

Tratamiento de las manifestaciones psiquiátricas del cánnabis

9

J. Solé Puig

El principal riesgo médico en consumo de cánnabis es esquizofrenia y manía (Solé, Ramos; 2001). En presencia de vulnerabilidad personal o familiar hay riesgo de que se precipiten o exacerben síntomas psicóticos e incluso episodios de esquizofrenia o manía (Bobes, Calafat, 2000; Compton *y cols.*, 2004; Henquet *y cols.*, 2005; Kendler *y cols.*, 2003; Leweke *y cols.*, 2004; Ramos, 1999; Sim *y cols.*, 2006; Smit *y cols.*, 2005; Van den Bree, Pickworth, 2005; Verdoux, Tournier, 2004.). La coincidencia de uso de cánnabis y trastorno psicótico, sea inducido o bien por esquizofrenia o trastorno bipolar, es uno de los ejemplos más importantes de comorbilidad psiquiátrica y diagnóstico dual (Solé, 2006).

El tratamiento de las manifestaciones psiquiátricas del cánnabis suele realizarse mediante farmacoterapia y consejo o psicoterapia. Hasta ahora no se dispone de ningún tratamiento empíricamente validado (San, 2004). Se considera que el tratamiento psiquiátrico tiene que incluir farmacoterapia y psicoterapia (Solé, 2002) de apoyo; lo óptimo es que incluya componentes de índole cognitiva, conductual, motivacional e interpersonal (Solé, 1999; Solé, 2006). Hay consenso en que el tratamiento sea ecléctico e inclusivo, con medicación, actitud de consejo o psicoterapia y psicoeducación (San, 2004).

Se considera que el consumo de cánnabis, por si mismo, no requiere ningún tratamiento específico (Sharp, 2005), tal como también sucede con la dietilamida del ácido lisérgico o LSD. La razón estriba en que el síndrome de abstinencia y la posible dependencia física (Mc Rae, 2003) no suelen alcanzar la significación clínica de las debidas a alcohol y otras sustancias (Green *y cols.*, 2003). Por ello no suele haber necesidad de prescribir medicamentos de tolerancia cruzada con cánnabis. Incluso se considera

desaconsejable si deseamos que el paciente aprenda a afrontar las consecuencias de sus actos sin tener que refugiarse en soluciones farmacológicas. Los síntomas psicopatológicos por cánnabis se manifiestan durante las primeras horas siguientes a la inhalación o ingesta. Luego la persistencia prolongada de cannabinoides en sangre, que es sabido que puede llegar a ser de tres semanas, deja de tener significación mental o conductual (Solé, Ramos; 2001).

La distinción, desde hace tiempo consolidada, entre trastornos inducidos y trastornos por uso -abuso o consumo perjudicial y dependencia o adicción-, corresponde a que existen dos objetivos terapéuticos:

1. Se distingue por un lado el tratamiento de trastornos inducidos, por ejemplo la intoxicación, la ansiedad y la psicosis inducidas por el consumo de cánnabis, y
2. el tratamiento de los trastornos por uso o consumo propiamente dichos, es decir, el abuso (consumo perjudicial) y la dependencia. Pues bien, en el tratamiento de los trastornos inducidos, la primera opción es no intervenir y la segunda opción es la tranquilización verbal.

Las opciones médicas son tranquilizar con benzodiacepinas, valorando el riesgo adictivo y el riesgo de que sirvan como refugio para no afrontar problemas, o bien la indicación de antipsicóticos si la sintomatología lo requiere.

El tratamiento de las manifestaciones psiquiátricas por cánnabis se halla especialmente indicado en pacientes con diagnóstico dual (San, 2004), en los que al mismo tiempo coexiste el abuso/dependencia de cannabis y trastornos mentales como esquizofrenia o trastorno bipolar. Haya o no comorbilidad, se sabe (Solé, Ramos; 2001) que la dificultad de abstenerse de la droga reside en la propia sustancia (refuerzo primario), la influencia de los compañeros (refuerzo secundario), y en las coartadas motivacionales y cognitivas del consumo de psicotropos (p. ej., la individuación adolescente, la distorsión atributiva o la negación/minimización). Las intervenciones terapéuticas han de ser de tipo educativo, de estilo firme pero flexible (semidirectivo), y de alcance preventivo (Solé, 2006).

9.1. Tratamiento mediante antipsicóticos

En caso de psicosis -presencia de alucinaciones, delirio o comportamiento bizarro- y de episodio maníaco deben prescri-

birse antipsicóticos. De primera intención hay que optar por los de segunda generación: olanzapina, risperidona, quetiapina, ziprasidona, amisulprida o aripiprazol. Muestran mayor tolerabilidad y seguridad que los neurolépticos de primera generación. Sobre los tres primeros han aparecido estudios que avalan su eficacia en trastorno psicótico inducido por sustancias (San, 2004). Los criterios de indicación y dosificación son comunes a los de la psicofarmacología clínica (Solé, Ramos; 2001). Se recomienda que el médico prescriba el antipsicótico con el que se halle más familiarizado. En este apartado también pueden emplearse haloperidol y benzodiacepinas, y en cambio es preferible evitar las fenotiazinas por riesgo de crisis anticolinérgica.

El diagnóstico de delirium por cánnabis, raro, aconsejaría la monitorización hidroelectrolítica del enfermo, si bien el riesgo en este sentido es claramente menor que en caso de estado confusional-onírico por alcohol. El tratamiento de urgencia puede ser la administración intramuscular de 5-10 mg de haloperidol, aunque también de 10 mg de diacepán o 50 de clorazepato, pues la ansiólisis inmediata suele ser suficiente.

En el discutido síndrome de abstinencia por cannabinoides (Budney *y cols.*, 2004) puede estar indicado administrar antipsicóticos pues hay veces que aparecen síntomas de la serie psicótica y vale la pena cubrir complicaciones en este sentido. De primera intención no suelen emplearse antidepresivos, pero pueden ser útiles (Solé, Ramos; 2001) probablemente por su componente ansiolítico, efectivo como tratamiento de mantenimiento. Se recomienda prescribir de primera intención inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina como fluoxetina, paroxetina, fluvoxamina, sertralina, escitalopram, o de la serotonina y la noreadrenalina, como venlafaxina y duloxetina.

Seguidamente se comenta brevemente la posología recomendada con cada antipsicótico.

- *Olanzapina*: puede optarse por las presentaciones de 2,5 mg, 5 mg, 7,5 mg y 10 mg, la última disponible en vial para inyección intramuscular en inquietud o agitación psicomotriz. Se recomienda utilizar los comprimidos bucodispersables, de 5 o de 10 mg, según sea la intensidad de la sintomatología.
- *Risperidona*: puede optarse por las presentaciones de 1 mg, 3 mg, 6 mg y en solución, para titulación ajustada de dosis. Se recomienda utilizar los comprimidos bucodispersables de 0,5 mg, 1 mg o 2,5 mg.

- *Quetiapina*: las presentaciones disponibles son comprimidos de 25 mg, 100 mg, 200 mg y 300 mg. Se recomienda optar por las dos primeras.
- *Ziprasidona*: disponibles las presentaciones de 20 mg, 40 mg, 60 mg y 80 mg, la primera tanto en cápsula como en vial para inyección intramuscular. Se recomienda utilizar las dos primeras.
- *Amisulprida*: puede elegirse entre los comprimidos de 100 mg, 200 mg y 400 mg, con recomendación de utilizar las dos primeras presentaciones.
- *Aripiprazol*: disponibles comprimidos de 5 mg, 10 mg y 15 mg, siendo recomendable utilizar las dos primeras presentaciones.
- *Haloperidol*: sigue siendo el neuroléptico con el que los demás se comparan. La presentación en gotas permite titular dosis; 10 gotas tres veces al día es una pauta todavía de prescripción común. Hay disponibles ampollas de 5 mg, que pueden ser útiles, y comprimidos de 10 mg, poco empleados en relación a cánnabis.

9.2. Tratamiento mediante ansiolíticos

En el tratamiento de episodios ansiosos por cánnabis se sigue considerando válida la propuesta clásica de Colin Smith (Solé, Ramos; 2001): administrar una pequeña dosis de tranquilizante vía oral y simultáneamente seguir el método de la charla (talk down) relajada con el paciente, sin otro propósito que calmarle la angustia. Más allá de esta psicoterapia de apoyo, sólo en algún caso habrá de recurrirse a la administración oral o intramuscular de benzodiacepinas o, más raramente todavía, de antipsicóticos. Ante el cánnabis no hay que ser terapéuticamente intervencionista de primera intención, pues los trastornos inducidos tienden a autolimitarse. Es útil tranquilizar verbalmente al afectado y prescribir benzodiacepinas, a pesar del conocido riesgo adictivo y de que puedan suponer un fácil refugio que aleje de afrontar los propios problema. Seguidamente se ofrece la posología recomendada de cada ansiolítico, con algún comentario práctico. Aunque se considera que todas las benzodiacepinas tienen actividad anticonvulsivante, encabezan la lista las cuatro con

eficacia reconocida en convulsiones febriles.

- *Diazepam*: es la benzodiacepina más empleada. Disponible en comprimidos de 2 mg, 2,5 mg, 5 mg, 10 mg y 25 mg; cápsulas y grageas de 5 mg; además, en gotas, en ampollas (Valium 5 mg inyectable), en supositorios de 5 mg y 10 mg, y en microenemas (Stesolid) de 5 y 10 mg también útiles para prevenir status epiléptico en caso de crisis convulsiva.
- *Lorazepam*: disponible en comprimidos y grageas de 1 y 5 mg; en nuestro medio no se ha comercializado como inyección. Es de elección si se quiere evitar el metabolismo de paso hepático.
- *Clonazepam*: puede optarse por gotas, comprimidos de 0,5 mg y 2 mg, y ampollas. Junto a diazepam, se considera la benzodiacepina con menor capacidad de inducir dependencia.
- *Clobazam*: puede optarse por comprimidos de 10 y 20 mg.
- *Alprazolam*: disponible en comprimidos de 0,25 mg, 0,50 mg, 1 mg y de 2 mg; ésta, en presentación de 50 comprimidos suele adolecer de halo de abuso en culturas de consumo. Para titulación ajustada de dosis puede optarse por Trankimazin gotas. Para tratamiento de mantenimiento se recomienda Trankimazin Retard, de 0,50 mg, 1 mg, 2 mg y 3 mg, con menor potencial de inducir dependencia.
- *Benzazepam*: en comprimidos de 25 mg.
- *Bromazepam*: en cápsulas, de 1,5 mg, 3 mg y 6 mg.
- *Clorazepato*: también muy empleado, puede optarse por las presentaciones orales de 5 mg, 10 mg, 15 mg, 25 mg y 50 mg; también disponible en viales de 20, 50 y 100 mg.
- *Clordiazepóxido*: en presentación oral de 5, 10 y 25 mg.
- *Clotiazepam*: en comprimidos de 5 y 10 mg.
- *Halazepam*: comprimidos de 40 mg.
- *Ketazolam*: disponible en cápsulas de 15, 30 y 45 mg.
- *Pinazepam*: en cápsulas de 2,5 mg, 5 mg y 10 mg.

Hasta aquí las benzodiacepinas comercializadas en nuestro medio como ansiolíticos. En caso de no disponer de ellas, el médico podría prescribir, de forma puntual, benzodiacepinas comercializadas como hipnóticos, con semividas de eliminación más breves pero obviamente ansiolíticas y sedantes también. Se evitará por el halo de abuso que algunas de ellas detentan en la cultura de consumo.

9.3. Tratamiento mediante antidepresivos

El tratamiento inmediato de síntomas depresivos relacionados con uso de cánnabis (Degenhardt y cols., 2003; Linskey y cols., 2004) se realiza con benzodiacepinas. Sólo si persiste la sintomatología afectiva, tanto la depresiva como la ansiosa, se prescribirán antidepresivos, cuyo efecto suele demorarse dos o más semanas. La ventaja de los antidepresivos es que muestran efecto ansiolítico y un potencial de inducir dependencia bastante menor que el de benzodiacepinas. Son de primera elección los *inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina* como fluoxetina, paroxetina, fluvoxamina, sertralina, escitalopram, o los *inhibidores selectivos de la serotonina y la noradrenalina*, como venlafaxina y duloxetina.

9.4. Tratamiento mediante anticonvulsivantes

En psicopatología relacionada con uso de cánnabis son útiles anticonvulsivantes con efecto estabilizador del estado de ánimo o eutimizantes, como valproato, topiramato, lamotrigina y *oxcarbazepina*. Esta última es más ventajosa que la carbamazepina en interacciones farmacológicas; junto a valproato y litio es de elección para tratar la bipolaridad depresivo-maníaca/hipomaníaca. Es preferible evitar litioterapia por mayor toxicidad en incumplimiento terapéutico. *Valproato* tiene la indicación de alternativa al litio desde 1994. En cuanto a *topiramato*, se considera que es ventajoso en impulsividad, y que *lamotrigina* lo es en depresión bipolar. La mayoría de aseveraciones expuestas alcanzan nivel de consenso (San, 2004), aunque no de evidencia.

9.5. Psicoeducación adyuvante

El tratamiento de las manifestaciones psiquiátricas (Kallant, 2004; Merline y cols, 2005; Voth, 2003) y neuropsicológicas (Iversen, 2003; Verdejo y cols., 2004) relacionadas con el uso de cánnabis debe incluir psicoeducación a fin de que el paciente adquiera o recupere la percepción de riesgo (Solé, 2006) mediante información veraz, es decir, la emanada de la literatura científica. Además de farmacoterapia, el paciente con

problemas de cánnabis debe recibir una oferta educacional básica acerca de las consecuencias del consumo. Es obvio que la principal motivación para abandonar el consumo de sustancias es interrumpir la exposición a la sustancia y evitar así consecuencias y trastornos asociados. Se considera que en esquizofrenia y trastorno bipolar, el tratamiento actual debe incluir necesariamente psicoeducación (Balanza-Martínez *y cols.*, 2005).

Seguidamente se ofrece una muestra de información esquemática relativa a psicoeducación en cánnabis:

“El cánnabis no es letal

- no suele precisarse desintoxicación,
- no se inyecta,
- no hay sobredosis letales
- y hay, relativamente, menor delincuencia.

Pero puede ser nocivo

- con consecuencias de tipo agudo, como la intoxicación
- consecuencias de tipo subagudo, como ansiedad
- y consecuencias de tipo crónico, como la adicción

Consecuencias de tipo agudo

- problemas de memoria a corto plazo, p. ej., y también
- problemas de atención y capacidad de juicio,
- problemas de coordinación y equilibrio,
- menor capacidad de reacción,
- ansiedad, pánico, depresión, psicosis;
- y aumento de la frecuencia cardíaca.

Consecuencias de tipo subagudo

- es decir, persistentes y que van más allá de la intoxicación,
- aunque quizá no permanentes;
- problemas de memoria, p. ej.,
- y menor capacidad de aprendizaje.

Consecuencias de tipo crónico

- es decir, a largo plazo
- y de efecto acumulativo potencialmente permanente;
- dependencia, p. ej., y también
- tos, bronquitis, enfisema,
- y cáncer de pulmón.”

PARA EL TRATAMIENTO DE LAS MANIFESTACIONES PSIQUIÁTRICAS POR CANNABIS ES BÁSICO

- *Motivar, no amenazar*

Los métodos aversivos no son de primera elección. El terapeuta ha de ayudar a tematizar cuantos contenidos pro sobriedad exprese el propio paciente dentro de su ambivalencia. En ausencia completa de tal tipo de verbalizaciones, una opción es hablar de los inconvenientes, incluso estéticos, de consumir sustancias que son tóxicas; son ejemplos el mal olor bucal o corporal, respirar y digerir mal, más problemas cutáneos, más arrugas, surcos más hondos, menor potencia sexual y otros.

- *Reconocerlo y hablarlo es lo primero*

El consumo tiene que detectarse para que pueda ser reconocido. Padres y profesores suelen notar cambios en el comportamiento del adolescente o del adulto joven. Hay que centrarse en ello y hablar.

Alentar al paciente a que:

- intente terminar las cosas
- haga balance en términos de lo positivo y lo negativo
- prevea y planea de modo personal
- decida sus prioridades
- haga una sola cosa importante a la vez
- se vea de forma más positiva
- entre en acción: siempre hay algo que cambiar
- mantenga el buen humor

- *Afrontar consumo perjudicial y dependencia*

El abuso o la dependencia tienen una base química cerebral y afectan seriamente a toda la persona. Adolescentes y adultos han de saber que la experimentación con sustancias, quizá placentera al principio, puede llevar a trastornos físicos, del pensamiento, de las emociones y de la conducta. Por faltar la sustancia pueden sobrevenir síntomas de abstinencia y quizá se necesite ayuda técnica en forma de seguimiento terapéutico. Suele incluir atención médica, psicológica y social, y es recomendable que se prolongue uno, o mejor, dos años. El paciente deberá realizar los cambios en su vida que contribuyan a la abstinencia estable e indefinida de sustancias.

Tabla 9.1

9.6. Información que el consumidor de cánnabis en tratamiento debiera conocer

Contribuye a que el consumo disminuya o cese. No reemplaza el seguimiento terapéutico individual, ya que cada consumidor tiene diferentes necesidades y objetivos.

El tratamiento de tus manifestaciones psiquiátricas depende de que fumes menos, o mejor, de que lo dejes. Leer con atención esta guía te va ser de gran utilidad:

Tratamiento para fumar menos cánnabis o dejarlo	
Preparación	1. Qué hay que saber sobre abuso y dependencia 2. El cambio de consumir a abstenerse
Inicio	3. Asentar el cambio 4. Prever síntomas de abstinencia 5. Afrontar el craving
Proceso	6. Poner en práctica estrategias de control 7. Resistirse cuando otros fuman 8. Buscar alternativas 9. Reconocer situaciones de riesgo 10. Afrontar situaciones de riesgo 11. Optimizar estrategias de control: ajuste 12. Mantener la acción

Tabla 9.2

9.6.1. Qué hay que saber sobre abuso y dependencia

La mayoría de los que fuman porros lo hacen esporádicamente. Pero un consumidor de cada cinco llega a tener problemas de consumo perjudicial (hay abuso y consecuencias negativas) y de dependencia (se fuma prácticamente cada día). Fumar porros puede convertirse entonces en un problema grave, y para más personas de lo que parece. Depender de algo significa, por definición, que te cuesta dejarlo y que es fácil recaer una y otra vez. Es lo que puede suceder con fumar porros, a pesar de que el cánnabis suele considerarse poco adictivo. Lo cierto es que quienes sufren por ello suelen quejarse de problemas por los que acaban precisando ayuda. Diferentes factores influyen en el hecho de abusar o depender del cánnabis:

- Son importantes los *factores de riesgo psicosociales*, es decir, los de índole biográfica, psicológica y social. La investigación ha demostrado que quienes presentan dependencia de cán-

nabis muestran más problemas mentales y de comportamiento. Unas veces porque la adicción te causa el trastorno mental y otras veces porque es al revés: el problema psíquico te hace más vulnerable al consumo. Las más de las veces porque una cosa lleva a la otra, todo influye entre sí y al final acaban surgiendo los problemas.

- Otro factor de riesgo importante es la *edad*. Cuanto antes se empieza a fumar porros, más elevado es el riesgo de consumo perjudicial, dependencia y problemas derivados. La investigación ha demostrado que esto vale para cualquier sustancia de abuso, y especialmente de las masivamente consumidas en el mundo, es decir, tabaco, alcohol y cánnabis. No es lo mismo empezar a beber alcohol y fumar tabaco o cánnabis a los 13 ó 14 años que a partir de la edad adulta. Iniciarse en la adolescencia significa mayor riesgo de dependencia grave y de extender el abuso a otras sustancias como cocaína.
- Las *pautas de consumo* influyen muy directamente como factor de riesgo. Es verdad que éste parece escaso entre quienes fuman algún porro esporádicamente, pero algunos consumidores van aumentando el número de porros que se fuman en un día e incrementan también gradualmente el número de días en que fuman. Pasan así del uso al abuso y puede que de forma imperceptible agraven el consumo hasta llegar a ser dependientes de cánnabis. Entonces fuman prácticamente cada día y quizás aumenten desde un par de porros al día a cinco, a diez o incluso más. Hay evidencia científica de que toda progresión en el uso de una sustancia de abuso conlleva la correspondiente progresión en dificultades y trastornos.

9.6.2. *El cambio de consumir a abstenerse*

Los hábitos se aprenden, y también se aprende a consumir sustancias psicoactivas. Es un aprendizaje cuesta abajo porque dichas sustancias encajan bien en el cerebro: hay química entre cannabis y cerebro, metafórica y literalmente. Pero quienes quieren librarse de ellas por los problemas que les causan, han de aprender cuesta arriba. Cesar de fumar y mantener la abstinencia estable requiere esfuerzo; también lo requiere reducir y quedarse en poco consumo. Los científicos

consideran que quien se dispone a reducir y abandonar un hábito como fumar cánnabis suele pasar por los siguientes estadios de motivación al cambio:

- *Preparación*: el propósito de cambiar algo importante ha ido madurando y se acerca el momento de la verdad, de decidirse. Se empiezan a dar los primeros pasos, por ejemplo leer información escrita, también en internet. La motivación tiene que ser la suficiente como para ir al siguiente paso.
- *Acción*: se ha tomado la decisión de cambiar. El cambio puede consistir en la reducción progresiva de los porros fumados o en dejar de fumarlos. Son días o semanas de esfuerzo agudo que dan paso a la siguiente fase.
- *Mantenimiento*: para que este esfuerzo se mantenga, la pura "fuerza de voluntad" suele necesitar la ayuda de estrategias de control. Se trata de superar diferentes obstáculos, como síntomas de abstinencia o situaciones de riesgo. Lee con atención este escrito hasta el final y verás lo útil que te va a resultar para superar obstáculos.
- *Ajuste*: al principio las estrategias de control son difíciles de adoptar y puede retrocederse a las viejas costumbres. Hay que tomarlo como normal y previsible. Forma parte del proceso de cambio: de los errores se aprende. Se trata de mantener la motivación, de no dejarse invadir por el desánimo – tras el que está el deseo de fumar- y de ir afinando las estrategias de control. De esta manera la motivación por estabilizar el cambio logrado estará cada vez mejor pertrechada.

9.6.3. *Asentar el cambio*

Cuando ves que tu consumo de cánnabis se te va de las manos y que lo que quieres es cambiar, entonces ha llegado el momento de pararse un momento a pensar. Significa que tienes que ocuparte de las dificultades que eran de prever. Para afrontarlas, tendrás que desarrollar estrategias de control. Para ello son necesarios los siguientes pasos:

- *Poner un objetivo*: lo primero que tienes que hacer es pensar en ponerte un objetivo, una meta importante para ti. Lo mejor es que lo escribas, para que puedas volver a leerlo cuando te sientas flaquear. No importa que la meta que te propongas sea poco concreta, por ejemplo "Quiero fumar menos porros". Pero es importante que también te pongas *objetivos interme-*

dios concretos. Pues queriendo seguir la meta global atravesarás situaciones concretas en las que jugarás con decidir si fumas o no. Las situaciones concretas te llevan a comportamientos concretos, y ahí está el reto. Un ejemplo de objetivo concreto es "Sólo quiero fumar porros en fin de semana". Aquí no tienes margen para jugar con tu decisión: de lunes a viernes no fumas. Te permite ver si alcanzas o no tus objetivos concretos, de examinarte sin tapujos.

- *Librarse de los restos*: si tu meta es "Quiero dejar de fumar porros", entonces tienes que tirar el hachís o la marihuana que te quede, los utensilios que empleas y todo lo que te lo recuerde directamente. Así tienes menos peligro de volver a fumar. Guarda tus fuerzas para resistir estímulos al consumo menos fáciles de eliminar.
- *No sustituir con otras sustancias de abuso*: evita refugiarte en el alcohol y demás drogas. De lo contrario, lo único que haces es reemplazar sustancias y no haces ningún cambio en las viejas costumbres. En cuanto a medicamentos, haz caso al equipo asistencial: si te recetan, toma sólo lo prescrito a sus dosis.
- *Reducir estimulantes*: el consumo llama al consumo, y por eso quien fuma cánnabis suele estar habituado al café, té, cola y tabaco, incluso para dormir. Procura disminuir o evitar esos estimulantes, empezando por antes de dormir.
- *Prever síntomas de abstinencia y ansia de fumar*: cesar de fumar porros dependiendo de ellos suele conllevar „mono“, con cierto malestar incluso físico. Lo que suele requerir mayor esfuerzo de resistencia es el ansia de consumir, el craving. Es un deseo perentorio de fumar que resulta muy tentador, siendo el culpable de la mayoría de recaídas. A medida que lo vayas resistiendo irá subiendo tu autoestima.
- *Desarrollar estrategias de control*: la fuerza de voluntad es necesaria, pero a veces no del todo suficiente para alcanzar la meta personal que te has propuesto. Desarrolla tus propias estrategias de control, si es preciso con la ayuda del equipo asistencial:
 - a. Estrategias de reducción del consumo
 - b. Encontrar alternativas
 - c. Afrontar situaciones de riesgo
 - d. Ajuste y optimización de las estrategias de control

9.6.4. Prever síntomas de abstinencia

La investigación clínica ha demostrado que quien abusa y depende del cánnabis puede aquejar síntomas de abstinencia al cesar de fumar. Lo corriente es que aparezcan 24 o 48 horas después del último consumo. Como máximo suelen prolongarse hasta una semana y raramente, hasta dos o más.

Los síntomas de abstinencia más frecuentes son:

- Inquietud, irritabilidad, a veces agresividad
- Insomnio, pesadillas
- Menos apetito
- Ansiedad, depresión
- Temblor muscular, sudoración, a veces febrícula
- Diarrea, malestar de estómago, náusea, vómito
- Dolor de cabeza

Varios síntomas pueden aparecer juntos. Que surjan porque dejas de fumar significa que tu organismo estaba acostumbrado al consumo habitual de cánnabis y que ahora tiene que cambiar.

Por desagradables que puedan ser esos síntomas, no suponen ninguna amenaza para la salud y son pasajeros. Has de estar en guardia para que no te lleven otra vez a fumar. Muchos recaen precisamente porque se entregan a estos síntomas, sobre todo al craving.

9.6.5. Afrontar el craving

Es normal que el fumador que interrumpe el hábito aqueje síntomas de abstinencia. Junto a posible malestar físico, lo que experimenta la mayoría es el deseo intenso de volver a consumir cannabis. Esta ansia por consumir también recibe el nombre inglés de craving.

Quien deja un hábito tiene que tenerle respeto al craving, porque intentará por todos los medios que el consumo se reanude. No se trata de ir con miedo, sino de ser consciente del peligro que representa. Con el tiempo, el ansia por volver a fumar se va debilitando, aunque mejor es permanecer en guardia siempre. Los siguientes puntos pueden serte útiles para resistir el craving:

- Sé consciente de que durante tiempo vas a sentir el deseo de querer fumar porros.
- El craving agudo dura poco. Es como una ola que en pocos minutos llega al clímax y que luego disminuye más lentamente. Esta sensación va perdiendo fuerza con el tiempo, y además aparece cada vez más de tarde en tarde. En muchos casos la mejoría ya la sientes al cabo de un par de días, y es muy raro que el craving agudo se prolongue más de dos semanas. Pero como siempre en adicciones, el secreto está en mantener la guardia alta cuanto más tiempo, mejor.
- Las ganas de volver a fumar suelen aparecer porque te metes en situaciones de riesgo, es decir, ves a gente, estás en sitios o tienes sensaciones que te recuerdan lo que era fumar.
- Intenta reconocer este tipo de situaciones y evítalo en la medida de lo posible. Si la mayor parte de tus amigos fuman porros vas a tenerlo difícil. Entonces son útiles los trucos que hay para rechazar la invitación a fumar.
- Por tanto, de lo que se trata es que te estudies bien. Una buena autoobservación puede ayudarte a que seas un experto en todo lo que te estimula a fumar. Reconociéndolo serás capaz de evitarlo.
- Pero claro, habrá veces que no podrás esquivar estos estímulos al consumo. Para que no te dominen a ti y que tú seas quien los domine, necesitarás tus propias *estrategias de control*:
 - a. Procura tener presente la razón por la que quieres fumar menos o incluso dejarlo.
 - b. Permanece alerta ante los pensamientos pro consumo que te vengan.
 - c. Insiste en pensar que el deseo intenso de fumar dura poco.
 - d. Una decisión sobre fumar o no fumar siempre deberías demorarla, como mínimo, durante 30 minutos.
 - e. Llama a alguien –una amistad, un familiar- que te esté apoyando en tu propósito pro abstinencia.
 - f. Para afrontar el craving habla contigo mismo, te sientes más activo en tu actitud.
 - g. Y termina el autodiálogo con un "¡STOP!" sonoro, para seguidamente hacer alguna otra cosa.
- En definitiva, que la mejor manera de combatir el craving es esquivarlo metiéndote en otras actividades. El tipo de activi-

dad lo eliges tú en función de que no te estimule al consumo y que mientras la hagas no pienses en fumar. Quizá te sea útil comparar el craving con un gato hambriento que viene hacia ti y maulla para que le alimentes. Sólo con que le des de comer una vez, para el gato estará claro: "Siempre que maullo recibo algo de comer." Si no le alimentas se pondrá más terco para ablandarte y conseguir lo que quiere. Pero después de un rato de no obtener nada verá que es inútil y desistirá.

9.6.6. Poner en práctica estrategias de control

Queda claro que las estrategias de control que funcionan para unos, resultan menos útiles para otros. Lo que a uno le va bien no tiene porqué valerle automáticamente a otro. Por eso es interesante que pruebes las siguientes propuestas, para ver el grado de utilidad que puedan tener para ti en particular. Si ves que una de ellas no se adapta a ti, entonces pasa a otra. Sé flexible pero no voluble, o sea que no quemes las posibilidades de los siguientes ejemplos de estrategias de control:

- *Abstinencia, aunque sea temporal*: incluso queriendo reducir tu consumo para seguir fumando menos, necesitarás una o dos semanas de abstinencia. El cuerpo necesita tomar distancia de un consumo que habrá sido bastante intenso y prolongado. Lo normal es que sin una pausa de abstinencia sea difícil fumar menos porros de forma estable.
- *Días abstinentes*: un truco para quien cada día consume es estar como mínimo dos días a la semana sin fumar. Es algo que no es tan difícil y te anima hacia otras estrategias de control. Y ya se frena el consumo, aunque no sea mucho. Si no lo consigues es evidente que estás más enganchado de lo que creías, y te obliga a replantear el tema.
- *Acotar el consumo*: puede ponerle límites a tu consumo, por ejemplo con estos criterios: fumar sólo determinados días, o un máximo de días por semana, o no fumar antes de una determinada hora y/o fumar un máximo de porros por día o por semana.
- *Ocasiones señaladas*: si te consideras un fumador empedernido reserva los porros para ocasiones especiales, que son, por definición, poco frecuentes.

- Compra menos: es evidente que cuanto menos cánnabis tengas en casa, mejor. Ir afuera a adquirirlo siempre supone un obstáculo, útil para seguir en la buena dirección.
- *Escribe el diario de tu consumo*: quienes lo han probado consideran que es el mejor de los trucos. Cada día anotas en un cuaderno si has fumado, cuándo has fumado, cuánto, con quién y porqué. Puede costar decidirse por empezar un diario así, pero luego le ves la gracia. Da la posibilidad, además, de anotar los pensamientos y las sensaciones que asocias a los porros, y a pensar sobre ello.
- *Implica a amigos*: en tus esfuerzos por reducir o dejar los porros lo normal es que todo el mundo te anime, también los otros fumadores. Lo mejor es que intentes frecuentar más a tus amistades no fumadoras. Así consigues tres cosas: evitas un importante estímulo al consumo, te ganas un apoyo social también importante, y además estos amigos no fumadores van a ser un control externo útil para ti, porque si te desvías mucho de tus objetivos te lo van a decir.
- *Premios*: está claro que tienes que premiarte cada vez que alcanzas un objetivo, y puedes darte el gusto bien pronto, por ejemplo cuando has conseguido ser fiel a tu plan de acción durante una semana. ¡Pero el premio no es fumar, por supuesto! Lo que se suele hacer es comprar algo con el dinero ahorrado.

9.6.7. Resistirse cuando otros fuman

Fumar menos porros o dejarlos no es tan fácil. Hay situaciones, las situaciones de riesgo, en las que aparece el craving. Lo mejor es evitarlas, y evitamos así los estímulos al consumo. Pero es cierto que a veces no se pueden esquivar. Por ejemplo, que te ofrezcan los porros que antes aceptabas. Suele ser difícil rechazarlos. A veces basta con decir "No, gracias". Pero en otras situaciones hace falta poner en práctica otras estrategias de control. Estas son las propuestas:

- "No" es la primera palabra que tienes que pronunciar. Dilo claro y sin dudar. Porque si respondes vagamente, por ejemplo "En el fondo mejor no", siembras dudas sobre si crees en lo que dices. Y entonces van a insistir, con lo que habrás convertido la estrategia de control en situación de riesgo.

- Hablar claro significa mirar directamente a los ojos del otro. Es preciso hacerlo, porque subraya que tienes claro que no vas a consumir.
- Después del "No" puedes proponer hacer alguna otra cosa, o por lo menos intenta cambiar de tema, para no entrar en polémicas sobre si fumar o no fumar.
- Si el otro insiste en que fumes, dile que es inútil porque lo has dejado o lo has reducido mucho.
- En ningún momento te justifiques o disculpes. Es evidente que tienes todo el derecho a no consumir lo que no te conviene.

9.6.8. *Buscar alternativas*

Fumar mucho significa dedicarle tiempo al cánnabis. Es ir a por hachís o marihuana o bien cultivarla, liar porros y fumarlos quizá varias veces al día. Por tanto, dejarlo o fumar bastante menos significa, de pronto, disponer de mucho tiempo libre. Lo mejor es dedicarlo a nuevas actividades y a estar ocupado. Eso te ayudará en los momentos en que pienses en volver a fumar y sobre todo cuando sientas muchas ganas de hacerlo (craving).

- *Salir con gente:* un elemento fundamental del proceso de cambio es sin duda el apoyo social. Quizás hayas descuidado viejas amistades porque en los últimos tiempos sólo ibas con fumadores. Es importante rodearte de no fumadores. No te estimularán al consumo y tenderán a apoyarte. Algún amigo no fumador incluso se prestará a ayudarte directamente, por ejemplo avisándote de algún riesgo que tu no hayas percibido.
- *Relajación:* quienes fumaban porros para relajarse suelen pensar en otras maneras de lograrlo. La más fácil son los tranquilizantes, pero no es aconsejable por riesgo de dependencia, a menos que exista seguimiento médico. Son muchos los que lo han logrado con medidas tan caseras como un baño o una ducha de agua caliente. Para los interesados en técnicas específicas se recomiendan dos, entrenamiento autógeno y relajación muscular progresiva.
- *Aficiones:* quizá tuviste hobbies que pasaron a segundo plano por fumar cánnabis. Intenta recuperarlos y si no es el caso, búscate algo que te haga disfrutar y que pueda convertirse en un nuevo hobby.

- *Deporte*: es lo más recomendable, porque implica al cuerpo y le devuelve salud. Si no te decides por otras opciones, elige el ejercicio físico que más te guste. No piensas en consumir, te proteges del craving, descargas tensión, te sientes bien contigo mismo y aumentas tu autoestima.
- *Vacaciones*: si puedes, hazlas en cualquier otra parte que sea lo más diferente posible de tu ambiente normal. Así te será más fácil olvidar viejas costumbres. (Mejor no en Jamaica).

Acabas de ver una lista pequeña de cosas para hacer a fin de distraerte y evitar fumar. Quizás a ti se te ocurran más. Anótalas. Así, cuando te entre el ansia de fumar, podrás recordar bien las alternativas de que dispones. No dudes en hablarlo con amigos no fumadores o, si es el caso, con alguien del equipo asistencial que esté atendiéndote en un centro especializado.

9.6.9. Reconocer situaciones de riesgo

La investigación sobre sustancias de abuso (cánnabis, tabaco, alcohol, cocaína, heroína, etc.) ha demostrado que es en situaciones de riesgo cuando más recaídas en el consumo hay. Estas situaciones pueden ser personas, sitios, estados de ánimo u otras experiencias. La mayoría de situaciones de riesgo suelen ser las siguientes:

- *Emociones negativas*: ira, desánimo, culpabilidad, aburrimiento y otras sensaciones que experimentas de forma negativa suelen desencadenar ganas de consumir. Te vales de los porros para eliminar ese estado de ánimo desagradable –y recaes.
- *Presión social*: no todos van a estar de acuerdo en que fumar porros pueda ser un problema. Vas a tener amigos fumadores que respeten tu decisión e incluso te animen a dejarlo, pero en general, quieran o no, para ti van a representar un estímulo al consumo. Aunque no te presionen, sólo con estar con ellos te vendrán las ganas de fumar, porque te parecerá que lo necesitas, para pasarlo bien o simplemente porque es lo que hay.
- *Conflictos con otras personas*: estresarse con la pareja o enfrentarse a otras personas te lleva fácilmente a recaer en las viejas costumbres y a fumar otra vez.

Cada cual tiene sus propias situaciones de riesgo, importantes para él. Varían de persona a persona, dependiendo de

cuándo, dónde, cómo y con quién se ha consumido. Por ejemplo, hay quien fuma porros en casa cuando se aburre. Entonces es fácil prever que su situación de riesgo será cuando estando sin hacer nada le invada una sensación de tedio, de vacío, que le estimule a consumir tal como hacía antes. De lo que se trata es de afrontar las situaciones de riesgo.

9.6.10. *Afrontar las situaciones de riesgo*

La parte más difícil del proceso de cambio es mantenerse en el control del consumo reducido o de la abstinencia. La principal dificultad proviene de que se prolonga en el tiempo, demandando constancia. Todo consumidor que haya abandonado un hábito, sea fumar tabaco o cánnabis, beber alcohol, etc., seguro que ha experimentado la tentación de recaer en un momento dado. Por eso hay que ser consciente de las situaciones de riesgo más importantes para uno mismo, porque es la única manera de mantener el control sobre el propio consumo:

- *Reconocer situaciones de riesgo*: descubre y anota qué situaciones asocias con fumar porros. Piensa en lugares (casa, discoteca, bar, calle, escuela, trabajo, ocio...), personas (amigos, pareja, conocidos, familiares...) y también sentimientos (sensaciones, experiencias, estados de ánimo y emociones, pudiendo ser positivo o negativo). No te desanimes si son muchas las situaciones. Primero haz una lista con absolutamente todo lo que asocias con fumar. Más tarde, agrúpalo según tu criterio. Y finalmente, valora el riesgo que tiene para ti cada situación en particular y en cada grupo. Valóralo como las camisetas, asignando una S al riesgo pequeño y una L al grande; en medio, M.
- *Evitar situaciones de riesgo*: es de cajón, pero bastante más difícil de lo que parece. Por ejemplo, piensa que un alcohólico rehabilitado tiene que evitar los bares, y esto le resulta complicado en nuestro país. Lo que está claro es que tienes que evitar totalmente tus situaciones de riesgo, sobre todo las mayores, durante las primeras semanas del proceso de cambio y mejor si lo alargas a los primeros meses. Siguiendo con el ejemplo del fumador solo en casa, lo que éste hará será esforzarse en salir y realizar una actividad que le llene lo más posible.

- *Resistir el craving*: el ansia por consumir te acaba invadiendo, por la misma naturaleza del trastorno adictivo. Además, no siempre es posible evitar situaciones de riesgo. Lo que hay que hacer es estar preparado. Si sabes que tarde o temprano tendrás que medirte con esa intensa tentación de volver a consumir que se llama craving, por lo menos el enemigo no te pillarás por sorpresa y podrás resistir, que es vencer.
- *Decir "no"*: cuando te inviten a porros, repítelo como un disco rayado; es la estrategia de conducta más sencilla, pero funciona. Y antes de ir de fiesta, haz tus planes para conseguir mantenerte sin consumir. Sé previsor: las mayores situaciones de riesgo han de estar primero en tu cabeza para luego defenderte bien. Lo fundamental es que sigas siendo sincero contigo mismo y no te engañes. Si ves que todavía te sientes demasiado blando como para afrontar la situación de riesgo, pues evítala de momento.
- *Alternativas*: la vieja costumbre de consumir intentará por todos los medios abrirse paso en tu cerebro. Implícate en actividades alternativas que te hagan disfrutar y con las que necesites un mínimo de concentración, para evitar pensar en fumar porros.

9.6.11. *Optimizar tus estrategias de control: ajuste*

Lo que suele pasar al principio del proceso de cambio es que las estrategias de control no funcionan del todo bien. Incluso sucede que se acaba fumando más de lo previsto. Es normal y no hay que dramatizar tomándolo como un fracaso. No es ningún motivo para el derrotismo. Al contrario, te hace ver la necesidad de que seas más listo que tu viejo hábito. Vuelve a analizar tus experiencias con fumar porros y verás el punto flaco por donde se ha metido el consumo. Al próximo intento de dejarlo resistirás mejor. Todo está en que mires sin tapujos lo que te ha llevado otra vez a consumir y en estar dispuesto a crear tus nuevas estrategias de control.

Eso te lleva a que hagas tu propio *análisis de la situación*, intentando tener en cuenta todos los detalles que rodearon a tu último consumo:

1. ¿Qué sentiste o pensaste justo antes de volver a fumar?
 2. ¿En qué lugar fue? ¿Qué es lo que sucedió? ¿Cómo lo viviste?
- Analízalo con precisión; por ejemplo, según sea antes, du-

rante o después de consumir.

3. ¿Cuál fue, para ti, la razón principal que te llevó otra vez a fumar porros?

El análisis de la situación te permite ampliar y precisar tu lista personal de situaciones de riesgo. Es ajustar un mecanismo mental que, pieza a pieza, te capacita para ir afrontando cada vez con más éxito tus situaciones de riesgo. Habrá alguien que piense cosas como "Es inútil, no lo voy a conseguir" o que vea el consumo algo así como un rasgo de carácter inamovible: "He nacido para porreta, y punto." Son reacciones que se dan, que son todo lo humanas que se quiera, pero que sólo sirven para volver al hábito tomando el fracaso como excusa. Cambiar dejando el hábito de fumar no es tomar una decisión y ya está, sino enfrascarse en un proceso de controlar tu consumo y de todo lo que haces para consumir que tiene que avanzar necesariamente paso a paso. Para el análisis de la situación guíate también por lo siguiente:

1. Recuerda tu meta personal. Quizá ahora la veas demasiado inconcreta. Pues entonces piensa a qué objetivos más precisos quieres llegar. No importa que sean poco ambiciosos. Serán objetivos intermedios. Un ejemplo es la meta de disminuir la cantidad de porros y mantenerse en consumo reducido sin aumentar otra vez. Para alcanzar esta meta tienes que hacerte un plan que abarque varias semanas y en el que vayas reduciendo de escalón en escalón. Hay quien preferirá planificar un porro menos cada lunes y otro lo planeará en función de las fechas concretas para él más adecuadas. Cada cual lo hará de la manera que le vaya mejor.
2. Recapitula según lo que te haya funcionado mejor anteriormente. Pasa revista a lo que recuerdes sobre días con menos porros o ninguno. Puede que se te ocurra lo que pueda ayudarte a resistir mejor las ganas de consumir o las actividades alternativas que puedan mantenerte alejado de fumar.
3. En tu análisis, párate a pensar en la próxima vez que topes con una situación semejante. Piensa en lo que te pueda ser de ayuda entonces.

9.6.12. Mantener la acción

En resumen, que lo que tú quieres es reducir tu consumo de cánnabis o incluso dejarlo. Ha llegado el momento de entrar

en acción y mantenerse fuerte, porque lo más importante ya lo sabes:

- Vale mucho la pena que lleves tu diario personal de lo que consumes. No te dé pereza anotar cada día todo lo importante relacionado con tu hábito de fumar porros. Es la mejor manera de que mantengas una visión general de ti mismo como consumidor. Y así no soltarás las riendas del control sobre tus costumbres de consumidor. Procura imaginar que vas a tener la mayor constancia posible y que en el futuro, cuando vuelvas la vista atrás, quizá puedas sorprenderte agradablemente a ti mismo.
- Un diario personal es algo muy confidencial y a quien le sirve es a ti. Pero si acudes a un equipo asistencial y desarrollas confianza en alguno de sus miembros, lleva tu diario al tratamiento. Seguro que será de gran ayuda. Quien informa eres tú, pero el terapeuta puede ayudar con sus opiniones.
- *El objetivo concreto depende de ti.* Cada consumidor tiene ideas propias sobre lo que quiere alcanzar. Puede ser útil comentarlas con tu terapeuta referente en caso de que acudas a un equipo asistencial.
- No es automático que llegues a fumar menos porros de forma estable o que los dejes. Lo importante es que seas activo en trabajar por tus objetivos. Que te lo cures, vaya. Garantía de éxito no hay, pero si te mantienes en querer cambiar tu consumo, tienes posibilidades de salirte con la tuya.

9.7. Papel de los familiares

Existe demanda de información por parte de los progenitores (Jackson, Mannix; 2003), a la que se debe responder con asesoramiento dirigido a contextualizar y desdramatizar, analizar cambios de conducta (Fergusson, 2003), y orientar el caso.

Dada la edad predominantemente juvenil (French, 2003; Macleod *y cols.*, 2004; Mc Ardle, 2004; Rey *y cols.*, 2004, Veen *y cols.*, 2004; Vik *y cols.*, 2005) de los afectados ha de haber intervención terapéutica en las familias, que además son las que pueden generar la demanda. Siempre se asesorará contextualizando, no dramatizando. Es útil incidir en los cambios de conducta observados y es inútil fomentar las actitudes detectivescas de padres escudriñando las pertenencias del hijo en

busca de la droga. El terapeuta ha de medir el caudal de información para dar opción a escuchar, orientar y a sucesivas intervenciones dentro de una continuidad; en una primera entrevista no puede solucionarse todo. Quienes fuman, sean dependientes de nicotina o de cannabinoides, deberían hallar interlocutores sanitarios capaces de informar con rigor técnico sobre los riesgos de ambos consumos para la salud. No se trata, por supuesto, de que el terapeuta muestre actitudes del tipo poner el grito en cielo, pero tampoco de que exhiba actitudes demagógicamente liberales, más propias de la especulación que del auxilio sanitario.

El papel de la familia (Schwartz *y cols.*, 2003) es importante en terapia de adolescentes y a veces también en adultos, pero no debiera ser determinante. Al igual que en cesación del tabaco, cada afectado ha de sentirse protagonista único de su motivación de abstenerse de fumar porros. El consumidor adolescente suele tener la ventaja de que nadie más en casa fuma cigarrillos de cánnabis, cosa que no es así para los cigarrillos de tabaco. Por tanto, el adolescente fumador de porros suele librarse del modelado negativo parental directo (padres que fuman tabaco), que sí influye claramente en el adolescente fumador de cigarrillos. En el caso del cánnabis hay, si los padres fuman tabaco, modelado parental negativo indirecto: se imita la forma de autoadministración del psicotropo, o sea fumar. Que sea cánnabis y no tabaco lo que se fume le permite al adolescente entrar en contraste con los padres, enfrentarse a ellos para diferenciarse y sentirse más él mismo. La connotación provocadora de consumir algo ilícito se adecua perfectamente a este propósito individualizador, bien establecido en psicología juvenil. Este refuerzo positivo que emana del halo transgresor es uno de los principales obstáculos motivacionales en terapia de cesación con adolescentes y adultos jóvenes (Solé, 2006).

9.8. Monitorizar la abstinencia

En el tratamiento de las manifestaciones psiquiátricas por cánnabis los pacientes afectados debieran disponer de controles de orina para detección de cannabinoides y de cuantas sustancias se haya acordado evitar. Con ello se pretende

monitorizar la abstinencia del consumo de forma suficientemente objetiva. Es básico no olvidar la posible persistencia de cannabinoides hasta tres semanas después de abstenerse de fumar, por la farmacocinética lenta de los cannabinoides (Solé, Ramos, 2001), es decir, de principios activos como el tetrahidrocannabinol y el cannabidiol, fundamentalmente. Desconocer este hecho podría llevar a que algún paciente se sintiera injustamente reprochado por asimilarse un consumo remoto al consumo actual o reciente que quebranta el compromiso de abstinencia adquirido. Para obviar este tipo de falsos positivos se ha preconizado el empleo de urianálisis capaces de diferenciar entre cannabinoides de distinta cinética. En la práctica no es imprescindible. Basta con que el terapeuta no pierda de vista algo consustancial al saber médico: que la clínica prevalece sobre el laboratorio. Está bien que los análisis de orina den negativo, por supuesto, pero lo importante es que el terapeuta sepa valorar lo que dice y hace el paciente a lo largo del tiempo y sepa administrar los refuerzos positivos y negativos –los surgidos de la relación terapéutica y los provenientes del curso de los acontecimientos– con el mayor sentido de oportunidad y proporcionalidad que le sea posible (Solé, 2006).

Bibliografía

- Balanza-Martínez V, Tabares Seisdedos R, Selva-Vera G y cols. (2005). Persistent cognitive dysfunctions in Bipolar I Disorder and Schizophrenic patients: A 3-year follow-up study. *Psychother & Psychosomatics*. **74**:2:113-9.
- Bobes J y Calafat A (ed) (2000). *Monografía Cannabis*. Adicciones (Socidrogalcohol). vol. 12, supl. 2, 330 págs.
- Budney AJ, Hughes JR, Moore BA y Vandrey R (2004). Review of the validity and significance of cannabis withdrawal syndrome. *Am J Psychiatry*. **161**(11):1967-77.
- Compton WM, Grant BF, Colliver JD, Glantz MD Y Stinson FS (2004). Prevalence of marijuana use disorders in the United States: 1991-1992 and 2001-2002. *JAMA*. **291**(17):2114-21.
- Degenhardt L, Hall W y Lynskey M (2003). Exploring the association between cannabis use and depression. *Addiction*. **98**(11):1493-504.
- Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT y Madden PA (2003). Early reactions to cannabis predict later dependence. *Arch Gen Psychiatry*. **60**(10):1033-9.

- French MT, Roebuck MC, Dennis ML, Godley SH, Liddle HA y Tims FM (2003). Outpatient marijuana treatment for adolescents. Economic evaluation of a multisite field experiment. *Eval Rev.* **27**(4):421-59.
- Green B, Kavanagh D, Young R (2003) Being stoned: a review of self-reported cannabis effects. *Drug Alcohol Rev.* **22**(4):453-60.
- Henquet C, Krabbendam L, Spauwen J, Kaplan C, Lieb R, Wittchen HU y van Os J (2005). Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and psychotic symptoms in young people. *BMJ.* **330**(7481):11.
- Iversen L (2003). Cannabis and the brain. *Brain.* **126**(Pt 6):1252-70.
- Jackson D y Mannix J (2003). Then suddenly he went right off the rails: mothers' stories of adolescent cannabis use. *Contemp Nurse.* **14**(2):169-79.
- Kalant H (2004). Adverse effects of cannabis on health: an update of the literature since 1996. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* **28**(5):849-63.
- Kendler KS, Jacobson KC, Prescott CA y Neale MC (2003). Specificity of genetic and environmental risk factors for use and abuse/dependence of cannabis, cocaine, hallucinogens, sedatives, stimulants, and opiates in male twins. *Am J Psychiatry.* **160**(4):687-95.
- Leweke FM, Gerth CW y Klosterkötter J (2004). Cannabis-associated psychosis: current status of research. *CNS Drugs.* **18**(13):895-910.
- Lynskey MT, Glowinski AL, Todorov AA, Buchholz KK, Madden PA, Nelson EC, Statham DJ, Martin NG y Heath AC (2004). Major depressive disorder, suicidal ideation, and suicide attempt in twins discordant for cannabis dependence and early-onset cannabis use. *Arch Gen Psychiatry.* **61**(10):1026-32.
- Macleod J, Oakes R, Copello A, Crome I, Egger M, Hickman M, Openkowsky T, Stokes-Lampard H y Davey Smith G (2004). Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal, general population studies. *Lancet.* **15**;363(9421):1579-88.
- McArdle P (2004). Substance abuse by children and young people. *Arch Dis Child.* **89**(8):701-4.
- McRae AL, Budney AJ y Brady KT (2003). Treatment of marijuana dependence: a review of the literature. *J Subst Abuse Treat.* **24**(4):369-76.
- Merline AC, O'Malley PM, Schulenberg JE, Bachman JG y Johnston LD (2005). Substance use among adults 35 years of age: prevalence, adulthood predictors, and impact of adolescent substance use. *Am J Public Health.* **94**(1):96-102.

- Ramos Atance JA (ed) (1999). *Cannabis*. Comunidad de Madrid/Harcourt, 230 págs.
- Rey JM, Martín A y Krabman P (2004). Is the party over? Cannabis and juvenile psychiatric disorder: the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. **43**(10):1194-205.
- San L (coord.) (2004). Consenso sobre Patología Dual (Sociedad Española de Psiquiatría), Ars Médica, Barcelona.
- Schwartz RH, Cooper MN, Oria M y Sheridan MJ (2003). Medical marijuana: a survey of teenagers and their parents. *Clin Pediatr (Phila)*. **42**(6):547-51.
- Sharp D (2004). Highs and lows of cannabis. *Lancet*. **363**(9406):344.
- Sim MG, Khong E y Hulse G (2006). Cannabis and psychosis. *Aust Fam Physician*. **33**(4):229-32.
- Smit F, Bolier L y Cuijpers P (2005). Cannabis use and the risk of later schizophrenia: a review. *Addiction*. **99**(4):425-30.
- Solé Puig J (1999). The European Launch of interpersonal psychotherapy in the Xth World Congress of Psychiatry. *Eur Psychiatry*. **12**:46-48.
- Solé Puig J y Ramos Atance JA (ed) (2001). *Cannabinoides: aspectos psiquiátricos y bioquímicos*. Ediciones Rol, Barcelona, 240 págs.
- Solé Puig J (2002). Tratamiento de la adicción a cannabis. En: Guía Básica sobre los Cannabinoides. Sociedad Española de Investigación sobre Cannabinoides. Ministerio del Interior y Plan Nacional sobre Drogas, Madrid, 160 pág.
- Solé Puig J (2006). Tratamiento del abuso y dependencia de cannabis. En: Manual de trastornos adictivos (Sociedad Española de Toxicomanías), Panamericana, Madrid.
- Van den Bree MB y Pickworth WB (2005). Risk factors predicting changes in marijuana involvement in teenagers. *Arch Gen Psychiatry*. **62**(3):311-9.
- Veen ND, Selten JP, van der Tweel I, Feller WG, Hoek HW y Kahn RS (2004). Cannabis use and age at onset of schizophrenia. *Am J Psychiatry*. **161**(3):501-6.
- Verdejo-García A, López-Torrecillas F, Giménez CO y Pérez-García M (2004). Clinical implications and methodological challenges in the study of the neuropsychological correlates of cannabis, stimulant, and opioid abuse. *Neuropsychol Rev*. **14**(1):1-41.
- Verdoux H y Tournier M (2004). Cannabis use and risk of psychosis: an etiological link? *Epidemiol Psichiatr Soc*. **13**(2):113-9.
- Vik PW, Cellucci T, Jarchow A y Hedt J (2005). Cognitive impairment in substance abuse. *Psychiatr Clin North Am*. **27**(1):97-109.
- Voth EA (2003). A peek into Pandora's box: the medical excuse marijuana controversy. *J Addict Dis*. **22**(4):27-46.