratamiento de las sobredosis y la prevención de las drogas de abuso.	Disminuir el número de ingresos hospitalarios por sobredosis, por uso y abuso de drogas.
P. Gorrotxategi. E. de la Iglesia. M. S. Santos. M. J. Aramburu. 2008. España.	Estudio Cuantitativo Ensayo analítico.	Adolescentes españoles escolarizados entre 14 y 18 años.	Realización de cuestionarios sobre el uso y consumo de drogas.	Uso y consumo de las drogas legales e ilegales.	Aportar conocimientos para la prevención del consumo de drogas y que tomen conciencia de las repercusiones.	Es preciso aportar a los adolescentes una información veraz sobre las consecuencias y peligros de las “drogas legales”.

Promoción de la Salud y Prevención Primaria del consumo de Cannabis en Adolescentes

AUTOR, AÑO, PAÍS	TIPO DE ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	VARIABLE DEPENDIENTE	VARIABLE INDEPENDIENTE	RESULTADOS
A. W. Tu. P. A. Ratner. J. L. Johnson. 2008. Canadá.	Estudio Cuantitativo Estudio analítico observacional trasversal.	Adolescentes canadienses escolarizados y fumadores entre 14 y 18 años.	Realización de cuestionarios sobre el uso y consumo de cannabis.	Número de veces que se ha consumido cannabis.	Aportar conocimientos para la prevención del consumo de cannabis y que tomen conciencia de las repercusiones de su consumo.	Aumento de la prevalencia en el consumo del cannabis. No hay una relación lineal entre la edad y el consumo de cannabis. Las diferencias de género pueden ser importantes en el diseño de programas.
R. Martínez. 2007. España.	Estudio Cuantitativo Revisión sistemática.	Adolescentes españoles.	Prevención del consumo de drogas por medio de la difusión en medios de comunicación.	Consumo de drogas legales e ilegales.	Adquirir los conocimientos necesarios para saber afrontar el problema de las drogas.	Hay que hacer un trabajo conjunto para cambiar la conciencia social de las drogas.
M. I. Sánchez. M. C. Moreno. M. V. Muñoz. P. J. Pérez. 2007. España.	Estudio Cuantitativo Estudio de cohortes.	Adolescentes españoles escolarizados entre 15 y 18 años.	Realización de cuestionarios sobre el uso y consumo de drogas y la relación con los amigos y familiares.	Uso y consumo de las drogas legales e ilegales.	Conseguir que los alumnos tengas las habilidades y el apoyo social suficiente para saber afrontar la problemática del consumo de drogas.	El cannabis es la sustancia después del tabaco y el alcohol, que más se consume entre los adolescentes españoles. Es una sustancia que tiene permisividad social y falta de percepción del riesgo que conlleva su consumo.
M. I. Medranda. M. R. Benítez. 2006. España.	Estudio Cuantitativo Revisión sistemática.	Adolescentes españoles de 15a 29 años.	Actividad de revisión sobre el cannabis sus efectos y las repercusiones sobre el organismo.	Uso y consumo de cannabis.	Cambiar las actitudes y la percepción de los adolescentes frente al cannabis.	
M. I. Hidalgo. J. L. Montón. M. P. González. 2006. España.	Estudio Cuantitativo Revisión sistemática.	Adolescentes españoles.	Revisión de las actividades de prevención sobre drogas.	Consumo de drogas en España.	La fuerza de la recomendación sobre las actividades preventivas para evitar el uso y abuso de sustancias.	Mejorar las medidas preventivas en el abuso de sustancias durante la adolescencia.

Promoción de la Salud y Prevención Primaria del consumo de Cannabis en Adolescentes

AUTOR, AÑO, PAÍS	TIPO DE ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	VARIABLE DEPENDIENTE	VARIABLE INDEPENDIENTE	RESULTADOS
M. R. Benítez. M. I. Medranda. J. L. Montón. 2006. España.	Estudio Cualitativo Etnográfico.	Niños y adolescentes en edad pediátrica.	Prevención del consumo de sustancias de abuso desde la AP.	Inicio y consumo de drogas legales e ilegales.	Dotar a los pediatras de AP de herramientas y habilidades para prevenir el consumo de drogas en niños y adolescentes.	Los programas de prevención deben diseñarse para realizar los factores de protección y reducir los factores de riesgo conocidos.
L. Gutiérrez. J. De Irala. M.A. Martínez. 2006 España.	Estudio Cuantitativo Revisión sistemática.	Adolescentes consumidores de cannabis.	Actividad de revisión e información sobre los efectos psicológicos del uso del cannabis.	Uso y consumo de cannabis.	Conocimientos sobre el efecto psicológico del uso del cannabis y las repercusiones del mismo sobre el organismo.	
M. Guxens. M. Nebot. C. Ariza. 2006. España.	Estudio Cuantitativo de Cohortes.	Adolescentes de educación secundaria de Barcelona.	Realización de cuestionarios.	Uso y consumo de cannabis.	Conocimientos sobre los efectos del uso y consumo del cannabis, y sus repercusiones sociales.	Hay factores predictivos en el consumo de cannabis que difieren según edad y sexo. El papel de tabaco y alcohol, la influencia de los amigos, y la importancia de los patrones de ocio pueden ser facilitadores del consumo de cannabis.
C. Riesgo. 2006. España.	Estudio Cuantitativo Revisión sistemática.	Población española.	Actividad de revisión e información sobre el Plan Nacional de Drogas, y cómo se puede mejorar.	Uso y consumo de drogas legales e ilegales.	Cambiar las actitudes y la percepción de la población frente a las drogas.	Aumento de los consumos de cannabis entre los 14 y 18 años.
M. D. Slater. K. J. Kelly. R. W. Edwards. P. J. Thurman. B. A. Plested. Et All. 2006. Estados Unidos.	Estudio Cuantitativo Ensayo Clínico Aleatorio.	Adolescentes de 12 a 17 años de 16 escuelas.	Realización de programas de prevención de la drogodependencia en la mitad de los centros escolares a estudio.	Uso y consumo de alcohol, tabaco y cannabis en relación con la existencia y eficacia de los programas de prevención.	Aprendizaje de habilidades sociales para reducir el uso y consumo de alcohol, tabaco y cannabis.	La eficacia de los programas de prevención dentro de las escuelas, no dependen de la existencia o no del mismo, sino del esfuerzo y eficiencia con que se imparte el programa.

Promoción de la Salud y Prevención Primaria del consumo de Cannabis en Adolescentes

AUTOR, AÑO, PAÍS	TIPO DE ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	VARIABLE DEPENDIENTE	VARIABLE INDEPENDIENTE	RESULTADOS
A. Vega. 2005. España.	Estudio Cuantitativo Revisión sistemática.	Adolescentes escolarizados españoles.	Actividad de revisión e información sobre los planes de prevención de la drogodependencia en el ámbito escolar.	Uso y consumo de cannabis.	Mejorar los planes de prevención primaria y de promoción para la salud del consumo de cannabis en las escuelas.	La prohibición del cannabis no sirve para disminuir el consumo. Hay que enfatizar en los programas de prevención y promoción.
D. Ballester. D. Juvinyá. 2004. España.	Estudio Cualitativo Etnográfico.	Adolescentes 13-18 años.	Actividad de Información: Distribución de artículos.	Inicio del consumo y adicción de las drogas en adolescentes.	Habilidades sociales que aporten estrategias, para mantener posturas ante presiones sociales.	
F. S. Alberich. P. Costa. A. Albiñana. 2004. España.	Estudio Cualitativo: Teoría Fundamentada.	Adolescentes 13-14 años.	Aportar herramientas que ayuden a la toma de decisiones frente a las drogas.	Inicio y consumo de drogas legales e ilegales.	Cambiar las actitudes de los adolescentes frente a las drogas.	Hay que aportar a los adolescentes las herramientas necesarias para que ellos sepan decidir en relación a las drogas, y no sólo darles información.
G. Castellano. 2004. España.	Estudio Cuantitativo Revisión sistemática.	Adolescentes españoles entre 14 y 18 años.	Actividad de revisión e información sobre los planes de prevención de la drogodependencia.	Uso y consumo de drogas legales e ilegales.	Mejorar los planes de prevención de las drogas en el entorno escolar, familiar y sanitario.	
G. Hight. 2004. Inglaterra.	Estudio Cualitativo: Diseño Narrativo.	Adolescentes escoceses de 13 a 15 años.	Realización de entrevistas, aportación de guías didácticas y entrevistas individualizadas.	Uso y consumo de cannabis.	Cambiar las actitudes de los adolescentes frente al uso y consumo de cannabis y sus repercusiones.	Hay que realizar más estudios, pero sobretodo hay que crear buenos programas de prevención del uso de cannabis.
M. T. Ballester. 2003. España.	Estudio Cuantitativo Revisión sistemática.	Adolescentes españoles escolarizados 14-18 años.	Actividad de revisión e información sobre los planes de prevención de la drogodependencia en el ámbito escolar.	Uso y consumo de drogas legales e ilegales.	Aprendizaje de habilidades sociales, asertividad y toma de decisiones.	

Tabla 10: Resumen de los resultados de los estudios primarios incluidos en el proyecto.

CAPÍTULO 4. CONCLUSIONES.

Tras profundizar en el estudio del consumo de cannabis en los adolescentes, y de acuerdo con los resultados de los estudios analizados, tras contrastarlos unos con otros se extraen las siguientes conclusiones:

Para poder realizar una buena promoción de la salud y una buena prevención no basta con decirles a los adolescentes que las drogas son malas y prohibir su consumo. Hay que ir a la raíz del problema, entender desde la base el porqué se usan, qué buscan los jóvenes cuando consumen, conocer su cultura y sus costumbres. Hay que aportarles, las herramientas necesarias para que ellos sepan decidir en relación a las drogas, y no sólo darles información para lo cual, se requieren programas globales, y conseguir cambiar la conciencia social de las drogas^{10, 15, 27, 33, 36}.

Es importante que los programas de intervención sean fiables, eficientes, y eficaces y estén diseñados por un equipo interdisciplinar en el que se involucren tanto profesionales de la salud, como educadores, profesores y padres. Para ofrecer a los adolescentes alternativas reales y factibles, de ocio y tiempo libre y su participación en programas de promoción. La eficacia de estos programas, no dependen de la existencia o no del mismo, sino del esfuerzo y eficiencia con que se impartan^{28, 35}.

Los programas de prevención deben diseñarse para realzar los factores de protección y reducir los factores de riesgo conocidos. Se deben mejorar las medidas preventivas en el abuso de sustancias durante la adolescencia. Y entre sus fines debe existir el de disminuir la prevalencia y disminuir el número de ingresos hospitalarios por sobredosis, por uso y abuso de drogas^{13, 25, 14}.

Estos factores pueden diferir según edad y sexo. Hay evidencias de un aumento del consumo de cannabis entre los 14 y 18 años, así como el papel de tabaco y alcohol, la influencia de los amigos, y la importancia de los patrones de ocio pueden ser facilitadores del consumo de cannabis. Las diferencias de género pueden ser importantes en el diseño de programas^{16, 17, 32}.

Las intervenciones tienen el potencial de aumentar la capacidad de recuperación y protección de factores, y disminuir el uso de cannabis por los adolescentes. Pero para que, ese potencial sea efectivo, es preciso aportar a los adolescentes una información veraz sobre las consecuencias y peligros del cannabis, que lleven al adolescente a reflexionar sobre las consecuencias de su uso, y no dar lugar a engaños que podrían facilitar un incremento del consumo^{3, 31, 33, 34}.

El consumo del alcohol, tabaco y drogas ilegales está interrelacionado, el consumo de cualquier sustancia implica un riesgo añadido hacia el policonsumo. La dependencia del tabaco puede ser inducida por el consumo de cannabis. El cannabis es la droga ilícita más consumida independientemente de edad y sexo. Es una sustancia que tiene permisividad social y falta de percepción del riesgo que conlleva su consumo. Por lo que hay que conseguir una disminución de la prevalencia, pero también de la edad de inicio, desde los diferentes ámbitos de aplicación: familia, escuelas y ámbito sanitario^{2, 20, 21, 29}.

La familia es el primer agente de salud, debe ejercer una autoridad compartida y responsable, con normas. Debe conseguir un joven autónomo y crítico. Ha de ser ejemplar, afectiva, educadora, transmisora de valores éticos, morales y humanísticos. Debe ser un guía que le ayude a conocer y descubrir todo lo relacionado con el crecimiento personal¹⁸.

Promoción de la Salud y Prevención Primaria del consumo de Cannabis en Adolescentes

Las escuelas son un lugar ideal para fomentar los programas dirigidos a reducir la prevalencia de conductas de riesgo, y ofrecer una información objetiva y fiable sobre el cannabis. Es relevante reforzar las creencias sobre los efectos negativos del cannabis a nivel físico, mental y en el entorno social, no se debe volcar en los problemas focalizados de cada alumno^{18, 22, 23, 29, 34}.

Desde el ámbito sanitario, el profesional, ha de tener presente la posibilidad de que esté ante un adolescente que consume cannabis. La consulta hay que adecuarla a cada individuo: consulta tradicional, joven, o consulta en el centro escolar. Ahí, deben ofrecerse consejos sobre el peligro del consumo de cannabis buscando un punto de encuentro entre el profesional sanitario y el adolescente. El motivo de consulta más habitual es por ansiedad, palpitaciones, crisis de pánico y psicosis aguda. En este caso habrá que valorar el consumo de una o varias sustancias de abuso^{13, 18}.

Uno de los resultados del consumo de cannabis es el fracaso escolar. El gobierno, se planteó en 2012 reducirlo, creando los Programas de Cualificación Profesional Inicial (PCPI). Estos programas van dirigidos a estudiantes mayores de 16 años que no tengan el título de graduado de educación secundaria. Con ellos se pretende, que alumnos en riesgo de exclusión social tengan acceso a una educación para que obtengan la cualificación necesaria para desarrollar un determinado oficio o profesión. Deben de estar enfocados dentro de la promoción para la salud²⁴.

CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN.

Esta monografía, me ha ayudado a hacerme una composición de lugar, de la realidad del consumo de cannabis por parte de los adolescentes. Me ha ayudado a darme una visión más global de la problemática de las drogas, y de los recursos que tenemos para hacerle frente.

Comprender cómo el cannabis entra a formar parte de la vida de los adolescentes, de los desencadenantes de su inicio, y de cómo este les afecta a nivel físico, psicológico y social es, para los profesionales sanitarios, imprescindible para saber cómo actuar e interactuar con los jóvenes, para hacerles comprender los efectos nocivos del uso del cannabis y para saber cómo atajar el problema.

Como parte del equipo multidisciplinar al que pertenecemos, los profesionales sanitarios, junto con padres, profesores y educadores, debemos de tomar conciencia de la realidad que viven los jóvenes hoy en día. Y, a partir de ahí tenemos la obligación de tomar partido en la problemática de las drogas en la que se engloba el uso y consumo del cannabis. Y cómo éste, perjudica sobre todo a los más desfavorecidos: los adolescentes.

Debemos aportar nuestros conocimientos para crear y adoptar las medidas necesarias, con la finalidad de ir disminuyendo la prevalencia del consumo del cannabis.

Para hacer frente a esta problemática, podemos valernos de muchas herramientas como la información directa, talleres, participación en jornadas y colaboración con asociaciones. Pero sobre todo, hay que crear buenos programas de Prevención y Promoción de la Salud.

El crear buenos programas me ha inspirado para realizar esta monografía, tras hacerla realidad, me doy cuenta de lo importante que es la promoción y la prevención. En parte, es gracias a ellas, la ligera disminución de la prevalencia del consumo de cannabis y de las demás drogas en los últimos años.

Y es que, ofertar una información veraz, objetiva y científicamente contrastada, junto con ayudar a los adolescentes a reflexionar sobre ellos mismos y sobre las repercusiones de sus

Promoción de la Salud y Prevención Primaria del consumo de Cannabis en Adolescentes

elecciones, pueden ser, si se saben utilizar, grandes aliados en la lucha frente a la drogadicción juvenil, y contra la lucha de la prevalencia del cannabis.

Los sanitarios, tenemos que involucrarnos más en nuestra labor como promotores de la salud, dejándonos ver en las escuelas, ya que, como ha quedado demostrado, es un buen lugar para poner en funcionamiento los programas y “llegar” a los jóvenes.

Hay que intentar, que los programas de prevención y promoción, lleguen a todos los adolescentes. No podemos dejar de lado a esa proporción de adolescentes que viven una realidad de marginalidad, por sus bajos recursos económicos..., o que están en una situación de no escolarización. Dentro del grupo amplio y heterogéneo de los adolescentes, éste grupo es, quizá, al que más falta le haga nuestra labor.

Y sobre todo, hay que adecuar y adaptar los programas de promoción y prevención a las realidades que viven los jóvenes, no es lo mismo dar un programa en una gran ciudad que en un pequeño pueblo, o dar el programa en un barrio en el que alrededor se viva una situación de drogadicción que en uno en el que no se dé esa situación.

Desde aquí, animo a los enfermeros y enfermeras a formarse, y a participar en la planificación, ejecución y evaluación de programas de Educación y Promoción de la Salud y de prevención, no sólo en materia de drogas; sino también en: nutrición, educación sexual u ocio y tiempo libre.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Ballester Pérez MT. Prevención del uso de drogas en el ámbito escolar. Revista Electrónica ESCUELA PÚBLICA, de la Asociación para la Mejora y Defensa de la Escuela Pública En la Región de Murcia (AMYDEP).2002; 2(2). [Internet] [acceso 25 Abril 2013]. Disponible en: <http://www.amydep.com/revista/numero4/v2n2a5.htm>.
- (2) Jiménez -Pulido I. Evolución del consumo del tabaco, alcohol y drogas entre adolescentes en la última década y relación con el apoyo familiar [tesis doctoral]. Jaén: Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Enfermería, Universidad de Jaén; 2012.
- (3) Gorrotxategui-Gorrotxategui P, Izaguirre S, Aramburu-Bengochea M. Vivencia de la drogadicción en un grupo de adolescentes. Rev Pediatr Aten Primaria (Madr). 2008; 10(39): 25-38.
- (4) "Ministerio de Sanidad Servicio Sociales e Igualdad.", Gobierno de España. Plan Nacional sobre Drogas. [Internet]. Madrid: 2013 [acceso 25 Abril 2013]. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/estudios/home.htm>.
- (5) Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas editor. Cómo Prevenir el Uso de Drogas en los Niños y los Adolescentes. 2ª Edición, ed. Maryland Estados Unidos: DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS; 2004.
- (6) García EJ. Educación para la salud. [Internet] Badajoz. 2013; [acceso 25 mayo 2013] Disponible en: <http://platea.pntic.mec.es/~jrui2/ast98/art40.htm>.

Promoción de la Salud y Prevención Primaria del consumo de Cannabis en Adolescentes

- (7) Delegación europea contra las drogas. Estrategia de la Unión Europea en materia de droga : 2005-2012.[Internet]. Bruselas: Consejo de la Unión Europea; 2004 [acceso 03 Mayo 2013]. Disponible en: http://europa.eu/legislation_summaries/justice_freedom_security/combating_drugs/c22569_es.htm.
- (8) Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la C. A. de Cantabria. Plan Autonómico sobre drogas: 2011[Internet]. Cantabria: Consejería de sanidad y servicios sociales. [Internet]. Madrid 2013 [acceso 28 Mayo 2013]. Disponible en: <http://www.saludcantabria.es/index.php?page=plan-autonomico-sobre-drogas>.
- (9) Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria. Estrategia sobre drogas de Cantabria: 2009-2013. Dirección General de Salud Pública. 2010; I(I): 144.
- (10) Vega Fuente A. Cannabis en las escuelas: recursos para la acción educativa. Rev Española de Drogodependencias. 2005; 30(1,2): 159-189.
- (11) Díaz de Rada Lizáldez, N. Programa de salud pública para dejar de fumar cannabis. Navarra: Escuela Universitaria de Estudios Sanitarios; 2011.
- (12) Martínez Verdú R. Drogas, adolescentes y medios de comunicación. Comunicación e Xuventude: Actas do Foro Internacional: Colexio Profesional de Xornalistas de Galicia; 2007: 51-70.
- (13) Nogué S, Antolín A, Claramonte X, Chavarín A, Galicia M, Balanzó X, et al. Urgencias por sobredosis de drogas de abuso. Sección de Toxicología Clínica y Servicio de Urgencias Hospital Clínic. Universitario Barcelona; 2008.
- (14) Medranda de Lázaro, M^a I, Benítez Rubio, M^a R. Consumo de cannabis en jóvenes españoles. Rev Pediatr Aten Primaria (Madr). 2006; 8(7): 55-68.
- (15) Gutiérrez-Rojas L, Irala J, Martínez-González MA. Efectos del cannabis sobre la salud mental en jóvenes consumidores. Rev Med Univ Navarra. 2006; 50(1): 3-10.
- (16) Tu AW, Ratner PA, Johnson JL. Gender differences in the correlates of adolescents' cannabis use. Subst Use Misuse. 2008; 43(10): 1438-1463.
- (17) Moreno CR. El Plan Nacional sobre Drogas 1985-2005: ¿qué hay de nuevo? Rev Pediatr Aten Primaria (Madr). 2006; 8(Supl. 3): 15-33.
- (18) Barca GC. El adolescente y las drogas ilegales. BOL PEDIATR. 2004; 44: 131-136.
- (19) Pérez AO. Tendencias en el consumo de drogas en la juventud española y efectos sobre su salud. La salud mental de las personas jóvenes en España. Revista de Estudios de Juventud. 2005; 3: 155.
- (20) Mateos JC, Perdomo IT, Zerpa RG, Luzardo MM, Alvarez AB. Prevalencia, rasgos de personalidad y microambiente en adolescentes consumidores de cannabis. Semergen: revista española de medicina de familia. 2008; 8: 392-399.
- (21) Sánchez-Queija I, Rodríguez, María del Carmen Moreno, Tinoco MVM, Moreno PJP. Adolescencia, grupo de iguales y consumo de sustancias: un estudio descriptivo racional. Apuntes de Psicología. 2007; 25(3): 305-324.

Promoción de la Salud y Prevención Primaria del consumo de Cannabis en Adolescentes

- (22) Vega Fuente A, Aramendi Jáuregui P. Las drogas en los Centros de Iniciación Profesional: aportaciones de un estudio cualitativo. *Rev Española de Drogodependencias*. 2010; 35(4): 451-466.
- (23) del Bosque J, Fernández C, Huesca RS, Díaz DB, López ADG, Mairena AF, et al. El problema del consumo de cannabis: el papel del Sector Salud. *Salud Mental*. 2013; 36(2): 149-158.
- (24) Vega Fuente A, Aramendi Jáuregui P, Huegun Burgos A. Desde la evaluación del consumo de drogas entre los adolescentes a la construcción de centros de iniciación profesional saludables. XXI: *Revista de Educación*. 2011; 11(1) 29-42.
- (25) Vicario MH, Álvarez JM, Rodríguez MG. Evidencias y medidas preventivas en el abuso de sustancias durante la adolescencia. *Rev Pediatría Aten Primaria*. 2006; 8(Supl 3): 113-127.
- (26) Hight G. The role of cannabis in supporting young people's cigarette smoking: a qualitative exploration. *Health Educ Res*. 2004; 19(6): 635-643.
- (27) Molinero O, Salguero A, Castro-Piñero J, Mora J, Márquez S. Substance abuse and health self-perception in Spanish children and adolescents. *Nutr Hosp* 2011; 26(2): 402-409.
- (28) Slater MD, Kelly KJ, Edwards RW, Thurman PJ, Plested BA, Keefe TJ, et al. Combining in-school and community-based media efforts: reducing marijuana and alcohol uptake among younger adolescents. *Health Educ Res*. 2006; 21(1): 157-167.
- (29) Akre C, Michaud P, Berchtold A, Suris J. Cannabis and tobacco use: where are the boundaries? A qualitative study on cannabis consumption modes among adolescents. *Health Educ Res*. 2010; 25(1): 74-82.
- (30) Morales Manrique CC, Bueno Cañigral FJ, Aleixandre Benavent R, Valderrama Zurián J. Creencias y motivos asociados al consumo de cannabis en población escolarizada de la ciudad de Valencia, España. *Trastornos adictivos*. 2011; 13(4): 151-159.
- (31) Skenderian JJ, Siegel JT, Crano WD, Alvaro EE, Lac A. Expectancy change and adolescents' intentions to use marijuana. *Psychol Addict Behav.: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*. 2008; 22(4): 563.
- (32) Guxens M, Nebot M, Ariza C. Age and sex differences in factors associated with the onset of cannabis use: a cohort study. *Drug Alcohol Depend*. 2007; 88(2):234-243.
- (33) Soler Alberich F, Costa Ferrando P, Albiñana Soler A. No es solo decir NO: ensayando la toma de decisiones en la adolescencia. Una propuesta de prevención de drogodependencias en la escuela. *Rev Española de Drogodependencias*. 2004; 29(1,2): 37-52.
- (34) Hodder R, Daly J, Freund M, Bowman J, Hazell T, Wiggers J. A school-based resilience intervention to decrease tobacco, alcohol and marijuana use in high school students. *BMC Public Health*. 2011; 11(1):722.
- (35) Rubio MB, de Lázaro MM, Álvarez JM. Intervención del pediatra de Atención Primaria en la prevención del consumo de sustancias de abuso. *Rev Pediatría Aten Primaria*. 2006; 8(Supl 3): 91-111.
- (36) Ballester Ferrando D, Juvinyà Canal D. El Profesional de enfermería y la educación para la salud en prevención de drogas en adolescentes. *Rev Española de Drogodependencias*. 2004; 29(1,2): 149-157.