

OSASUN
TEKNOLOGIEN
EBALUAZIOA

EVALUACIÓN DE
TECNOLOGÍAS
SANITARIAS



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD

INFORME DE EVALUACIÓN

D-14-04

RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE CANNABIS Y OTRAS DROGAS Y PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN ADOLESCENTES. PROPUESTA DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL INTRA Y EXTRAHOSPITALARIA DE OSAKIDETZA EN EUSKADI

Proyecto de Investigación Comisionada

Noviembre 2014

INFORME DE EVALUACIÓN

D-14-04

**RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE CANNABIS
Y OTRAS DROGAS Y PATOLOGÍA
PSIQUIÁTRICA EN ADOLESCENTES.
PROPUESTA DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL
INTRA Y EXTRAHOSPITALARIA DE
OSAKIDETZA EN EUSKADI**

Proyecto de Investigación Comisionada

Noviembre 2014

Fernández Rivas, Aránzazu
González Torres, Miguel Angel
Jorquera Cuevas, Cristina
Sesma Pardo, Eva
Catalán Alcántara, Ana
Garmendia Aldasoro, Begoña
Goti Elejalde, Javier
Hernanz Ruiz, Manuel
Rodriguez Herrera, Cristina
Palomo Lerchundi, Javier
Vivanco González, Esther
Abeijón Merchán, Juan Antonio
Puente Pazos, Victor
Díez Tejedor, Luis

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SALUD

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2014

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo de la red *Bibliotekak* del Gobierno Vasco:
<http://www.bibliotekak.euskadi.net/WebOpac>

Financiación:

Beca de Investigación Comisionada 2010. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Nº Expediente 2010112010.

Este documento debe ser citado como:

Fernández A, González MA, Jorquera C, Sesma E, Catalán A, Garmendia B, Goti J, Hernanz M, Rodríguez C, Palomo J, Vivanco E, Abeijón JA, Puente V y Díez L. *Relación entre el consumo de cannabis y otras drogas y patología psiquiátrica en adolescentes. Propuesta de atención en Salud Mental intra y extrahospitalaria de Osakidetza en Euskadi*. Investigación Comisionada. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz 2014. Informe Osteba D-14-04.

Autor para correspondencia:

MARIAARANZAZU.FERNANDEZRIVAS@osakidetza.net (Aranzazu Fernández Rivas)

El contenido de este documento refleja exclusivamente la opinión de las personas investigadoras, y no son necesariamente compartidas en su totalidad por quienes han realizado la revisión externa o por el Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

Edición:	1.ª diciembre 2014
Tirada	100 ejemplares
©	Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Departamento de Salud
Internet:	www.osakidetza.euskadi.net/osteba
Edita:	Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz
Impresión y encuadernación:	Printhauss, S.L.
ISBN:	978-84-457-3355-4
D.L:	BI-1932-2014

Investigadora principal

Aránzazu Fernández Rivas. Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Basurto. Bilbao (Bizkaia).

Miembros del equipo de investigación

Eva Sesma Pardo. Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Basurto. Bilbao (Bizkaia).

Ana Catalán Alcántara. Psiquiatra. Hospital Universitario Basurto. Bilbao (Bizkaia).

Begoña Garmendia Aldasoro. Psiquiatra. Equipo de Psiquiatría Infanto-Juvenil de Donostia (Gipuzkoa).

Javier Goti Elejalde. Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clínic Barcelona.

Manuel Hernanz Ruiz. Psicólogo. CSM Uribe-Kosta infanto-juvenil (Bizkaia).

Cristina Rodríguez Herrera. Psiquiatra. CSM infanto-juvenil Herribitarte (Bizkaia).

Javier Palomo Lerchundi. Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Donostia (Gipuzkoa).

Esther Vivanco González. Supervisora de Enfermería. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Basurto. Bilbao (Bizkaia).

Juan Antonio Abeijón Merchán. Psiquiatra, CSM Ajuriaguerra-Toxicomanías (Bizkaia).

Victor Puente Pazos. Psiquiatra. CSM Toxicomanías de Alava. Vitoria-Gasteiz (Araba Álava).

Luis Díez Tejedor. Psiquiatra. Hospital Universitario Basurto. Bilbao (Bizkaia).

Ana Maria Fernández Cagigas. Enfermera. Centro de salud mental de Ajuariaguerra. Bilbao. (Bizkaia).

Jose Antonio Fernández de Legaria Larrañaga. Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría infantil de Vitoria-Gasteiz (Araba/Álava).

Personal contratado

Cristina Jorquera Cuevas. Psicóloga.

Asesoría y apoyo metodológico

Miguel Angel González Torres. Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Basurto. Bilbao (Bizkaia).

Revisores externos

D. Jose Ramón Gutiérrez Casares, Psiquiatra. Coordinador del Área de Salud Mental de Badajoz. Servicio Extremeño de Salud. Badajoz.

Dña. M^a Soledad Mondragón Egaña, Psiquiatra, Servicio de Psiquiatría, Hospital de Galdakao-Usansolo. Bizkaia.

Declaración de conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses en relación con este informe.

Coordinación y gestión administrativa del Proyecto en Osteba

M^a Asun Gutiérrez Iglesias, Ana Belén Arcellares Díez e Iñaki Gutiérrez Ibarluzea. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Osteba. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz (Araba/Álava).

Agradecimientos

Muchas personas han colaborado de alguna forma en la elaboración de este documento. Quienes figuran a continuación han participado especialmente, junto al equipo investigador, aportando datos, documentos, orientaciones u otra ayuda, los cuales han sido fundamentales para el desarrollo de este informe. Obviamente, los juicios y recomendaciones que se recogen en el documento reflejan la visión del equipo investigador y no necesariamente la de las personas señaladas.

Aida Pérez Rodríguez. Fundación Sorapán de Rieros. Badajoz.

Begoña Lejona Martínez de Lecea y Maite Rodríguez Fernández. Biblioteca Hospital Universitario Basurto (Bizkaia).

Profesionales de los equipos que han participado en la recogida de casos: Unidades de hospitalización psiquiátrica de adolescentes del Hospital Universitario Basurto (Bizkaia) y del Hospital Universitario Donostia (Gipuzkoa); Consultas externas de Psiquiatría infanto-juvenil del Hospital Universitario Basurto (Bizkaia); Centro de Salud Mental infanto-juvenil de Herribitarte (Bizkaia); Centro de Salud Mental infanto-juvenil de Uribe-Kosta (Bizkaia) y Equipo de Psiquiatría Infantil de Donostia (Gipuzkoa).

ÍNDICE

RESÚMENES ESTRUCTURADOS	9
1. INTRODUCCIÓN	17
1.1. Adolescencia	19
1.2. Adolescencia y consumo de drogas: motivos del consumo según los adolescentes.....	21
1.3. Adolescencia y consumo de cannabis: estudios de prevalencia	22
1.3.1. Prevalencia del consumo de cannabis en adolescentes de población general	22
1.3.2. Prevalencia del consumo de cannabis en adolescentes de muestras clínicas de Salud Mental	24
1.3.3. Edad y consumo de cannabis	25
1.3.4. Prevalencia del consumo de cannabis en función del sexo.....	26
1.4. Adolescencia: consumo de tabaco, alcohol y otras drogas	27
1.4.1. Adolescencia y tabaco.....	27
1.4.2. Adolescencia y alcohol	28
1.4.3. Adolescencia y otras drogas	30
1.5. Adolescencia y psicopatología secundaria al consumo de cannabis.....	31
1.5.1. Trastornos del comportamiento	32
1.5.2. Trastornos depresivos	33
1.5.3. Trastornos de ansiedad.....	34
1.5.4. Comportamiento suicida	34
1.5.5. Trastornos internalizantes	35
1.5.6. Trastornos psicóticos.....	35
1.5.7. Otros trastornos por consumo de sustancias: abuso de alcohol	38
1.5.8. Trastornos de conducta alimentaria.....	39
1.5.9. Autoconcepto	39
1.5.10. Afectación cognitiva.....	39
1.5.11. Hospitalización psiquiátrica.....	40
2. OBJETIVOS	41
3. METODOLOGÍA	45
3.1. Estudio de una muestra de adolescentes atendidos en Salud Mental intra y extrahospitalaria de Osakidetza.....	47
3.1.1. Recogida de la muestra total	47
3.1.2. Descripción de los instrumentos utilizados.....	47
3.1.3. Análisis estadístico	49
3.2. Recogida de información sobre esquemas organizativos y terapéuticos para la atención a adolescentes con consumo de cannabis u otras drogas en Salud Mental intra y extra- hospitalaria de Osakidetza	49

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	51
4.1. Patología psiquiátrica relacionada con el consumo de cannabis u otras drogas en adolescentes atendidos en Salud Mental intra y extrahospitalaria de Osakidetza	53
4.1.1. Descripción de la muestra total	53
4.1.2. Análisis de la muestra ambulatoria de casos atendidos en dispositivos de Salud Mental infanto-juveniles de Osakidetza	54
4.1.3. Análisis de la muestra hospitalaria de casos atendidos en las Unidades de hospitalización psiquiátrica de adolescentes	69
4.2. Análisis de las técnicas, abordajes terapéuticos, esquemas organizativos empleados en Salud Mental intra y extrahospitalaria de la CAPV para atender a adolescentes con consumos de cannabis u otras drogas	86
5. RECOMENDACIONES	87
5.1. Recomendaciones sobre la valoración y el diagnóstico	89
5.1.1. Detección	89
5.1.2. Ante la detección de consumo en la valoración	89
5.1.3. Análisis toxicológico rutinario	89
5.2. Recomendaciones generales sobre el tratamiento	90
5.2.1. Componentes básicos del tratamiento de adolescentes con consumos de cannabis u otras sustancias	90
5.2.2. Intervenciones psicoterapéuticas	92
5.2.3. Resumen	94
5.3. Recomendaciones específicas: propuesta de intervención para la atención a los adolescentes que consumen cannabis u otras drogas en los dispositivos de Salud Mental de Osakidetza en la CAPV	95
5.3.1. Programas escalonados	95
5.3.2. Recomendaciones específicas: programas de intervención ante comorbilidad con Trastorno de conducta o Trastorno psicótico	96
6. CONCLUSIONES	101
BIBLIOGRAFÍA	105

RESÚMENES ESTRUCTURADOS

RESUMEN ESTRUCTURADO

Título:	RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE CANNABIS Y OTRAS DROGAS Y PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN ADOLESCENTES. PROPUESTA DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL INTRA Y EXTRAHOSPITALARIA DE OSAKIDETZA EN EUSKADI
Autores:	Fernández A, González MA, Jorquera C, Sesma E, Catalán A, Garmendia B, Goti Elejalde J, Hernanz M, Rodríguez C, Palomo J, Vivanco E, Abeijón JA, Puente V y Díez L.
Palabras clave MESH:	adolescente, cannabis, trastorno de conducta, disruptivo, agresividad, psicosis, psicopatología, tratamiento
Fecha:	Junio 2014
Páginas:	114
Referencias:	110
Lenguaje:	castellano, resumen en castellano, euskera e inglés
ISBN:	978-84-457-3355-4

INTRODUCCIÓN

En la adolescencia se produce un brusco inicio del consumo de drogas, siendo la más frecuentada el cannabis. En el año 2012 en España el 33,6% de los estudiantes adolescentes reconocía haber consumido cannabis alguna vez en su vida. Los adolescentes que padecen trastornos psiquiátricos presentan un consumo de cannabis u otras drogas más prevalente, llegando a tasas del 44,3% en aquellos atendidos en dispositivos de Salud Mental ambulatorios y al 60% en los que precisan de ingresos psiquiátricos.

Muchos son los trastornos psiquiátricos que se han asociado al consumo de cannabis en la adolescencia: Trastornos de conducta, Trastornos psicóticos, depresión, ansiedad, comportamiento suicida, abuso de alcohol u otras sustancias, entre los más comunes. Además son frecuentes los conflictos con padres, la afectación del rendimiento escolar y la merma de las funciones ejecutivas.

Todo ello conlleva la necesidad de examinar la trascendencia del problema en la CAPV, así como establecer recomendaciones que guíen a la autoridad sanitaria a la hora de diseñar una oferta asistencial adecuada para estos menores.

OBJETIVOS

1. Estudiar la patología psiquiátrica asociada al consumo de cannabis u otras drogas en adolescentes atendidos en Salud Mental intra y extrahospitalario de Osakidetza en Euskadi.
2. Analizar las técnicas, abordajes terapéuticos, esquemas organizativos empleados y capacidad asistencial de los dispositivos intra y extrahospitalarios de Salud Mental de Osakidetza para atender a dichos pacientes.
3. Elaborar una propuesta de programa de intervención específico para su eventual puesta en marcha en Osakidetza, con el fin de mejorar la efectividad de la atención actual a este tipo de pacientes.

METODOLOGÍA

Estudio de una muestra de adolescentes atendidos en dispositivos de Salud Mental intra y extrahospitalarios de Osakidetza en Euskadi encaminado a la valoración de datos clínicos y sociodemográficos. Análisis comparativo entre los adolescentes que consumen cannabis u otras drogas y los que no con la finalidad de determinar las características psicopatológicas asociadas al consumo de dichas sustancias.

Recogida de información sobre la práctica asistencial real en nuestro medio a los pacientes adolescentes con consumos de cannabis u otras drogas. Recogida de información sobre esquemas organizativos en este campo.

Discusión de los resultados paralela a la revisión bibliográfica del tema y elaboración de un informe con recomendaciones de intervención terapéutica específicas.

Análisis económico: SI ☒ NO **Opinión de Expertos:** ☒ SI NO

RESULTADOS

Reconocen haber consumido cannabis alguna vez en la vida el 18,10% de los adolescentes de la muestra ambulatoria y el 58,33% de los que precisan hospitalización psiquiátrica. (Si bien consideramos que en la muestra ambulatoria pueda existir un sesgo de detección).

El consumo de cannabis en los adolescentes se correlaciona estrechamente con el consumo de tabaco y alcohol, tanto en mayor frecuencia como cantidad.

El consumo de cannabis en los adolescentes se correlaciona con presencia de psicopatología grave, específicamente de Trastornos de conducta, Trastornos psicóticos y Trastornos depresivos.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se recomienda un programa escalonado de intervención en función de la intensidad y frecuencia del consumo, así como de la existencia o no de psicopatología comórbida. Planteamos tres niveles de atención:

- 1º: Consumos ocasionales sin consecuencias psicopatológicas. Abordaje educativo, intervención motivacional y tratamiento de la patología de base.
- 2º: Consumos que producen consecuencias psicopatológicas, sin dependencia a dichas sustancias. Añadir intervención específica del trastorno comórbido además de una intervención de mayor intensidad dirigida al consumo de cannabis u otras sustancias. Se propone una intervención específica para los adolescentes que presentan consumo de cannabis y Trastorno de conducta (basada en Terapia Dialéctica Conductual) o Trastorno psicótico (intervención grupal).
- 3º: Mayor patología en relación al consumo (abuso de mayor gravedad o dependencia). Intervención en centros de tratamiento de Toxicomanías.

LABURPEN EGITURATUA

Izenburua:	CANNABIS ETA BESTE DROGA BATZUEN KONTSUMOAREN ETA PATOLOGIA PSIKIATRIKOAREN ARTEKO ERLAZIOA NERABEETAN. EUSKADIN, OSAKIDETZAREN OSPITALE BARRUKO ETA OSPITALEZ KANPOKO OSASUN MENTALEAN ARTATZEKO PROPOSAMENA
Egileak:	Fernández A, González MA, Jorquera C, Sesma E, Catalán A, Garmendia B, Goti Elejalde J, Hernanz M, Rodríguez C, Palomo J, Vivanco E, Abeijón JA, Puente V eta Díez L.
MESH gako-hitzak:	nerabea, cannabis, jokabide-nahasmenduak, disruptiboa, oldarkortasuna, psikosia, psikopatologia, tratamendua
Data:	2014ko ekaina
Orrialde-kopurua:	114
Erreferentziak:	110
Hizkuntza:	gaztelania, laburpena gaztelaniaz, euskaraz eta ingelesez
ISBN:	978-84-457-3355-4

SARRERA

Nerabezaroan bat-batean hasten dira gazteak drogak kontsumitzen; ohikoena cannabis izaten da. 2012. urtean, Espainian ikasle nerabeen % 33,6k onartu zuen cannabis kontsumitu zuela inoiz. Nahasmendu psikiatrikoak dituzten nerabeengan cannabis edo beste drogaren baten kontsumoa gailendu ohi da; osasun mental anbulatorioetan artatutakoetatik % 44,3 dira kontsumitzen dutenak, eta % 60, berriz, ospitaleratze psikiatrikoak behar izaten dituztenetatik.

Asko dira nerabezaroan cannabisaren kontsumoarekin erlazionatu diren nahasmendu psikiatrikoak: jokabide-nahasmenduak, nahasmendu psikotikoak, depresioa, antsietatea, jokabide suizidak, alkohol edo beste substantzia batzuk gehiegi kontsumitzea; horiek ohikoenak. Horretaz gain, ohikoak dira gurasoekin gatazkak izatea, eskola-errendimenduari eragitea eta funtzio beterezleak murriztea.

Horregatik guztiagatik, arazoak EAEn zer nolako garrantzia duen aztertu behar da, eta gomendio batzuk eman behar zaizkio osasun-agintaritzari adingabekoentzat egokia izango den asistentzia-eskaintza diseinatzen laguntzeko.

HELBURUAK

1. Euskadin, Osakidetzaaren ospitale barneko eta ospitalez kanpoko osasun metalean artatu diren nerabeek cannabisaren edo beste droga batzuen kontsumoarekin erlazionatutako zer patologia psikiatriko erakutsi dituzten aztertzea.
2. Erabili diren teknikak, ekimen terapeutikoak eta antolaketa-eskemak aztertzea, bai eta Osakidetzaaren osasun mentaleko ospitale barneko eta ospitalez kanpoko gailuek paziente horiek artatzeko zer asistentzia-gaitasun duten ere.
3. Esku hartzeko berariazko programa bat proposatzea Osakidetza abian jar dadin, paziente mota horiei gaur egun ematen zaien arreta eraginkorragoa izan dadin.

METODOLOGIA

Euskadin, Osakidetzaaren ospitale barneko eta kanpoko osasun mentaleko zentroetan artatutako nerabeen lagin bat aztertzea, datu klinikoak eta soziodemografikoak balioesteko. Cannabisa edo beste droga batzuk kontsumitzen dituzten nerabeen eta kontsumitzen ez dituztenen arteko konparazio-azterketa bat egitea, substantzia horien kontsumoarekin erlazionatutako bereizgarri psikopatologikoak zein diren zehazteko.

Cannabisa edo beste droga batzuk kontsumitzen dituzten paziente nerabeei gure inguruan ematen zaien benetako asistentziari buruzko informazioa jasotzea. Eremu honetako antolaketa-eskemei buruzko informazioa biltzea.

Emaitzak eztabaidatzea eta aldi berean gaiari buruzko azterketa bibliografikoa egitea, eta berariazko esku-hartze terapeutikoei buruzko gomendioak jasoko dituen txosten bat egitea.

Analisi ekonomikoa: BAI



Adituen iritzia: BAI

EZ

EMAITZAK

Lagin anbulatorioa egin zaien nerabeen % 18,10ek eta ospitalizazio psikiatrikoa behar duten % 58,33k onartu dute noizbait kontsumitu dutela cannabisa. (Dena den kontuan hartzen dugu lagin anbulatorioan atzemate-alborapen bat egon daitekeela).

Nerabeen cannabis kontsumoa zuzenean dago erlazionatuta tabako- eta alkohol-kontsumoarekin, bai maiztasunari dagokionez bai kantitateari dagokionez.

Nerabeen cannabis kontsumoa erlazionaturik dago psikopatologia larriak izatearekin, bereziki, jokabide nahasmenduak, nahasmendu psikotikoak eta nahasmendu depresiboak.

ONDORIOAK ETA GOMENDIOAK

Zer maiztasunekin eta zenbat kontsumitzen den eta psikopatologia komorbidorik baden edo ez kontuan hartuta, esku hartzeko programa mailakatu bat egitea gomendatzen da. 3 arreta-maila proposatzen ditugu:

- 1.a: noizbehinkako kontsumoak, ondorio psikopatologikorik gabeak. Hezkuntzaren arlotik heltzea, motibazioko esku-hartzeak egitea eta oinarritzko patologia tratatzea.
- 2.a: ondorio psikopatologikoak eragiten dituzten kontsumoak, baina substantzia horiekiko mendekotasunik eragiten ez dutenak. Nahasmendu komorbidoaren berariazko esku-hartzea gehitu, bai eta cannabis edo beste substantzia batzuen kontsumora zuzendutako beste esku-hartze handiago bat ere. Cannabisa kontsumitu eta jokabide-nahasmenduak edo nahasmendu psikotikoak izaten dituzten nerabeentzat berariazko esku-hartzeak egitea proposatzen da: lehenengo kasuan, jokabidean oinarritutako terapia dialektikoa, eta, bigarrenengoan, taldeko esku-hartzea.
- 3.a: kontsumoarekin erlazionatutako patologia handiagoa (gehiegi kontsumitzea edo mendekotasuna izatea). Tokikomaniak tratatzeko zentroetan sartzea.

STRUCTURED SUMMARY

Title:	RELATIONSHIP BETWEEN USE OF CANNABIS AND OTHER DRUGS AND PSYCHIATRIC PATHOLOGY IN ADOLESCENTS. A PROPOSAL OF INPATIENT AND OUTPATIENT MENTAL HEALTH CARE IN THE BASQUE HEALTH SERVICE
Authors:	Fernández A, González MA, Jorquera C, Sesma E, Catalán A, Garmendia B, Goti J, Hernanz M, Rodríguez C, Palomo J, Vivanco E, Abeijón JA, Puente V y Díez L.
MeSH Key words:	adolescent, cannabis, conduct disorder, disruptive, aggression, psychosis, psychopathology, treatment
Date:	June 2014
Pages:	114
References:	110
Language:	spanish, summaries available in spanish, basque and english
ISBN:	978-84-457-3355-4

INTRODUCTION

A sudden start of drug use happens in adolescence, being cannabis the most frequent substance. In 2012, a 33,6% of adolescent students in Spain responded they had used cannabis at least once in their lifetime. Adolescents suffering psychiatric disorders show a more prevalent use of cannabis and other drugs, reaching rates of 44,3% in the group of those attended in outpatient mental health centers and of 60% in those on inpatient treatment.

Many psychiatric disorders have been related to cannabis use during adolescence: Conduct Disorders, Psychotic Disorders, Depression, Anxiety, Suicidal Behavior, Abuse of alcohol or other substances. Conflict with parents occurs often and also problems in academic performance and decrease of executive functions.

That makes necessary to examine the presence of this problem in the Basque Autonomous Community and also to establish recommendations to guide authorities when designing a proper health care plan for these minors.

OBJECTIVES

1. To study psychiatric pathology associated to cannabis and other drugs use in adolescents served in the inpatient and outpatient facilities of the Basque Health Service.
2. Analysis of techniques, therapeutic approaches, organizational design and resources of care in the inpatient and outpatient facilities of the Basque Health Service.
3. To prepare a proposal for a specific intervention program to be eventually set up in the Basque Health Service with the aim of improving the effectiveness of current care to these patients.

METHODOLOGY

Study of a sample of adolescents treated in outpatient and inpatient Mental Health facilities in the Basque Health Service oriented to the assessment of clinical and sociodemographical data. Comparative analysis between adolescent users of cannabis and other drugs and non-user adolescents with the aim to determine psychopathological characteristics associated to the use of such substances.

Collection of information about real care practice in our area addressing adolescents users of cannabis and other drugs. Collection of information on organizational designs in this field.

Discussion of results in parallel to a bibliographic review of the subject and elaboration of a report delineating recommendations of specific therapeutic interventions.

Economic analysis: YES ☒ NO **Expert opinion:** ☒ YES NO

RESULTS

A 18,10% of adolescents in the outpatient sample and a 58,33% in the inpatient sample admit use of cannabis at least once in their lifetime (however, there might be a detection bias in the outpatient sample).

Cannabis use in adolescents strongly correlates with tobacco and alcohol use, in frequency and quantity.

Cannabis use in adolescents correlates with severe psychopathology, specifically Conduct Disorders, Psychotic Disorders and Depressive Disorders.

CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

A tiered program of intervention based on frequency and intensity of use and also on the presence or not of comorbid psychopathology is recommended. Three levels of care are suggested:

- 1º: Occasional use without psychopathological consequences. Educational approach, motivational intervention and treatment of baseline pathology.
- 2º: Use with psychopathological consequences, without dependence. A specific intervention on comorbid disorder plus a more intense intervention directed to use of cannabis or other substances is added. A specific intervention is proposed for adolescents with cannabis use and Conduct Disorders (based on Dialectic Behavior Therapy) or cannabis use and psychotic disorder (Group intervention).
- 3º: Severe pathology related to use (severe abuse or dependence). Intervention in Drug Use Treatment facilities.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 ADOLESCENCIA

La adolescencia es una etapa del desarrollo caracterizada por la multiplicidad de cambios. Surgen cambios corporales muy manifiestos, cambios de orden psicológico en estrecha relación con las modificaciones físicas, se produce una maduración en el desarrollo cognitivo, así como una nueva necesidad y posicionamiento en cuanto a las relaciones sociales.

Los cambios físicos se producen con la entrada en la pubertad y afectan a la mayoría de los sistemas del organismo. Es la aparición de los caracteres sexuales secundarios lo más destacable, y con ello surge en el sujeto una intensa preocupación por su cuerpo, el cual le sorprende y le hace sentir que ya no está bajo su control.

En la esfera del desarrollo cognitivo se produce un hecho también esencial en esta etapa de la vida. Consiste en el paso, según la teoría de Piaget (1958), del periodo de operaciones concretas al de operaciones formales y con ello al acceso a una nueva y sorprendente habilidad: el pensamiento abstracto, hipotético-deductivo.

Desde una perspectiva psicodinámica también son numerosos y esenciales los cambios que se producen en esta etapa. Las transformaciones físicas van a ir acompañadas de modificaciones en la pulsión sexual (Freud, 1905), la cual va a descubrir el objeto sexual en otra persona, adquiriendo la zona genital la primacía como zona erógena. Por otra parte aparece la problemática de la imagen del cuerpo: el cuerpo cambia y por ello el adolescente pierde el instrumento de medida y referencia hacia el ambiente que le rodea; las modificaciones somáticas pueden ser por tanto fuente de vanidad, pero también de sentimiento de insuficiencia e imperfección con la aparición de angustia (el cuerpo se le hace extraño).

La adolescencia puede también ser entendida como un trabajo de duelo. Se va a producir la pérdida real de personas influyentes de su infancia, así como una relajación de las ataduras del sujeto a sus padres para que de este modo él pueda elegir libremente su objeto de amor en su generación. Además, esta pérdida real reaviva las experiencias anteriores de separación, por ello algunos autores como Masterson (1984) la han considerado la segunda fase del proceso de separación-individuación de la teoría de M. Mahler. Para llevar a cabo este trabajo de duelo el adolescente dispone, además de una gran energía, de mecanismos de defensa específicos (A. Freud, 1989): transferencia de la libido sobre los sustitutivos parentales, transformación en su contrario de los sentimientos experimentados hacia los fantasmas parentales (se traduce normalmente en una reivindicación y un sentimiento de libertad, transformando la dependencia en revolución), retracción de la libido hacia el self (manifestándose como ideas de grandeza o como desvalorización o quejas hipocondríacas) y la regresión como una tentativa de revivir aquellas primeras relaciones con el objeto materno.

Un aspecto clave en la adolescencia es el de la identidad y la identificación. El adolescente es un individuo en busca de su identidad, de un «yo», y por lo tanto de identificaciones. Tanto las modificaciones corporales que sufre, como la nueva emergencia pulsional que siente, le llevan a una situación de angustia en relación a la cohesión de su persona.

El grupo de iguales se tornará central en las relaciones sociales del adolescente puesto que le servirá de apoyo para la génesis de su identidad: la pertenencia al grupo.

El narcisismo es un eje especial en su problemática. La ruptura de las antiguas relaciones objetales puede ocasionar el desprender de la libido del mundo exterior para acercarla así al dominio narcisista. Del mismo modo, las modificaciones de la imagen de su cuerpo y el cuestionamiento sobre su identidad, van a favorecer este bloqueo narcisista para que así el adolescente pueda obtener de sí mismo una imagen satisfactoria y una respuesta tranquilizadora al interrogante «¿qué soy yo?... ¿qué seré yo?» que él se plantea. Esta retracción narcisista como mecanismo de defensa se considera, en general, normal en la adolescencia. Producto de ello veremos a los adolescentes centrados en preocupaciones físicas o intelectuales, mostrando desde un interés exagerado hasta la despreocupación aparentemente total. También en este sentido se darán en el adolescente conductas de «manipulación» (podríamos decir), control sobre su cuerpo: el cuerpo que cambia y les sorprende amenazadoramente. Manipulación por ejemplo a través del maquillaje, del control de la dieta y el peso, o del consumo de sustancias (alcohol, drogas).

Todos estos cambios que ocurren en esta etapa de la vida van a conferir al adolescente una apariencia «sintomática» característica.

Los progresos en las diferentes esferas no van a ser sincrónicos, lo cual va a provocar un aspecto disarmonico en el desarrollo de estos sujetos. De este modo, la precocidad en una determinada esfera va a poder acompañarse de un cierto retraso en otra.

Este aspecto «sintomático» que el adolescente muestra ha determinado que en ocasiones se entienda a la adolescencia como una crisis o bien una sucesión de frecuentes situaciones de crisis, todas ellas necesarias para el proceso de desarrollo normal del adolescente. Como indican Looney y Oldham (1989), un paso tranquilo por la adolescencia, sin la vivencia de ninguna situación crítica, no sólo indica un trastorno del desarrollo, sino que también puede considerarse como un signo de incierto pronóstico.

No obstante, el diagnóstico psicopatológico en las crisis de la adolescencia no siempre es fácil. El diferenciar una sintomatología propia del desarrollo adolescente de una verdadera identidad psicopatológica de base en ocasiones puede ser complejo; en otras ocasiones la sintomatología propia de la crisis adolescente se superpone a un trastorno psiquiátrico dificultando el diagnóstico de este último. Esta dificultad será de especial relevancia en el diagnóstico de adolescentes con problemas de conductas y de consumos de sustancias.

Quisiéramos a continuación destacar ciertas características de la clínica del adolescente. Clínica que va a estar dominada por una diversidad de conductas y síntomas y por una ausencia, como ya hemos destacado, de límites precisos entre lo normal y lo patológico.

El adolescente va a mostrar una gran tendencia a las conductas impulsivas, al paso al acto (King, 2007, Mazet y Houzel, 1981, Pentz, 1994, entre otros). Será un modo de canalizar su angustia a través de una motricidad que aún no consigue dominar bien, una necesidad de exteriorizar las dificultades internas en un intento de evitarlas. Este paso al acto lo reconoceremos en la forma de alteraciones o problemas de conducta: cóleras violentas (en ocasiones con auto y/o heteroagresividad), de fugas (generalmente tras conflictos familiares, será una huida impulsiva sin un objetivo preciso), del robo (nos referimos al robo impulsivo no enmarcado dentro de un verdadero comportamiento psicopático), del consumo de alcohol o drogas como búsqueda de una satisfacción inmediata; o de comportamientos suicidas impulsivos, fundamentalmente tentativas de suicidio.

Las conductas violentas son frecuentes en el adolescente, dada la fragilidad narcisista en la que se encuentra. Siempre que el narcisismo está en cuestión, el sujeto se defiende por un movimiento de inversión en espejo que le hace actuar como lo que él teme sufrir. El comportamiento violento busca compensar la amenaza sobre el Yo y su posible desfallecimiento imponiendo su dominio sobre el objeto desestabilizador. Éste puede situarse bien en la realidad externa o bien a nivel interno por la emergencia de deseos sentidos como una amenaza para el Yo (Jeammet, 2002).

También son característicos de la adolescencia los conflictos de oposición a los padres y a otras figuras de autoridad. Estos conflictos ponen de manifiesto tanto la dificultad del adolescente para conseguir su autonomía, como la tolerancia del ambiente para soportarlos. Los motivos desencadenantes de estos conflictos suelen deberse a temas como la confrontación entre diferentes sistemas de valores, el porvenir profesional o la no aceptación de alguien amigo-a por parte de los padres, entre otros. Una forma de expresar la oposición es la transgresión de normas o valores, dentro de los cuales se halla también el consumo de drogas.

1.2. ADOLESCENCIA Y CONSUMO DE DROGAS: MOTIVOS DEL CONSUMO SEGÚN LOS ADOLESCENTES

Son diversos los motivos que esgrime o tiene el adolescente para consumir drogas: la experimentación de cosas nuevas (en el control sobre su cuerpo), para mejorar su valoración dentro del grupo de iguales (forjar identidad), para la relajación-desinhibición y disfrute del ocio (relación con la identidad compartida por el grupo), o como evasión de los problemas que padezca o de sentimientos negativos propios (ansiedad y depresión) (Carreter Parreño *et al.*, 2010; Vasters y Pillon, 2011). Algunos de estos motivos se relacionan específicamente con el consumo continuo de drogas, como son el uso de las drogas como modo de afrontar situaciones problemáticas o neutralizar emociones negativas (Vasters y Pillon, 2011).

Para la valoración de los motivos de consumo en el caso del cannabis destaca la escala «Marijuana Motives Measure» (Simons *et al.* 1998) compuesta por 25 ítems los cuales conforman cinco subescalas. Cada una de estas subescalas se refiere a uno de los cinco motivos fundamentales del consumo de cannabis: «Enhancement» (Diversión: «consumo marihuana porque es divertido»), «Coping» (Afrontamiento, «consumo marihuana porque me ayuda cuando estoy deprimido o ansioso»), «Conformity» (Conformismo: «consumo marihuana porque mis amigos me presionan para consumirla»), «Social» (Social: «consumo marihuana porque hace que las relaciones sociales sean más divertidas») y «Expansion» (Expansión: «consumo marihuana para poder aumentar mi conciencia»). Un estudio llevado a cabo por Fox *et al.*, (2011) con una muestra de 205 adolescentes consumidores de cannabis encontraron cómo el consumo de cannabis para afrontar emociones negativas tenía la relación más fuerte con las consecuencias negativas de dicho consumo, especialmente cuando los niveles de problemas internalizantes eran bajos.

Patrick *et al.*, (2010) encuentran resultados semejantes al analizar prospectivamente una muestra de sujetos de 18 años y seguirlos hasta los 35. Aquellos que referían a los 18 años consumo de cannabis encaminado a regular emociones o experiencias son los que presentaban un mayor riesgo de consumir dicha sustancia a los 35 años.

Pérez *et al.* (2010) realizaron un estudio con una extensa muestra de adolescentes en Barcelona, 1328 adolescentes de 14-15 años, estudiantes de 3º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) valorados en el momento cero y reevaluados 15 meses después con la finalidad de conocer los motivos que llevan al adolescente al consumo de cannabis. El 23,7% de los adolescentes que no consumían en el momento basal comenzaron a consumir cannabis durante los 15 meses siguientes hasta la segunda valoración. Estos autores hallaron diferencias en los factores que llevaron a dicho consumo en función del sexo. En los varones adolescentes los factores asociados con el inicio del consumo de cannabis fueron: fumar tabaco al menos una vez al mes, frecuentar bares o discotecas, no tener actividades planificadas de tiempo libre e intención de consumir cannabis en el futuro (cuando fueron evaluados en el momento basal). Para las mujeres adolescentes los factores asociados con el inicio del consumo de cannabis fueron: fumar tabaco al menos una vez al mes, consumo peligroso de alcohol (definido como haberse emborrachado al menos una vez o haber bebido cinco o más bebidas alcohólicas en una ocasión), tener amigos que consumen cannabis e intención de consumir cannabis en el futuro (en su valoración basal).

1.3. ADOLESCENCIA Y CONSUMO DE CANNABIS: ESTUDIOS DE PREVALENCIA

El consumo de tabaco, alcohol, cannabis y otras drogas en la adolescencia es altamente prevalente. Con el inicio de la adolescencia estas conductas se incrementan intensamente, y van haciéndose más frecuentes según avanza este periodo de la vida.

Existen muchos estudios que han valorado la frecuencia de dichos consumos de drogas en la adolescencia y las cifras de todos ellos aportan datos bastante semejantes en los países occidentales.

En términos epidemiológicos, el Cannabis es con mucho la droga psico- activa ilegal más consumida en todo el mundo. Según datos de Naciones Unidas, se estima que el número total de personas que consumieron Cannabis por lo menos una vez en 2007 varía entre 142,6 millones y 190,3 millones, lo que significa que la ha probado entre un 3,3% y un 4,4% del total de la población mundial de 15 a 64 años (Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2009).

En la adolescencia el cannabis también es la droga más consumida, e incluso la más extensamente utilizada por los individuos con severos problemas de salud mental (Childs *et al.*, 2011).

1.3.1. Prevalencia del consumo de cannabis en adolescentes de población general

Los datos que aportan las investigaciones realizadas ponen de manifiesto la gravedad del problema por su alta prevalencia. Si bien es verdad que en algunos países se ha evidenciado un cierto descenso en los últimos años.

También es importante considerar en estas investigaciones el efecto que la edad media de la muestra analizada tiene de cara a la tasa de consumo hallada puesto que, como comentaremos en el siguiente apartado, se va produciendo un incremento del consumo de cannabis a lo largo de la adolescencia.

Destacamos en primer lugar investigaciones realizadas en otros países: **estudios de ámbito internacional.**

Otro grupo interesante para el que existen datos comparables a nivel internacional es el informe Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) (WHO, HBSC Forum, 2007 Final Report, citado en Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2009), realizado a los estudiantes de 15 años de 41 países y regiones de la Zona Europea de la OMS (Organización Mundial de la Salud) y de Estados Unidos durante el año 2005/2006. En este sentido, los datos indican que España estaba entre los cinco países con mayor prevalencia de consumo de Cannabis a lo largo de la vida (Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2009).

Según el informe ESPAD realizado en la primavera de 2007 a estudiantes de 35 países de edad media de 15,8 años, el Cannabis fue la droga ilegal más consumida. El 14% de los estudiantes habían consumido Cannabis alguna vez en los últimos 12 meses, y el 7% lo habían consumido alguna vez en el último mes (9% los chicos y 6% las chicas). Los países de Europa Occidental fueron los que presentaron mayor prevalencia de consumo (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD), The 2007 ESPAD Report (citado en Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2009).

Chabrol *et al.* (2002) en Toulouse (Francia) analizando una muestra de 285 adolescentes (163 varones) encuentran una prevalencia de consumo de cannabis alguna vez en los últimos 12 meses de 65,4% para los chicos y 42,6% para las adolescentes; y analizando una muestra de 491 estudiantes (201 varones) hallan cómo el 15% de las chicas y el 23% de los chicos reconocen haber consumido cannabis al menos una vez al mes en los tres meses previos (Chabrol *et al.* 2008).

También en Francia, Mayet *et al.* (2012) analizando una extensa muestra nacional de adolescentes de 17 años de edad (29 393 sujetos de ambos sexos), hallan un 47% de prevalencia de consumo de cannabis alguna vez en la vida.

En Italia, un estudio de seguimiento de la prevalencia del consumo desde 1999 hasta 2009 en estudiantes de secundaria (edades 15-19 años), los autores hallan un descenso en el hábito: en 1999 el 37,2% de los varones y 30,3% de las mujeres reconocían haber consumido cannabis alguna vez en su vida y el 30,2% y 24,7% respectivamente durante el último año. Comparativamente, en el 2009, la prevalencia de consumo alguna vez en la vida era del 33,8% para varones adolescentes y 24,7% para mujeres, y respecto a la prevalencia de consumo en el último año en varones era el 26,7% y 17,5% en mujeres (Molinaro *et al.*, 2011).

Estudios epidemiológicos en estudiantes adolescentes en Estados Unidos como el «Monitoring the Future» (MTF, Universidad de Michigan, 2010) hallaron cómo el 32,8% de los estudiantes de 12º Grado (2º Bachiller) reconocía haber consumido cannabis alguna vez en los últimos 12 meses (26,7% en estudiantes de 10º Grado y 11,8% en los de 8º Grado), y el 6% refería consumo diario (Iskandar *et al.*, 2011; Williams, 2011). Semejantes datos refieren Fox y colaboradores (2011), quienes describen un 33,7% de prevalencia de consumo de esta sustancia en el último año en una investigación con estudiantes adolescentes en el mismo país.

Groth y Morrison-Beedy (2011) en un estudio sobre 744 mujeres adolescentes atendidas en atención primaria y en un centro de planificación familiar (edad media 16,5 años) en Nueva York (EE.UU.) hallan una prevalencia de consumo de cannabis alguna vez en los tres meses previos del 41%.

En Canadá Elgar y colaboradores (2011) destacan el grave incremento del consumo de cannabis entre estudiantes de secundaria a lo largo del periodo de 1990-2006, datos que forman parte del amplio estudio internacional de seguimiento «Health Behaviour in School-aged Children Study» referido anteriormente en este apartado. En 1990 cerca del 25% de los estudiantes de 10º Grado (4º ESO) referían haber consumido cannabis al menos una vez en su vida. Para el 2002 este porcentaje se había incrementado al 45% y en el 2006 se hallaba alrededor del 38%.

Más datos referentes a Canadá destacan Shapiro y Buckley-Hunter (2010) quienes refieren cómo en Nueva Escocia en el 2007 era mayor el consumo de cannabis en adolescentes (32,4% lo habían consumido en el año previo) que incluso el de tabaco (16,2%).

En Australia se ha producido un descenso del consumo de esta sustancia en adolescentes. Datos del «National Drug Strategy Household surveys» (NDSHS), destacan cómo la prevalencia en los 12 meses previos entre sujetos de 14-19 años ha descendido desde el 35% en 1998 hasta el 12,9% en 2007. Este descenso ha ido en paralelo al incremento de la edad media de inicio del consumo: de 14,6 años en 1998 a 15,2 años en 2007 (Lenton *et al.*, 2011).

En **España**, el Cannabis es también la droga ilegal más extendida y la que se consume a una edad más temprana. La prevalencia de consumo de Cannabis aumentó considerablemente hasta el año 2003, pero a partir de entonces se ha producido una inversión de esta tendencia ascendente, tanto en lo que se refiere a la experimentación (alguna vez en la vida), como al consumo reciente (alguna vez en el último año), actual (último mes) o diario (Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2009; Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias: ESTUDES 2014, Ministerio de Sanidad y Política Social, 2014).

Al igual que ocurre en Europa, en nuestro país las prevalencias de consumo de Cannabis más elevadas se registran entre los jóvenes. En el año 2004, el 42,7% de los estudiantes de 14 a 18 años había consumido Cannabis alguna vez en la vida. A partir de esa fecha y hasta el año 2012 dicho porcentaje ha descendido, pasando el 2010 a ser del 33%, con un leve ascenso hasta el 33,6% en el 2012 (ESTUDES 2014, Ministerio de Sanidad y Política Social, 2014).

Con el fin de evaluar la prevalencia del consumo problemático de Cannabis o de alto riesgo en los jóvenes españoles, se utilizó una submuestra de la Encuesta ESTUDES del año 2006 en la que se introdu-

jo un módulo complementario de preguntas en las que se incluyeron tres escalas de consumo problemático de Cannabis: Cannabis Abuse Screening Test (CAST), Severity of Dependence Scale (SDS) y los criterios de abuso del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association (DSM-IV). Se observó que aproximadamente un 1% podría realizar abuso de Cannabis y hasta un 4% podría ser dependiente. Con arreglo a la escala CAST un 2,2 % del total de estudiantes participantes en el estudio fue incluido en la categoría de «alto riesgo de abuso del Cannabis» (Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2009).

Respecto a los recientes resultados presentados en la encuesta ESTUDES 2012-13 (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2014) se evidencia cómo a pesar de la estabilización del consumo de cannabis en estudiantes de 14-18 años, se aprecia una tendencia creciente al consumo de riesgo. Así en el 2006 el 13,3% de los adolescentes presentaba consumo de riesgo (4 o más puntos en el CAST), 14,3% en 2008; 15,3% en 2010 y 16,1% en 2012.

Según el estudio ESTUDES 2012-13 (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2014) la evolución de las tasas de consumo de cannabis en la población de estudiantes españoles de Enseñanza Secundaria de 14-18 años a lo largo del periodo 1994-2012 ha tenido la siguiente progresión (ver tabla 1).

Tabla 1. **Prevalencia consumo cannabis, edad: 14-18 años.**
Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 1994-2012

Consumo de cannabis: prevalencia	1994	2000	2004	2008	2012
Alguna vez en la vida	20,9%	33,2%	42,7%	35,2%	33,6%
Últimos 12 meses	18,2%	28,8%	36,6%	30,5%	26,6%
Últimos 30 días	12,4%	20,8%	25,1%	20,1%	16,1%

Más estudios de prevalencia de consumo de cannabis en estudiantes en España destacan: 37,5% de estudiantes de secundaria en Barcelona refieren haber consumido en alguna ocasión (Morales *et al.*, 2008); 11% de estudiantes de la provincia de Valencia (13-18 años) reconocen haberlo consumido en el último mes (Sánchez Hervás, 2000).

Además de estos datos de organismos oficiales contamos con otros datos nacionales provenientes de estudios como el de Ramos *et al.*, (2011), perteneciente a la edición 2006 del estudio internacional «Health Behaviour in School-Aged Children, HBSC» con una muestra representativa de la población adolescente de España (15 942 adolescentes, 46,7% varones, 13-18 años). Estos autores hallan que el 85,2% de la muestra refiere no haber consumido cannabis nunca, en comparación con el 5,9% que reconoce haberlo consumido 1-2 veces; el 2,3% de 3-5 veces; 1,8% refiere haberlo consumido 6-9 veces; 1,9% de 10-19 veces; 1,4% de 20-39 veces y 1,5% 40 veces o más.

1.3.2. Prevalencia del consumo de cannabis en adolescentes de muestras clínicas de Salud Mental

En adolescentes con trastornos psiquiátricos las tasas de comorbilidad con un trastorno por uso de sustancias varía entre el 11% y el 70% dependiendo del lugar de recogida de la muestra (atención primaria o atención en salud mental; servicios de atención a toxicomanías o salud mental infanto-juvenil; atención ambulatoria u hospitalizados), el tipo de sustancia consumida (legal o ilegal) y el tipo de trastorno por uso de sustancias (abuso vs. dependencia) (Díaz *et al.*, 2011).

En este sentido destaca el estudio de Díaz *et al.*, (2011), en el que valoran una muestra de 237 adolescentes que reciben atención en salud mental ambulatoria (edad media $14,75 \pm 1,48$ años; 66,6% mujeres). Estos autores hallan cómo el 44,3% de los sujetos reconocen consumir o haber consumido cannabis con el siguiente patrón de consumo: ocasional (de vez en cuando, en fiestas o celebraciones) 19%; regular (prácticamente consumo semanal) 8,4%; problemas relacionados con el consumo 6,8% y trastorno por uso de sustancias 10,1%.

Otro estudio a destacar, en este caso con una muestra de adolescentes ingresados en una Unidad de hospitalización psiquiátrica, es el de Niethammer y Frank (2007). Analizan la prevalencia de trastornos por uso de sustancias en todos los ingresos de adolescentes de 14-17 años que precisan de hospitalización psiquiátrica. Del total de ingresos el 40% refería consumo regular de drogas (cualquier droga ilegal, siendo cannabis la más frecuente), y el 60% reconocía haber consumido cannabis alguna vez en su vida.

Vemos cómo ambos estudios reflejan la mayor prevalencia del consumo de cannabis en muestras de pacientes atendidos en salud mental, mayor incluso entre los que precisan de ingresos psiquiátricos.

1.3.3. Edad y consumo de cannabis

1.3.3.1. Edad de inicio del consumo

La edad de inicio del consumo de cannabis es un dato muy relevante de cara a considerar el efecto que dicha sustancia pueda ocasionar a los adolescentes que lo consumen: sujetos en una etapa de falta de madurez personal que puede dificultarles aún más el control sobre dicho consumo. Además deberemos tener en cuenta los efectos que el cannabis pueda ocasionar sobre un cerebro aún en proceso de maduración, como comentaremos en el apartado dedicado a psicopatología secundaria al consumo de cannabis. Podemos ya ir adelantando cómo se ha evidenciado que se incrementa el riesgo de desarrollar psicosis en la edad adulta cuanto más precoz sea el inicio del consumo de esta droga (Casadio *et al.*, 2011). También el inicio precoz del consumo se ha asociado con tasas altas de consumo problemático posterior en la edad adulta (Swift *et al.*, 2008).

Los datos más recientes de los que disponemos en España en base a la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2012-13 reflejan que la edad media de inicio del consumo de cannabis es 14,9 años (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2014). La evolución de esta edad de inicio según esta encuesta estatal parte en el año 1994 de 15,1 años; descendiendo en el año 2000 a 14,9 años; a 14,7 en el 2004 y a 14,6 en los años 2006 y 2008 (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2008).

En Francia, Mayet *et al.*, (2012) analizando una extensa muestra nacional de adolescentes de 17 años de edad (29 393 sujetos de ambos sexos) hallan como edad media de inicio del consumo de cannabis 15,1 años (DE 1,4); y 15,4 años (DE 1,3) como la edad media de inicio del consumo diario.

También en Francia, Chabrol y colaboradores (2002) analizan una muestra de 285 estudiantes de secundaria y hallan cómo la edad media del inicio del consumo para varones era $15,4 \pm 0,98$ años y para mujeres $15,26 \pm 1,15$ años, sin ser significativa la diferencia entre ambas medias.

1.3.3.2. Prevalencia en función de la edad

La extensión y la frecuencia de consumo de cannabis aumentan desde los 14 a los 18 años, produciéndose el mayor aumento entre los 14 y los 15 años. Casi un tercio de los estudiantes de 18 años ha consumido cannabis en los últimos 30 días, y un 11,6% lo ha hecho más de 10 días en dicho período (ESTUDES, Ministerio de Sanidad y Política Social, 2008).

En este sentido en la siguiente tabla desglosamos los resultados más relevantes de la encuesta ESTUDES del 2008.

Tabla 2. Frecuencia del consumo de cannabis en la adolescencia según la edad.
Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2008

Frecuencia de consumo de cannabis por edad	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Alguna vez en la vida	16,4%	29,2%	37,8%	48%	55,2%
Últimos 12 meses	14,4%	25,8%	33,6%	39,9%	46,9%
Últimos 30 días	8,5%	16,9%	22,1%	27,3%	31,1%

En el estudio de Díaz *et al.*, (2011), en el que valoran una muestra de 237 adolescentes que reciben atención en salud mental ambulatoria (edad media $14,75 \pm 1,48$ años; 44,3% de los sujetos reconocen consumir o haber consumido cannabis) los autores evidencian cómo la prevalencia del consumo alguna vez en la vida es mayor en la población de 15-17 años (56,9%) que la de los de 12-14 años (27%). Lo cual refleja cómo el inicio del consumo se hace en la adolescencia precoz y se va incrementando o manteniendo a lo largo de la adolescencia tardía.

Resultado semejante hallan Chabrol y colaboradores (2002) en el estudio realizado con una muestra de 285 estudiantes de secundaria. La prevalencia del consumo se incrementa con la edad a lo largo de la adolescencia: el 41,9% de los chicos y el 31,2% de las chicas de 15-16 años reconocían haber consumido cannabis alguna vez en la vida; tasa que se incrementaba hasta el 66,1% en varones y 38,2% de mujeres de 17 años y al 72,5% de varones y 52,8% de mujeres de 18 años.

1.3.4. Prevalencia del consumo de cannabis en función del sexo

El consumo de Cannabis es notablemente más elevado en hombres que en mujeres, aunque se observan marcadas diferencias de un país a otro. Así pues, por ejemplo, la ratio entre hombres y mujeres jóvenes (entre 15 y 34 años) en el caso de los que reconocen haber consumido Cannabis durante el último año oscila entre 1,3:1 en Italia y 6,4:1 en Portugal. (OEDT, Informe anual 2008. cit. en Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2009).

En el apartado anterior hemos comentado la investigación realizada en Francia por Chabrol *et al.*, (2002) en la que se detectaba un mayor consumo en varones que en mujeres mantenido a lo largo de toda la adolescencia.

Los resultados del estudio ESTUDES del 2008 (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2008) reflejan así mismo cómo los chicos varones presentan una frecuencia de consumo superior a las mujeres adolescentes. En la Tabla 3 desglosamos los resultados de los estudios realizados en los últimos años.

Tabla 3. Frecuencia del consumo de cannabis en la adolescencia en función del sexo.
Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 1994-2008

Frecuencia de consumo por sexo y año	1994		2000		2004		2008	
	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer
Alguna vez en la vida	23,8%	18%	36,2%	30,1%	45,3%	40,2%	37,8%	32,8%
Últimos 12 meses	21,2%	15,2%	32,2%	25,2%	39,4%	33,7%	33,5%	27,5%
Últimos 30 días	15,1%	9,8%	24,5%	16,9%	28,3%	22%	23%	17,2%
1-2 días							7,9%	7,1%
3-5 días							5%	4,6%
6-9 días							2,6%	1,8%
10-19 días							3,6%	2%
20-29 días							4,5%	1,9%

1.4. ADOLESCENCIA: CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

1.4.1. Adolescencia y tabaco

Según los recientes resultados de la encuesta ESTUDES (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2014) parece estabilizarse el descenso del consumo de tabaco que se inició en 2004. En 2013, el 43,8% de los escolares ha fumado tabaco alguna vez en la vida; el 35,3% en el último año y el 12,5% lo fuma a diario. Pese a ello, en los últimos ocho años el consumo de tabaco por parte de los estudiantes de entre 14 y 18 años se ha reducido en un 50%. En 2004, el 21,5% de este sector de la población fumaba a diario, frente a un 12,3% en 2010 y un 12,5% en 2013.

Además en esta encuesta estatal se ha detectado un aumento de la percepción del riesgo del consumo de tabaco. Más del 90% de los escolares consideran que fumar a diario es peligroso para la salud (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2014).

Destacamos además otros estudios nacionales, como el de Sánchez Hervás (2000), estudio epidemiológico sobre el consumo de drogas en adolescentes de centros públicos de la provincia de Valencia. Sobre un total de 1037 sujetos de 13-18 años (56,3% varones), el 64,1% refiere no haber fumado nunca; 6,2% fuman 1-9 cigarrillos en la última semana; 13,6% reconocen haber fumado 10-19 cigarrillos en la última semana y el 16,1% refieren fumar más de 20 cigarrillos/última semana.

En el estudio de Díaz *et al.*, (2011), con una muestra de 237 adolescentes atendidos en salud mental, evidencian cómo el 50,6% fuma. Este hábito es más frecuente entre los adolescentes de 15-17 años (62% fuman; en rango de trastorno por uso de esta sustancia en el 32,8% del total de fumadores) que en el grupo de 12-14 años (35% fuman; semejante frecuencia de consumo los que lo realizan de modo ocasional, que los considerados con problemas de consumo o en rango de trastorno por uso de tabaco, cada uno 10%).

Otro estudio a destacar es el de Niethammer y Frank (2007) con una muestra de adolescentes ingresados en una Unidad de hospitalización psiquiátrica. Analizan la prevalencia de trastornos por uso de sustancias en todos los ingresos de adolescentes de 14-17 años que precisan de hospitalización psiquiátrica. Del total de ingresos el 76% refiere fumar habitualmente tabaco, llegando en el 50% de los casos a ser diagnosticados de abuso o dependencia a nicotina.

El consumo de tabaco en la adolescencia ha demostrado ser un factor de riesgo de posterior consumo de cannabis.

Muchas investigaciones han demostrado este hecho. Entre ellas destacamos la realizada por Korhonen *et al.*, (2010), el *TRAILS Study (Tracking Adolescents' Individual Lives Survey)* en el que analizan prospectivamente a 1606 adolescentes de población general de 10-12 años de edad, seguidos en dos periodos posteriores: 12-15 años y 15-18 años. Hallan cómo el riesgo de consumo de cannabis en la adolescencia se ve más intensamente incrementado en aquellos con inicio de consumo de tabaco precoz: odds ratios para varones de 22-23 y 27-28 para mujeres.

Semejantes resultados obtienen Agrawal y colaboradores (2009) analizando una muestra de 3427 mujeres jóvenes (21-31 años) que forman parte de la quinta ola de valoración del estudio *Missouri Adolescent Female Twin Study (MOAFTS)*. Se trata de un estudio prospectivo de evolución de parejas de mujeres gemelas nacidas desde 1-7-1975 al 30-6-1985. En la valoración en la edad adulta encuentran cómo las mujeres que fumaban tabaco regularmente eran 4,5-9,5 veces más probable que consumieran también cannabis (en sus diferentes grados de consumo).

Mayet *et al.*, (2012), estudiando una cohorte de 29 393 adolescentes, encuentran cómo el hábito de fumar generalmente precede al consumo de cannabis y otras drogas: el 93% de los consumidores diarios de cannabis habían antes fumado diariamente; y el 98% de los consumidores diarios de otras drogas habían iniciado el consumo de tabaco previamente.

Swift y colaboradores (2008) analizan de modo prospectivo la evolución a los 24 años de edad de un extenso grupo de adolescentes estudiantes de enseñanza secundaria consumidores de cannabis. Hallan una asociación independiente entre el consumo persistente de tabaco en los adolescentes y el uso problemático de cannabis a los 24 años, especialmente presentar dependencia a cannabis. Estos hallazgos son consistentes con la evidencia de una vulnerabilidad común a la dependencia tanto de cannabis como de nicotina, influida por compartir factores de riesgo genéticos e influencias ambientales, tales como la vía común de administración y el milieu asociado con el consumo de cannabis y nicotina. Añaden que es posible que los efectos farmacológicos del consumo concurrente de cannabis y nicotina sobre el cerebro adolescente en desarrollo puedan establecer vías cerebrales que refuercen mutuamente el consumo continuo y la dependencia de ambas sustancias.

1.4.2. Adolescencia y alcohol

Los recientes resultados de la encuesta ESTUDES (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2014) revelan un importante aumento del consumo de alcohol en estudiantes de 14-18 años. Datos del año 2012 señalan que el 83,9% de los estudiantes ha probado alguna vez en la vida el alcohol; el 81,9% han consumido en el último año y el 74% lo ha consumido en el último mes. Desde 1994 se observa una tendencia global ascendente en la proporción de estudiantes que se han emborrachado en los últimos 30 días, en la siguiente tabla incluimos los datos del 2012 referente a borracheras.

El patrón del consumo de bebidas alcohólicas en forma de «atración» («binge drinking»: 5 o más copas en un corto espacio de tiempo) es similar al de las borracheras: el 43% de los estudiantes de 16 años y la mitad de los de 17 se han atracado de alcohol alguna vez en el último mes.

Según esta encuesta, la frecuencia y la intensidad del consumo de alcohol aumentan con la edad. Con 17 años, el 63% de los estudiantes, se han emborrachado en el último año. Y en relación al sexo, las mujeres consumen alcohol en mayor proporción, e incluso el porcentaje de chicas que se emborrachan es mayor que el de los chicos. Así, el 29,2% de las escolares de 14 años se han emborrachado alguna vez en el último año.

Tabla 4. Borracheras año 2012. ESTUDES

Borracheras Año 2012 (ESTUDES)	Alguna vez	Último año	Último mes
Total	60,7 %	52,0 %	30,8 %
Chicos	59,9 %	51,7 %	31,3 %
Chicas	61,5 %	52,3 %	30,3 %
14 años	31,5 %	26,1 %	12,7 %
16 años	62,3 %	53,4 %	30,9 %
18 años	80,4 %	70,5 %	46,5 %

La encuesta ESTUDES 2012-13 incluye por primera vez una pregunta específica sobre el «botellón». El 62% de los encuestados ha participado en uno al menos una vez en el último año y el 53,3% en el último mes. La encuesta también revela una relación directa entre el «botellón» y los atracones de alcohol. Los consumos intensivos (borracheras y atracón de alcohol) son más habituales entre los que «hacen botellón». Lo mismo sucede con la relación entre el «botellón» y el consumo de otras drogas: los escolares que realizan «botellón» presentan una mayor prevalencia de consumo de cannabis y cocaína.

Otro estudio realizado con muestra nacional es el de Sánchez Hervás (2000) referido anteriormente. Sobre un total de 1037 sujetos de 13-18 años (56,3% varones) de centros públicos de la provincia de Valencia refieren los siguientes consumos de alcohol en los últimos 30 días (Tabla 5).

Tabla 5. Consumo de alcohol en adolescentes 13-18 años (Sánchez Hervás, 2000)

Tipo de bebida	Frecuencia de consumo (unidades) en últimos 30 días			
Cerveza	No 61%	1-5 28%	6-19 9,1%	Más de 20 1,9%
Vino	No 78%	1-5 9,6%	6-19 11,13%	Más de 20 1,1%
Licores	No 49,3%	1-5 39%	6-19 9,2%	Más de 20 2,5%

Estos datos reflejan consumos altos de alcohol y especialmente de bebidas de alta graduación, licores, los cuales se consumen en una proporción superior (lo han consumido en el último mes el 50,7%), además de ser mayor el número de adolescentes que consumen este tipo de bebidas que aquellos que no lo hacen.

En el estudio de Díaz *et al.*, (2011), con una muestra de 237 adolescentes atendidos en salud mental, evidencian cómo el 55,8% bebe alcohol al menos de modo ocasional. Como es de esperar este hábito es más frecuente entre los adolescentes de 15-17 años (72,2%) que entre los de adolescencia precoz,

12-14 años (33%). La mayoría de los consumos en ambos grupos eran ocasional (20,4% y 18%, respectivamente) y regular (29,2% y 8%, respectivamente).

En la investigación de Niethammer y Frank (2007) previamente referido, estos autores hallan en su muestra de adolescentes ingresados en una Unidad de hospitalización psiquiátrica que el 44% de los sujetos consumen regularmente alcohol, llegando en el 29% de los casos a ser diagnosticados de abuso o dependencia.

1.4.3. Adolescencia y otras drogas

Según la encuesta ESTUDES 2012-13 (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2014) los hipnosedantes son las sustancias que mayor proporción de estudiantes consumen (con y sin receta) tras el alcohol, el tabaco y el cannabis. El 18,5% ha consumido estas sustancias alguna vez en la vida y el 11,6% en el último año. Esta encuesta revela un aumento de su consumo por parte de los menores tanto en el último año como en el último mes. En el caso de los hipnosedantes sin receta, el 5,8% de los menores ha consumido estas sustancias en el último año y el 3,4% en el último mes (frente al 5,6% y 3% respectivamente en 2010).

Respecto de la cocaína, según los resultados de ESTUDES 2012-13, también se confirma la tendencia descendente. En los últimos diez años, la prevalencia de consumo se ha reducido en un 60% tanto entre los que han consumido cocaína alguna vez en la vida, como entre los que la han consumido en el último mes. En 2004 el 9% de los estudiantes de 14-18 años había consumido cocaína alguna vez en la vida, el 7,2% la había consumido en los últimos 12 meses y el 3,8% en los últimos 30 días. Sin embargo en el 2012 dichos porcentajes fueron 3,6%; 2,5% y 1,5% respectivamente.

En relación a anfetaminas, alucinógenos y éxtasis, los recientes resultados de ESTUDES revelan cómo el consumo de este tipo de sustancias se mantiene en niveles muy bajos, habiendo descendido en los últimos diez años. Así en el 2004, los estudiantes de 14-18 años referían haber consumido en el año previo éxtasis el 2,6%, anfetaminas el 3,3% y alucinógenos el 3,1%. En el 2012 la prevalencia de consumo de dichas sustancias en el último año fue, respectivamente, 2,2%, 1,5% y 2%.

Finalmente, según ESTUDES 2012-13, la heroína es la droga menos consumida por los estudiantes adolescentes. En el 2013, el 1% la había probado alguna vez; el 0,7% en el último año y el 0,6 % en el último mes.

En el estudio de Sánchez Hervás (2000) mencionado previamente, hallan cómo el consumo de drogas en los últimos 30 días de su muestra de adolescentes era el siguiente: 7% refieren haber consumido tranquilizantes; 6% estimulantes; 8,8% alucinógenos; 4,5% cocaína y 1,2 % heroína.

Por su parte, en el ya referido estudio de Díaz *et al.*, (2011) evidencian en su muestra de adolescentes atendidos en salud mental cómo el 9,3% ha consumido alguna droga diferente a cannabis. Es especialmente el grupo de 15-17 años el que más lo ha frecuentado (13,8% de los sujetos) en comparación con los de 12-14 años (3%, si bien preocupante dada la edad de este subgrupo).

Mayet *et al.*, (2012), en su amplio estudio de 29 393 adolescentes, encuentra cómo el consumo de cannabis precede al de otras drogas: el 99% de los adolescentes que consumían otras drogas habían iniciado el consumo de cannabis anteriormente. El riesgo de iniciar el consumo de otras drogas ven los autores que se incrementa 21 veces más entre los que consumen cannabis de modo experimental y en 124 veces más entre los que consumen cannabis diariamente respecto de los que no consumen esta sustancia. Estos resultados refrendan, según los autores, la teoría de la puerta de entrada (Gateway theory) según la cual el consumo de cannabis precede al consumo de otras drogas, pero además en un efecto dosis-dependiente: mayor riesgo a mayor consumo de cannabis.

Para finalizar este apartado queremos destacar el trabajo de Fergusson *et al.*, (2002), estudio longitudinal de 21 años de duración de una cohorte de 1265 niños valorados desde el nacimiento hasta los 21 años de edad. Hallaron una asociación estrecha entre el consumo de cannabis y el de otras drogas, más intenso en la adolescencia precoz y si el consumo de cannabis era semanal. Así en los adolescentes de 14-15 años que referían consumir cannabis semanalmente se incrementaba el odds ratio (OR) de consumo de otras drogas en 230 veces comparados con los que no consumían cannabis. A los 21 años de edad esta asociación se mantenía, aunque el incremento del riesgo era de 12 veces más de OR en comparación también con los que no consumían cannabis a esa edad. Estos autores contemplan dos posibles mecanismos explicativos de esta asociación. El primero se basa en que dado que el cannabis es una droga ilegal en Nueva Zelanda (lugar de realización de esta investigación) los sujetos que consumen cannabis están habituados a conseguir esta sustancia en mercados ilegales, y con ello acostumbrarse o facilitarse la adquisición de otras drogas. El segundo mecanismo que plantean es que el consumo regular de cannabis puede, de diferentes formas, animar al sujeto a experimentar con otras drogas ilícitas. Esta segunda explicación a nuestro juicio va más en consonancia con el hecho de que el riesgo sea mayor en la adolescencia precoz, dado que entonces la impulsividad y la tendencia a la experimentación de los adolescentes es mayor.

1.5. ADOLESCENCIA Y PSICOPATOLOGÍA SECUNDARIA AL CONSUMO DE CANNABIS

Muchos estudios han hallado relación entre el consumo de cannabis en la adolescencia y la aparición de psicopatología secundaria o al menos incrementar el riesgo de desarrollarla. Si bien es verdad que otros autores se han mostrado más críticos al respecto, como Macleod *et al.*, (2004) en su revisión sistemática de estudios longitudinales llevados a cabo en población general con jóvenes adultos, en los que concluyen que sólo queda demostrado la asociación con un menor nivel de desarrollo académico y con el consumo de otras drogas.

En una revisión de la literatura sobre estudios que analizan la comorbilidad entre el consumo de sustancias en adolescentes y jóvenes y la presencia de otros trastornos psiquiátricos (Couwenbergh *et al.*, 2006) encuentran cómo ello acontece en el 61% al 88% de los casos. Además en algunas investigaciones se detectan diferencias entre varones y mujeres, siendo en los primeros más frecuente la comorbilidad con los trastornos externalizantes (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, Trastorno de conducta) y en las mujeres con los internalizantes (Trastornos depresivos y de ansiedad).

Datos semejantes obtienen Turner y colaboradores (2004). Analizan una muestra clínica de adolescentes atendidos por trastornos por consumo de sustancias y hallan cómo el 74% presentaba algún otro trastorno comórbido, y en el 44% varios.

Monshouwer K *et al.*, (2006) realizan un estudio con 5551 estudiantes de 12-16 años (49% mujeres) en el que analizan la asociación entre psicopatología (evaluada mediante la escala YSR, Youth Self Report) y consumo de cannabis. Los resultados de esta investigación muestran que la asociación entre cannabis y psicopatología sólo la presentaron los sujetos que habían consumido cannabis recientemente (durante el último año) y tendía a ser más fuerte a mayor consumo en el año previo. En el grupo que consumía cannabis de modo experimental (una o dos veces/año) hallaron asociación significativa con el comportamiento delincuente y agresivo. Entre los que lo consumían regularmente la asociación era más alta, especialmente para el comportamiento delincuente. Resultado semejante se obtuvo para los que consumían de modo intenso, en los cuales además se detectó asociación con problemas de pensamiento.

Muchos son los trastornos psiquiátricos que se han asociado al consumo de cannabis en la adolescencia: trastornos de conducta, depresión, ansiedad, psicosis, comportamiento suicida, trastornos de ali-

mentación, abuso de alcohol u otras sustancias, entre los más comunes. Además son frecuentes los conflictos con padres, la afectación del rendimiento escolar y la merma de las funciones ejecutivas.

A continuación desarrollaremos con más detalle las investigaciones más recientes que se han realizado en este sentido.

1.5.1. Trastornos del comportamiento

Los problemas trastornos del comportamiento son una de las entidades clínicas que más frecuentemente se han asociado al consumo de cannabis en múltiples investigaciones.

Estudio de Monshouwer *et al.*, (2006) plantean como explicación a la asociación entre cannabis y problemas externalizantes (Trastornos de conducta): destacan cómo se ha relacionado porque el consumo de cannabis lleva al adolescente a contactar con los modos ilegales de conseguirlo, puesto que es una droga ilegal en la mayoría de los países. Ellos son holandeses, y a pesar de que el cannabis no es ilegal allí también encuentran esa asociación. Lo explican como que los que consumen cannabis tienen una mayor tendencia a los comportamientos rebeldes propios de la adolescencia.

Si bien es verdad que otros estudios han hallado cómo los problemas de conducta anteceden al consumo de cannabis. Pedersen *et al.*, (2001) en un estudio prospectivo con un muestra nacional de 2536 adolescentes seguidos durante año y medio. Hallan una estrecha asociación entre la presencia de problemas de conducta precoces y el posterior inicio del consumo de cannabis. Este efecto observaron que era más potente en chicas que en chicos. Problemas de conducta serios en los chicos tenían un efecto moderado en el inicio del consumo de cannabis, sin embargo en las chicas los problemas de conducta agresivos y encubiertos tenían un efecto fuerte en las chicas.

Otros estudios con resultados semejantes son el de Galéra *et al.*, (2010) en el que estudian a 1107 niños y adolescentes (4-18 años) de población general y son reevaluados 8 años más tarde para conocer el nivel de consumo de sustancias. Hallan cómo los sujetos con altos niveles de hiperactividad- déficit de atención y trastornos de conducta tenían un riesgo más elevado de fumar y consumir cannabis más precozmente.

También hallazgos semejantes obtienen Griffith-Lendering *et al.*, (2011) en su investigación «TRAILS study». Analizan una cohorte de 1449 adolescentes a los que evalúan a los 11,1 años (T1); 13,6 años (T2) y 16,3 (T3) años. Estos autores encuentran que los problemas externalizantes (comportamiento agresivo y delincuencia, medidos mediante el instrumento Youth Self Report) en T1 y T2 precedían al consumo de cannabis en T2 y T3.

Es posible que ambos hechos se den en este tipo de poblaciones.

Storr *et al.*, (2007) analizaron una muestra de 13 831 adolescentes perteneciente al estudio «United States National Household Survey on Drug Abuse» (NHSDA) de los años 1994-1996. Aplicando la escala Youth Self-Report (YSR) a los sujetos después son categorizados en cuanto a si presentan algún tipo de trastornos de conducta, y analizan a continuación si existe asociación entre dicho diagnóstico y el consumo en el mes anterior de alcohol o drogas. Encuentran cómo a mayor presentación de síntomas de conducta mayor es el riesgo (en odds ratio) de haber consumido drogas en el mes previo, específicamente inhalantes y cannabis. En el caso de la mujeres, evidenciaron cómo en ellas los niveles altos de problemas de conducta se asociaban incluso en mayor medida que en los varones al consumo de drogas en el mes previo.

Fergusson *et al.*, (2002), en el estudio longitudinal de 21 años de duración de una cohorte de 1265 niños valorados desde el nacimiento hasta los 21 años de edad, evidencian cómo en los sujetos de 14-15 años consumidores semanales de cannabis el riesgo (odds ratio, OR) de presentar conductas delictivas se incrementaba en 3,7 veces con respecto a los no consumidores. Este riesgo decrece según avanza la edad, siendo de 1,7 veces en los consumidores semanales de 20-21 años.

Armstrong y Costello (2002), en una revisión de la literatura encuentran cómo los Trastornos disruptivos (y especialmente los trastornos de conducta o disociales) son los más prevalentes en comorbilidad con los Trastornos por uso de sustancias en la adolescencia, con una media del 46% considerando los estudios revisados. En cuanto al riesgo que los Trastornos por consumo de sustancias incrementan para presentar un Trastorno disruptivo hallan cómo la media se encuentra entorno a un OR de 4 (variando entre 1 y 32).

En otra revisión de la literatura científica realizada por Couwenbergh *et al.*, (2006) respecto a la comorbilidad entre consumos de drogas (alcohol y cannabis las más frecuentes) y otros trastornos psiquiátricos, hallan como los más prevalentes son los trastornos externalizantes (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, TDAH, y Trastornos de conducta o disocial) con porcentajes de 3-18% para el primero, de 24-82% para los Trastornos de conducta y de 27- 30% para ambos trastornos simultáneamente.

Turner *et al.*, (2004) hallan en una muestra de 4.421 adolescentes atendidos en unidades ambulatorias de Trastornos por consumo de sustancias cómo al inicio del tratamiento la prevalencia de otros trastornos comórbidos es del 74%, siendo el más elevado el Trastorno de conducta o disocial (59%) seguido del TDAH (48%).

En el caso de sujetos en tratamiento por abuso de sustancias, Chan *et al.*, (2008) refieren cómo los problemas de conducta comórbidos al consumo de sustancias decrecen con la edad, apareciendo en el 67,7% de los adolescentes menores de 15 años, en el 63,4% de los adolescentes de 15-17 años y en el 48,7% de los jóvenes adultos, todos ellos sujetos en tratamiento por abuso de sustancias.

También se ha relacionado el consumo de sustancias con la presencia de mayores niveles de agresividad en pacientes con trastornos psicóticos. Así, Shoval *et al.*, (2007) en un estudio con una muestra de 188 pacientes hospitalizados en una Unidad de Psiquiatría, edad media 17,43 años (DE: 1,71), que presentan bien esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, encuentran cómo aquellos que refieren consumir drogas (cannabis la más frecuentemente utilizada) presentan mayores niveles de agresividad al ingreso medida mediante la escala «Overt Aggression Scale» (OAS).

1.5.2. Trastornos depresivos

La prevalencia de trastornos depresivos en adolescentes y jóvenes con consumos de sustancias (alcohol y cannabis los más frecuentes) oscila entre el 3-48% según estudios (Couwenbergh *et al.*, 2006), siendo las segundas entidades clínicas comórbidas más frecuentes tras los trastornos de conducta (O'Neil *et al.*, 2011).

Armstrong y Costello (2002) en una revisión de la literatura encuentran que la comorbilidad entre trastornos por uso de sustancias (incluido cannabis) y depresión en adolescentes varía entre el 11,1% y el 32%, con una mediana de 18,8%.

Turner *et al.*, (2004) hallan en una muestra de 4.421 adolescentes atendidos en unidades ambulatorias de Trastornos por consumo de sustancias cómo los trastornos depresivos son la segunda entidad clínica más frecuentemente comórbida (36%), tras los trastornos de conducta, que presentan estos sujetos al inicio del tratamiento.

Groth *et al.*, (2011) en su estudio sobre 744 adolescentes (15-19 años), sexualmente activas, participantes en un programa de prevención del VIH, hallan cómo aquellas de mayor edad (17-19 años) que consumen cannabis presentaban significativamente más síntomas depresivos en comparación con las que no fumaban ni consumían ninguna sustancia. Sin embargo este hallazgo no lo obtienen en la muestra de adolescentes de 15-16 años.

Otra investigación a destacar es la realizada por Fergusson *et al.*, (2002): estudio longitudinal de 21 años de duración de una cohorte de 1265 niños valorados desde el nacimiento hasta los 21 años de edad. Estos autores hallan cómo en el grupo de sujetos que consumen semanalmente cannabis se in-

crementa moderadamente el riesgo de depresión, con un riesgo de 1,7 (odds ratio) en comparación con los no consumidores de cannabis; riesgo que no varía en función de la edad.

Patton *et al.*, (2002) analizan una muestra de 1601 estudiantes de secundaria de 14-15 años que siguen a lo largo de siete años. Hallan cómo el consumo diario de cannabis en mujeres jóvenes se asociaba con un incremento en el riesgo (odds) de referir un estado de depresión y ansiedad. El consumo semanal o más frecuente en adolescentes predijo un incremento del riesgo de aproximadamente dos veces de presentar posteriormente depresión y ansiedad.

Sin embargo, Pedersen (2008) en un estudio longitudinal de una extensa muestra de adolescentes seguidos hasta los 27 años en Noruega no encuentra asociación entre el consumo de cannabis en adolescencia o juventud y clínica depresiva. Si bien es verdad que se trata de una muestra con bajos consumos de cannabis, pocos con inicio previo a los 16 años y sólo 5% había consumido esta sustancia en los 12 meses previos a la evaluación realizada a los 16 años.

1.5.3. Trastornos de ansiedad

La prevalencia de trastornos de ansiedad en adolescentes y jóvenes con consumos de sustancias (alcohol y cannabis los más frecuentes) oscila entre el 1-38% según estudios (Couwenbergh *et al.*, 2006), con una mediana de 16,2%-18,2% (O'Neil *et al.*, 2011).

Turner *et al.*, (2004) hallan en su muestra de 4421 adolescentes al inicio del tratamiento en unidades ambulatorias de Trastornos por consumo de sustancias cómo los trastornos de ansiedad son la tercera entidad clínica más frecuentemente comórbida: Trastornos de ansiedad en el 22% y Trastorno de estrés postraumático en el 28% de los casos.

Recordemos el estudio de seguimiento de Patton *et al.*, (2002) referido anteriormente en el que encuentran cómo el consumo de cannabis semanal o más frecuente en adolescentes predijo un incremento del riesgo de aproximadamente dos veces de presentar posteriormente depresión y ansiedad.

No obstante, en la revisión de la literatura que realizan Armstrong y Costello (2002) ven cómo en aproximadamente la mitad de los estudios de su revisión no se encuentra asociación significativa entre los trastornos por uso de sustancias y los trastornos de ansiedad. Añaden que el mayor riesgo referido es de un odds ratio de 3,9 con una mediana considerando todas las publicaciones de 1,3.

1.5.4. Comportamiento suicida

Los adolescentes que consumen cannabis representan una población con mayor riesgo de comportamientos suicidas (ideación suicida, tentativa de suicidio, suicidio). Así lo han demostrado investigaciones como la de Fergusson *et al.*, (2002): estudio longitudinal de 21 años de duración de una cohorte de 1265 niños valorados desde el nacimiento hasta los 21 años de edad. Estos autores hallan cómo en el grupo de sujetos que consumen semanalmente cannabis de 14-15 años de edad el riesgo (odds ratio) de presentar ideación suicida se incrementa en 7,3 veces y el de tentativas de suicidio en 13,1 veces respecto a los adolescentes que no consumen. Este riesgo decrece con la edad, de modo que los sujetos de 20-21 años que consumen semanalmente cannabis presentan un riesgo de 1,8 y 0,8 respectivamente.

Pedersen (2008) en un estudio longitudinal de una extensa muestra de adolescentes seguidos hasta los 27 años en Noruega encuentra asociación entre el consumo de cannabis y la ideación suicida (OR 2,4-2,7) e intentos de suicidio (OR 2,8) a la edad de joven adulto, pero no en la adolescencia. Es importante recordar que se trata de una muestra con bajos consumos de cannabis en la adolescencia, pero una gran proporción de sujetos comenzó a consumir al entrar en la veintena.

Chabrol *et al.*, (2008) hallaron cómo el consumo de cannabis resultó ser un predictor independiente de la ideación suicida, no asociado a la clínica depresiva, si bien mostrando únicamente una relación leve entre dicho consumo y la presentación de ideación suicida en un estudio con 491 estudiantes adolescentes.

Otra investigación llevada a cabo específicamente con pacientes psicóticos (Shoval *et al.*, 2007), diagnosticados de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, con edad media de 17,43 años, los autores hallan cómo los pacientes que consumen sustancias presentaban más frecuentemente tentativas de suicidio previas, y mayor número de las mismas.

1.5.5. Trastornos internalizantes

Los trastornos internalizantes engloban tanto a trastornos depresivos, comportamiento suicida y trastornos de ansiedad, pero los destallamos en este apartado agrupados puesto que en algunas investigaciones el estudio de la relación entre cannabis y psicopatología va dirigido específicamente a valorar estos trastornos internalizantes en general.

Los trastornos internalizantes, al igual que los externalizantes, se ha visto que pueden tanto anteceder al consumo de cannabis como ser consecuencia del mismo.

Griffith-Lendering *et al.*, (2011) en su investigación «TRAILS study». Analizan una cohorte de 1449 adolescentes a los que evalúan a los 11,1 años (T1); 13,6 años (T2) y 16,3 (T3) años. Estos autores no encuentran asociación entre el consumo de cannabis en T2-T3 y la presencia de problemas internalizantes (aislamiento, quejas físicas, depresión, evaluados mediante el instrumento Youth Self Report) en T1-2-3.

O'Neil y colaboradores (2011) en una revisión extensa concluyen cómo la mayoría de los estudios realizados tanto con muestras clínicas como comunitarias de adolescentes apoyan el hecho de que los trastornos internalizantes preceden a los trastornos por consumo de sustancias.

1.5.6. Trastornos psicóticos

Especialmente preocupante es la relación entre consumo de cannabis y el debut de síntomas psicóticos en el adolescente.

En este sentido se contemplan varias hipótesis etiopatogénicas. En primer lugar se ha sugerido que el abuso de cannabis sea causa directa de psicosis o esquizofrenia en un subgrupo de pacientes. También se ha planteado que alteraciones en la función de refuerzo-recompensa de las áreas dopaminérgicas cerebrales pueden incrementar la vulnerabilidad tanto a la esquizofrenia como al abuso de sustancias. En tercer lugar se plantea el modelo de la automedicación, de modo que los pacientes con esquizofrenia pueden consumir cannabis para disminuir síntomas depresivos, negativos o síntomas extrapiramidales inducidos por neurolépticos (Shoval *et al.*, 2007).

Las investigaciones llevadas a cabo en la última década aportan datos a favor de la primera hipótesis, detectándose el consumo de cannabis generalmente previo al inicio de los síntomas psicóticos.

El 15% de los consumidores de cannabis refieren haber experimentado síntomas psicóticos. Además, el riesgo de presentar síntomas psicóticos se multiplica por 7 en aquellos que han consumido la sustancia más de 50 veces (Shapiro y Buckley-Hunter, 2010).

Estudios de seguimiento llevados a cabo en diferentes países llegan a datos semejantes. En Israel, Weiser y colaboradores hallan cómo los adolescentes que abusan de esta sustancia superan en más del doble la tasa de hospitalizaciones por esquizofrenia. En Grecia, Stefanis y colaboradores destacan cómo la exposición a cannabis precoz en la adolescencia incrementa el riesgo de dimensiones subclínicas de psicosis positivas y negativas (cit Shapiro y Buckley-Hunter, 2010).

Arseneault *et al.*, (2002) en un estudio de seguimiento en nueva Zelanda hallan cómo los consumidores de cannabis antes de los 15 años de edad tenían cuatro veces más de riesgo de ser diagnosticados de Trastorno esquizofreniforme para los 26 años: un 10% de dichos adolescentes desarrollaban Trastorno esquizofreniforme para los 26 años.

Otro estudio muy destacable es el realizado por Kuepper *et al.*, (2011). Estos autores estudian longitudinalmente una cohorte de 1923 sujetos de población general durante 10 años. La edad al inicio oscilaba entre 14-24 años. Valoran como síntoma psicótico el presentar una experiencia psicótica, la cual se piensa representa un marcador comportamental para la psicosis. Hallan cómo el uso episódico de cannabis (haber consumido al menos 5 veces) desde la valoración basal hasta el primer seguimiento (T2: 3,5 años después) se asoció con un incremento de la presencia de experiencias psicóticas entre T2 y T3 (evaluación final). Esta asociación era independiente de edad, sexo, nivel socioeconómico, consumo de otras drogas, ambiente rural o urbano, antecedentes de trauma en la infancia o el presentar otros trastornos psiquiátricos. Pero además hallaron cómo la exposición mantenida a cannabis se asociaba a un mayor riesgo de persistencia de experiencias psicóticas. Estos hallazgos están en consonancia con la hipótesis de que un proceso de sensibilización pueda estar en la base de la emergencia y persistencia de las experiencias psicóticas. Sensibilización se refiere al fenómeno que ocasiona que una exposición repetida a un estresor (ambiental) lleva a una respuesta progresivamente mayor. De este modo, una exposición mantenida y repetida al cannabis llevaría a los sujetos a una mayor persistencia de la clínica psicótica.

En la revisión de Casadio *et al.*, (2011), los autores destacan cómo el incremento del riesgo (Odd Ratio) de esquizofrenia en sujetos que consumen cannabis hallado en diferentes estudios longitudinales oscila entre 1,5 (en un estudio inglés de Wiles *et al.* de seguimiento de 8580 sujetos a 18 meses), hasta el 3,1 (tanto en el estudio sueco del equipo de Andreasson, Zammit y colaboradores de seguimiento de 50 053 sujetos a 27 años, como en el neozelandés de Arseneault de 1034 sujetos a 15 años) o el 4,3 (en el estudio griego de Stefanis y colaboradores).

Sin embargo otros autores, como Martinotti y colaboradores (2011), encuentran que la intensidad de la experiencia subjetiva (según Huber, sería una manifestación precoz de la esquizofrenia) no estaba influenciada por el consumo de cannabis en el estudio que llevan a cabo con una muestra de 502 sujetos de 16-23 años de población general.

Añadido a estos datos se ha detectado cómo el riesgo de psicosis en relación con el consumo de cannabis parece ser dosis dependiente, relacionado con la frecuencia y duración del consumo. Así Di Forti y colaboradores han hallado cómo la potencia del cannabis consumido y la duración del hábito son factores clave en el desencadenamiento de primeros episodios psicóticos. Murray y colaboradores también han hallado cómo tanto los síntomas psicóticos transitorios como la precipitación de esquizofrenia tienen una relación dosis dependiente con el consumo de cannabis (cit Shapiro y Buckley-Hunter 2010). Y Monshouwer *et al.*, (2006), quienes estudiando una muestra de 5551 adolescentes de 12-16 años de población general (Dutch survey) hallan cómo los que presentaron consumo alto de cannabis en el año previo (más de 40 veces) mostraban asociación significativa con la presencia de problemas de pensamiento en el YSR (Youth Self Report), lo cual no se evidenciaba en los que presentaban consumos de cannabis de menor intensidad. En esta misma investigación (Dutch survey) van Gastel *et al.*, (2011) destacan como hallazgo la relación dosis dependiente del consumo de cannabis y la presencia de experiencias psicóticas positivas subclínicas, con incremento de estas experiencias en los de consumo más intenso.

Si parece que el efecto de cannabis es mayor en las personas con predisposición a la psicosis.

En este sentido destacamos el estudio de Henquet *et al.*, (2004), en el que estudian una muestra de 2437 adolescentes y jóvenes (edad media 18,3 años) que son reanalizados cuatro años después. Valoran la relación entre el consumo de cannabis y la presentación de síntomas psicóticos en la evolución. Hallan cómo el consumo de cannabis al principio del estudio incrementó la incidencia acumulada de

síntomas psicóticos en los siguientes cuatro años. El efecto del consumo de cannabis fue más fuerte en aquellos sujetos con predisposición a la psicosis en la valoración inicial (23,8% de diferencia de riesgo ajustado) que en los que no la tenían (5,6% de diferencia de riesgo ajustado). La predisposición a la psicosis fue evaluada mediante las subescalas «ideación paranoide» y «psicoticismo» del SCL-90-R. Hallaron así mismo una relación dosis-respuesta asociado al incremento de la frecuencia de consumo de cannabis. Sin embargo, la predisposición a la psicosis en la evaluación basal no predijo significativamente el uso de cannabis cuatro años después.

Hollis *et al.*, (2008) en un estudio de población de 14-21 años, en el que comparan un grupo de alto riesgo genético de esquizofrenia (hermanos sanos de adolescentes con diagnóstico de trastorno del espectro esquizofrénico de inicio precoz), un grupo con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y un grupo control sano, diferenciando los tres entre consumidores o no de cannabis, hallan cómo los únicos en los que se evidencia asociación entre cannabis y psicopatología son en el grupo de alto riesgo genético de esquizofrenia. En este grupo encuentran cómo los que consumen cannabis presentan puntuaciones significativamente superiores en la subescala de hiperactividad-inatención del SDQ (Strengths and difficulties questionnaire) y tendencia hacia la diferencia estadísticamente significativa de mayores puntuaciones en la subescala de Desorganización del SPQ (Schizotypal Personality Questionnaire). Concluyen cómo los jóvenes con alto riesgo genético de esquizofrenia son particularmente vulnerables a los problemas de salud mental asociados al consumo de cannabis.

Esta predisposición a desarrollar enfermedad psicótica se piensa esté relacionada con una base genética. Varios son los estudios realizados al respecto destacando en especial aquellos que relacionan este riesgo con el gen de la COMT y el AKT1.

Se ha pensado que el riesgo relativo de desarrollar psicosis tras el consumo de cannabis depende de una variación del gen de la COMT. Existe una mutación de dicho gen que genera una sustitución de valina (Val) por metionina (Met) en el codón 158 ocasionando una enzima de menor actividad y más lenta metabolización de la dopamina. Caspi y colaboradores (cit. en Casadio *et al.*, 2011) encontraron cómo los adolescentes consumidores de cannabis que tenían el mayor riesgo de desarrollar esquizofrenia eran los que presentaban genotipo Val/Val, un menor riesgo presentan los Val/Met y no hallaron incremento en el riesgo entre los individuos Met/Met. Semejantes hallazgos encontraron Estrada *et al.*, (2011) en su estudio de 157 pacientes psiquiátricos de 17,01 años de edad media, en los que encuentran cómo los sujetos consumidores de cannabis con genotipo Val/Val mostraron una edad de inicio más precoz del trastorno psicótico.

En contraposición a estos últimos estudios, Zammit *et al.*, (2011) analizando a 2630 individuos de modo longitudinal (correspondientes al «Avon Longitudinal Study of Parents and Children») en el que se valoraba el consumo de cannabis a los 14 años de edad y a los 16 si hubiera presentado clínica psicótica, hallan cómo el cannabis incrementaba el riesgo de psicosis sin relación con el genotipo COMT de base del sujeto.

Van Winkel *et al.*, (cit en Casadio *et al.* 2011) examinan las interacciones entre el uso de cannabis y 152 polimorfismos en 42 genes en 740 hermanos sanos de 801 pacientes con psicosis. Encuentran que las variaciones genéticas del AKT1 pueden mediar los efectos en la expresión de la psicosis asociado al consumo de cannabis.

También parece que el inicio precoz en el consumo de cannabis está asociado con el inicio precoz de la psicosis. Dragt *et al.*, (2012), dentro del estudio EPPS (European Prediction of Psychosis Study) analizan el seguimiento a 18 meses de una muestra de 245 sujetos (16-35 años de edad) en alto riesgo clínico de psicosis. Hallan cómo el inicio a una edad más precoz del consumo de cannabis o presentar un trastorno por uso de cannabis se asociaban significativamente con el inicio a una edad más joven de seis síntomas, siendo lo más contundente la asociación con síntomas de ansiedad, desrealización y debilidad del pensamiento y de concentración (Dragt *S et al.*, 2012). Otro estudio en esta línea de resulta-

dos es el realizado por De Hert y colaboradores (2011) analizando una muestra de población adulta de pacientes con Trastorno bipolar o esquizofrenia (N= 766) en la que encuentran cómo el consumo de cannabis redujo la edad de inicio del trastorno (definido como primer ingreso psiquiátrico precisado) en una media de 8,9 años para el Trastorno bipolar y de 1,5 años para el grupo con esquizofrenia.

Como hemos comentado anteriormente, Arseneault *et al.*, (2002), en el Dunedin study; hallaron cómo los sujetos con consumo de cannabis a los 15 años presentaban significativamente más incidencia de trastorno esquizofreniforme a la edad de 26 años en comparación con los no consumidores, sin embargo los que comenzaron el consumo después de los 18 años no mostraron incremento de dicho riesgo.

Schimmelmann *et al.*, (2011) estudian una muestra de 358 pacientes con primeros episodios psicóticos y hallan cómo el inicio del consumo de cannabis a los 14 años o previamente se asociaba con una edad de inicio del primer episodio psicótico más precoz que aquellos pacientes que no habían presentado consumo de dicha sustancia.

Van Gastel *et al.*, (2011) en su estudio de población general de 12-16 años destacan el hecho de la persistencia de asociación entre una edad de inicio precoz en el consumo de cannabis con la presencia de experiencias psicóticas positivas subclínicas incluso en la muestra de adolescentes que se habían abstenido del consumo de cannabis en el año previo a la valoración. Estos autores concluyen con el concepto de «Ventana de vulnerabilidad», refiriéndose al hecho de que el consumo de cannabis durante etapas específicas del desarrollo puede llevar a síntomas psicóticos persistentes y eventualmente incluso a psicosis florida.

Como explicaciones posibles al hecho de que se incremente el riesgo de psicosis a más precoz inicio del consumo de cannabis, y siguiendo a Casadio *et al.*, (2011) podemos señalar las siguientes:

- La asociación refleja un incremento en la propensión de la gente joven que presenta experiencias psicóticas a comenzar con el consumo de cannabis.
- Una mayor acumulación de exposición al cannabis entre los de inicio de consumo precoz.
- Incremento de la vulnerabilidad al cannabis durante fases críticas de la maduración cerebral, como el inicio de la pubertad, puede reflejarse en una asociación específica entre la experiencia psicótica y la edad joven de inicio de exposición al cannabis.

Recordemos que el sistema de endocannabinoides juega un papel importante en los procesos de desarrollo cerebral de ciertas regiones cerebrales (cortex prefrontal, estructuras límbicas e hipocampo) y sistemas de neurotransmisores (gabaérgico y dopaminérgico) los cuales son fisiopatológicamente relevantes para el desarrollo de esquizofrenia (Schimmelmann *et al.*, 2011).

Finalmente también se ha encontrado que entre las personas que presentan un primer episodio psicótico el haber presentado síntomas de trastornos de conducta previos a la edad de 15 años se asociaba al consumo de cannabis y específicamente al consumo de cannabis a la edad de 14 años, indicando que en pacientes vulnerables a la psicosis los síntomas de conducta pueden independientemente incrementar la probabilidad de consumo de cannabis el cual a su vez incrementa el riesgo de psicosis (Malcom *et al.*, 2011).

1.5.7. Otros trastornos por consumo de sustancias: abuso de alcohol

Los adolescentes que consumen cannabis representan un grupo de mayor riesgo de consumo de otras sustancias como alcohol u otras drogas, como ya hemos comentado anteriormente en este informe.

Por ejemplo, Groth *et al.*, (2011) en su estudio sobre 744 adolescentes (15-19 años), sexualmente activas, participantes en un programa de prevención del VIH, hallan cómo aquellas que consumen cannabis o cannabis y tabaco presentaban significativamente más consumo de alcohol que las que no fumaban ninguna sustancia.

Brière *et al.*, (2011) analizan prospectivamente a 6589 adolescentes desde 7-8º grado (1º-2º ESO) hasta 11º grado (1º Bachiller). Evidencian cómo aquellos sujetos que además de consumir cannabis consumen alcohol en la valoración en 10º grado (4º ESO) presentan una mayor cantidad de problemas relacionados con el consumo de diferentes tipos (físicos, psicológicos, relacionales, etc) en la valoración que se les realizó en el siguiente curso, mayor que los que consumían bien sólo cannabis o sólo alcohol.

1.5.8. Trastornos de conducta alimentaria

Algunas investigaciones han evidenciado cómo el consumo de cannabis se asocia también a una mayor prevalencia de Trastornos de conducta alimentaria.

Así, Groth *et al.*, (2011) en su estudio sobre 744 adolescentes (15-19 años), sexualmente activas, participantes en un programa de prevención del VIH, hallan cómo aquellas que consumen cannabis o cannabis y tabaco presentaban significativamente más conductas de atracón que las que no fumaban ninguna sustancia. Respecto a la presencia de conductas alimenticias de purga, éstas eran significativamente más frecuentes únicamente en el grupo más joven (15-16 años) de las adolescentes que consumían cannabis y tabaco, en comparación con las que no fumaban ninguna sustancia.

1.5.9. Autoconcepto

Otro aspecto en el que se ha demostrado que influye negativamente el consumo de drogas es en la imagen de uno mismo, el autoconcepto. Destaca el estudio de Fuentes *et al.*, (2011), quienes estudiando una muestra de 632 adolescentes de 12 a 17 años, estudiantes de población general, edad media 14,7 (DE: 1,71 años). Los sujetos completaron una batería formada por los siguientes instrumentos: Escala Multidimensional de Autoconcepto (AF5-Autoconcepto Forma), Escala de Estilos de Socialización Parental en Adolescentes (ESPA 29), Cuestionario de Evaluación de la Personalidad (PAQ), además se valoró el rendimiento académico, el consumo de sustancias en las semanas previas (tabaco, alcohol, cannabis y otras) y a presencia o no de conductas disruptivas. Encuentran cómo las dimensiones académica, familiar y física del autoconcepto se relacionan inversamente con el consumo de sustancias.

1.5.10. Afectación cognitiva

Los efectos del cannabis en las medidas de valoración cognitiva son más pronunciados en los adolescentes que en los adultos que consumen dicha sustancia. Especialmente se ha visto cómo empeora la memoria a corto plazo (Shapiro y Buckley-Hunter, 2010).

Una medida indirecta de la afectación cognitiva es el rendimiento escolar, aunque éste también puede incluir variables relacionadas con la inasistencia al centro escolar. En la encuesta ESTUDES 2012-13 se evidencia cómo el 44% de los estudiantes de 14-18 años que han consumido cannabis en el último año ha repetido curso, frente a un 27,9% de repetidores entre los no consumidores. Además el porcentaje de buenas calificaciones (notable/sobresaliente) es mayor entre los estudiantes que no han consumido cannabis en el último mes (41,3% frente a 26%), paralelo a una menor proporción de los que obtienen suspensos: 6,3% y 13,5% respectivamente (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2014).

1.5.11. Hospitalización psiquiátrica

Se ha constatado cómo los sujetos que consumen cannabis tienen más riesgo de precisar hospitalizaciones psiquiátricas. Este es un modo indirecto de determinar la asociación entre cannabis y trastornos psiquiátricos o psicopatología secundaria.

Entre las investigaciones realizadas destaca la de Schubart *et al.*, (2011) en la que analizan a 17 698 sujetos de población general, edad media 22 años (DE: 4,2) y encuentran una asociación dosis dependiente entre consumo de cannabis y antecedente de hospitalización psiquiátrica: el riesgo es de 1,61 OR para aquellos que refieren consumos casuales o inferiores a 3 €/semana; 3,07 OR para aquellos con consumos de cannabis de 3-9 €/semana; OR de 3,81 para los que consumen 9-25 €/semana y OR de 6,15 en comparación con los que nunca han consumido. Además, encuentran asociación entre la edad de inicio del consumo de cannabis y el antecedente de ingreso psiquiátrico, especialmente aquellos de inicio previo a los 12 años de edad, en los que el riesgo se incrementaba casi cinco veces (OR 4,76).

2. OBJETIVOS

Los objetivos del presente estudio son los siguientes:

1. Estudiar la patología psiquiátrica relacionada con el consumo de cannabis u otras drogas en adolescentes atendidos en Salud Mental intra y extrahospitalario de Osakidetza en la CAPV.
 - 1.1. Estudiar las características clínicas diferenciadoras de los pacientes adolescentes atendidos en Salud Mental que presentan consumo de cannabis u otras drogas respecto a los que no consumen dichas sustancias.
2. Analizar las técnicas, abordajes terapéuticos, esquemas organizativos empleados y capacidad asistencial de los dispositivos intra y extrahospitalarios de Salud Mental de Osakidetza para atender a dichos pacientes.
3. Elaborar una propuesta de programa de intervención específico para su eventual puesta en marcha en Osakidetza con el fin de mejorar la efectividad de la atención actual a este tipo de pacientes.

3. METODOLOGÍA

3.1. ESTUDIO DE UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES ATENDIDOS EN SALUD MENTAL INTRA Y EXTRAHOSPITALARIA DE OSAKIDETZA: ENCAMINADOS AL ESTUDIO DE LA COMORBILIDAD ASOCIADA AL CONSUMO DE CANNABIS (OBJETIVO 1)

Analizamos una muestra de pacientes adolescentes atendidos en los servicios intra y extrahospitalarios de Salud Mental de Osakidetza en la CAPV siguiendo la siguiente metodología:

3.1.1. Recogida de la muestra total

Para la obtención de una muestra extensa y representativa de los adolescentes atendidos en Salud Mental de Osakidetza en el País Vasco, y poder analizar la situación clínica y asistencial contextualizada en nuestro medio en relación al consumo de cannabis y otras sustancias, se solicitó la colaboración de diferentes servicios ubicados en los tres territorios de la CAPV. Con la intención de cubrir la demanda en distintos tipos de dispositivos, propusimos la inclusión en el estudio de los dos dispositivos de Salud Mental infanto-juvenil ambulatoria de Álava y Gipuzkoa, dos de los Centros de Salud Mental infanto-juvenil (CSMIJ) de Bizkaia además de uno de los servicios de consultas externas de psiquiatría infantil hospitalaria, dos servicios de hospitalización psiquiátrica de adolescentes de Bizkaia y Gipuzkoa, y también dos centros de atención ambulatoria a toxicomanías en Álava y Bizkaia.

Finalmente la muestra de pacientes se obtuvo de los siguientes centros: Equipo de Psiquiatría Infantil de Gipuzkoa (ubicado en el Centro de Salud Ondarreta de San Sebastián), los CSMIJ de Herribitarte (en la actualidad agrupado con el equipo de Baracaldo en la nueva ubicación de Urban) y Uribe-Kosta en Bizkaia, Consultas externas de psiquiatría infanto-juvenil del Hospital Universitario de Basurto en Bilbao; Unidades de hospitalización psiquiátrica de adolescentes de los hospitales Universitarios de Basurto y Donostia y de los Centros de tratamiento de Toxicomanías de Vitoria y Julián de Ajuriaguerra (Bizkaia). Por cuestiones organizativas, no se logró la colaboración del CSMIJ de Vitoria.

El periodo de recogida de datos se fijó en seis meses (mayo-octubre de 2011) para la muestra de casos hospitalarios y dos meses (9 de mayo-9 de julio de 2011) para las muestras de atención ambulatoria.

Durante dicho periodo, los profesionales de los centros colaboradores debían solicitar a los padres o tutores legales de los pacientes entre 13 y 17 años de edad que acudieran a consulta por cualquier motivo (ya fuera como primera visita, o en visitas sucesivas) su colaboración en el estudio, entregándoles un consentimiento informado que debía ser firmado por el profesional, uno de los padres o tutores legales y por el propio paciente, debiendo obtener la conformidad de todas las partes para su inclusión en el estudio. Una vez aceptada la participación, se les hacía entrega de los cuestionarios a cumplimentar con las instrucciones verbales pertinentes (ver apartado 3.1.2). El investigador contratado se encargó posteriormente de completar una ficha de datos por cada paciente incluido en el estudio, valiéndose de la revisión de su historia clínica y con la colaboración del profesional responsable de cada paciente.

3.1.2. Descripción de los instrumentos utilizados

3.1.2.1. Cuestionario a cumplimentar por al menos uno de los padres, el tutor legal o educador

Child Behaviour Checklist (CBCL; Achenbach, 1991a), evalúa la presencia de psicopatología en el menor a través de la visión de los padres; agrupa las puntuaciones obtenidas de los 113 ítems con tres posibilidades de respuesta (0=falso, 1= de alguna manera o algunas veces es verdad, 2= muy cierto o a menudo

cierto) en 10 escalas (ocho principales: aislamiento, quejas somáticas, ansiedad/depresión, problemas sociales, obsesividad, problemas atencionales, comportamiento delictivo y comportamiento agresivo; además de una de autodestructividad y problemas de identidad, y una última que engloba otros problemas) más dos globales que indican internalización y externalización. Se aplica la misma escala para niños de 4 a 18 años, pero la corrección cuenta con baremos en dos grupos de edades (4-11 y 12-18).

3.1.2.2. Cuestionarios a cumplimentar por el paciente

Youth Self Report (YSR; Achenbach, 1991b; Achenbach y Rescorla, 2000), versión paralela al CBCL para el autoinforme de los adolescentes de 11 a 18 años sobre su conducta y dificultades. Cuenta con el mismo número de ítems y las mismas escalas que la anterior.

Tanto el CBCL como el YSR incluyen una serie de ítems previos en los que se recoge información sobre actividades que realiza el niño, rendimiento escolar, problemas en la escuela, otras enfermedades, y un espacio para la descripción de qué es lo que más preocupa a los padres sobre su hijo y del paciente sobre sí mismo y cualidades de éste último. Esta información no ha sido utilizada en el estudio, a excepción del ítem que cuestiona sobre si el paciente ha repetido algún curso, que sí se ha incluido como variable en el análisis.

Adolescent Drug Involvement Scale (ADIS; Moberg P, 1982), versión en castellano. Se trata de una herramienta de evaluación autoinformada del consumo de diferentes sustancias, que consta de dos partes: una primera que registra el historial de consumo de diferentes drogas en términos de frecuencia, y una segunda que recoge en 12 ítems la implicación en el consumo de drogas (motivaciones, consecuencias, sensación de control, etc.), con diferentes opciones de respuesta que se pueden escoger de forma simultánea, aunque para la corrección puntúa sólo la opción de mayor peso. Una puntuación total igual o superior a 37 puntos indica una mayor problemática respecto a su consumo.

Además incluimos unas preguntas encaminadas a recoger *información de la cantidad consumida habitualmente de cada droga y de las consecuencias negativas* padecidas en relación a su consumo, que serán utilizados para la descripción cualitativa de la muestra.

Cuestionario sobre el historial de consumo de tabaco y alcohol, elaborado específicamente para este proyecto con la finalidad de recoger la información proporcionada por el propio adolescente sobre cantidad, frecuencia y consecuencias de su consumo de tabaco y alcohol, en los casos afirmativos.

3.1.2.3. Escalas a cumplimentar por el profesional que atiende al menor

Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), del eje V del DSM-IV-TR; (American Psychiatric Association, 2002) en la que se recoge la actividad psicosocial, social y laboral-escolar de los pacientes referida a la valoración en un momento determinado (en la consulta de recogida de datos). Es un instrumento aplicado por el clínico en el que se selecciona una categoría de actividad global en un gradiente decreciente de 100-1, el cual se encuentra subdividido en categorías bien definidas en intervalos de 10 puntos entre cada una de ellas. El máximo nivel de actividad se valora con el 100.

Escala de Impresión Clínica Global-ICG (Clinical Global Impression, CGI), escala de severidad. Se trata de una escala de amplia difusión en clínica e investigación en Psiquiatría. Evalúa a juicio del profesional que atiende al paciente el nivel de gravedad del mismo en un gradiente en 7 categorías (1: normal, no enfermo; 2: dudosamente enfermo; 3: levemente enfermo; 4: moderadamente enfermo; 5: marcadamente enfermo; 6: gravemente enfermo; 7: extremadamente enfermo), todo ello independientemente del trastorno psiquiátrico que pueda presentar.

3.1.2.4. Ficha de datos a cumplimentar por el investigador

Se recogieron en una ficha los datos sociodemográficos de los sujetos (fecha de nacimiento, nivel de estudios, ocupación actual, residencia) además de datos clínicos en referencia a antecedentes psicológicos y/o psiquiátricos personales y familiares, motivo de consulta por el que acuden al CSMIJ u hospital, diagnóstico principal y comórbidos (de acuerdo a DSM-IV-TR o CIE-10) y tratamiento recibido.

3.1.3. Análisis estadístico

Para el análisis descriptivo de los datos se realizaron análisis de frecuencias, porcentajes y los estadísticos descriptivos habituales como media y desviación típica.

Para el análisis de la relación entre el consumo de cannabis y las distintas variables sociodemográficas, clínicas y de hábitos de consumo de las dos muestras (ambulatoria y hospitalaria) se realizaron análisis bivariados de comparación de medias (T de Student) y tablas de contingencia (Chi cuadrado) en función del tipo de variable.

3.2. RECOGIDA DE INFORMACIÓN SOBRE ESQUEMAS ORGANIZATIVOS Y TERAPÉUTICOS PARA LA ATENCIÓN A ADOLESCENTES CON CONSUMO DE CANNABIS U OTRAS DROGAS EN SALUD MENTAL INTRA Y EXTRAHOSPITALARIA DE OSAKIDETZA (OBJETIVO 2)

Encaminados al estudio del objetivo nº 2 de esta investigación se recogió información en cada uno de los centros participantes en el estudio respecto a las técnicas, abordajes terapéuticos, esquemas organizativos empleados y capacidad asistencial de los dispositivos intra y extrahospitalarios de Salud Mental de Osakidetza para atender a los adolescentes con consumos de cannabis u otras drogas.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación los detallaremos siguiendo el orden de los objetivos de la misma. A la vez realizaremos la discusión de dichos resultados para optimizar la contextualización de los mismos.

4.1. **PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA RELACIONADA CON EL CONSUMO DE CANNABIS U OTRAS DROGAS EN ADOLESCENTES ATENDIDOS EN SALUD MENTAL INTRA Y EXTRAHOSPITALARIA DE OSAKIDETZA**

A continuación pasamos a detallar los resultados del análisis de la muestra estudiada. En primer lugar abordaremos los aspectos generales de la muestra total y a continuación diferenciaremos los resultados en cada uno de los grupos de pacientes: los atendidos a nivel ambulatorio y los que precisaron ingreso psiquiátrico.

4.1.1. **Descripción de la muestra total**

Se logró la inclusión de 167 sujetos en el estudio, 116 pertenecientes a los CSMIJ, 48 procedentes de hospitalización, y tres sujetos procedentes de los centros específicos de Toxicomanías, razón por la cual se ha excluido a estos últimos del análisis posterior ya que no suponen una muestra suficientemente representativa. El 59% de la muestra son varones, la edad media 14,74 años (1,36 DE), en un rango de inclusión de 13 a 17 años. Una descripción más amplia de la muestra general se puede ver en la siguiente Tabla Nº 6.

Tabla 6: **Descripción de la muestra total**

	Total casos	Casos ambulatorios	Casos hospitalizados	Casos CSM Toxicomanía
Varones	99 (59,3%)	69	27	3
Mujeres	68 (40,7%)	47	21	0
TOTAL	167	116	48	3
Edad media (DE)	14,74 (1,36)	14,45 (1,36)	15,33 (1,12)	16,33 (0,58)
Adoptado	7 (4,19%)	4 (3,45%)	2 (4,17%)	1 (33,33%)
Inmigrante	15 (8,98%)	9 (7,76%)	6 (12,50%)	0
Reside con ambos padres	92 (55,09%)	68 (58,62%)	22 (45,83%)	2 (67%)
Consumo drogas (último mes)	43 (25,75%)	14 (12,07%)	26 (54,17%)	3 (100%)
Consumo cannabis alguna vez	52 (31,14%)	21 (18,10%)	28 (58,33%)	3 (100%)
Alcohol (último mes)	62 (37,13%)	32 (27,59%)	27 (56,25%)	3 (100%)
Tabaco (último mes)	47 (28,14%)	19 (16,38%)	26 (54,17%)	2 (66%)

El 25,75% del global de los pacientes refería haber consumido alguna droga en el último mes, siendo considerablemente mayor en los pacientes que han requerido hospitalización (54,17%) que en los atendidos en CSM infanto-juveniles (12,07%). Respecto al consumo de cannabis, el porcentaje de los que lo han probado al menos una vez (incluidos los que lo consumen habitualmente) aumenta al 31% de la muestra, manteniéndose el porcentaje superior en hospitalización (58,33%) respecto a ambulatorios (18,10%; si bien 11,2% de esta muestra no responden a esta cuestión).

Ya hemos referido en la introducción cómo en adolescentes con trastornos psiquiátricos las tasas de comorbilidad con un trastorno por uso de sustancias varía entre el 11% y el 70% dependiendo del lugar de recogida de la muestra (atención primaria o atención en salud mental; servicios de atención a toxicomanías o salud mental infanto-juvenil; atención ambulatoria u hospitalizados), el tipo de sustancia consumida (legal o ilegal) y el tipo de trastorno por uso de sustancias (abuso vs. dependencia) (Díaz *et al.*, 2011).

Comparando nuestros resultados con los hallados por Díaz *et al.*, (2011), estudio en el que valoran una muestra de 237 adolescentes que reciben atención en salud mental ambulatoria, vemos cómo la prevalencia de consumo de cannabis alguna vez en la vida de nuestra muestra ambulatoria es menor que la referida por estos autores (18,10% vs. 44,3%). Es probable que la explicación se deba a que en nuestro caso hayamos tenido un sesgo en la detección de casos en la muestra ambulatoria, puesto que incluso la tasa recogida es inferior a la correspondiente a la población general de esa edad evidenciada en la encuesta estatal ESTUDES (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2014), según la cual el consumo de cannabis en jóvenes estudiantes de 14-18 años en el 2010 en España era del 33% y en el 2012 del 33,6% (recordemos que la recogida de los casos la realizamos en el 2011).

Nuestros resultados de consumo de cannabis alguna vez en la vida de la muestra hospitalaria (58,33%) son semejantes a los hallados por otros autores, como Niethammer y Frank (2007), quienes hallan un 60% en dicha tasa en su muestra de pacientes de 14-17 años que han precisado de hospitalización psiquiátrica.

4.1.2. **Análisis de la muestra ambulatoria de casos atendidos en dispositivos de Salud Mental infanto-juveniles de Osakidetza**

4.1.2.1. **ANÁLISIS DESCRIPTIVO**

4.1.2.1.1. **Datos sociodemográficos**

La muestra estaba formada por un total de 116 sujetos. Como se describe en la Tabla 6, el 59% son varones frente a un 41% de mujeres, con una edad media de 14,45 años (DE 1,36). El 3,45% son adoptados, y el 7,76% inmigrantes, procediendo éstos en su mayoría de países sudamericanos, excepto un centro europeo y dos de países del este.

Residían con ambos padres el 58,62%, con padre o madre el 34,5%, con otros familiares el 3,4% y en hogares funcionales o centros residenciales el 3,4%.

El 98,3% de ellos estudiaba en el momento de la evaluación, habiendo repetido algún curso un 37%.

4.1.2.1.2. **Datos clínicos**

Respecto a los resultados clínicos de los adolescentes de la muestra ambulatoria destaca cómo el 12,9% (15 casos) habían precisado **ingreso psiquiátrico con anterioridad**. El 34,5% (40 casos) habían recibido **atención en Salud Mental antes de los 10 años de edad**; el 56,9% (66 casos) habían precisado **atención en Salud Mental entre los 10 años y los seis meses previos a la valoración** para este pro-

yecto; el 81% (94 casos) estaba en **tratamiento en Salud Mental infanto-juvenil en los seis meses previos** y dos casos (1,7%) habían recibido **tratamiento previo por toxicomanía**. También es importante señalar que dos casos (1,7%) presentaban antecedentes **judiciales**.

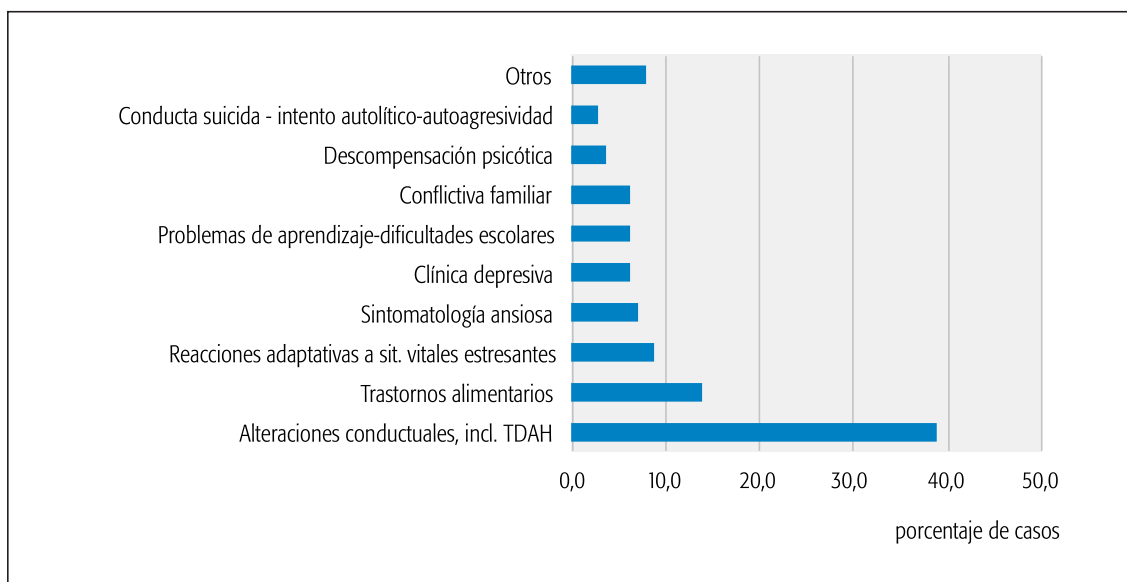
Respecto a **antecedentes familiares psiquiátricos** (familia nuclear y familiares de segundo grado), esta muestra presentaba las siguientes características:

- El 49,1% de los casos carecían de antecedentes familiares de tratamiento psiquiátrico. El 21,6% de los casos se caracterizaban por tener antecedentes de tratamiento psiquiátrico en padres, el 6% en hermanos; y en padres y hermanos el 2,6%.
- Respecto al antecedente familiar de ingresos psiquiátricos, éste había acontecido en los familiares del 7,2% de los casos. En el 6% de los casos había requerido de ingreso psiquiátrico un progenitor del menor y en el 0,9% de los casos un hermano.
- Antecedentes familiares de alcoholismo fueron referidos en el 14,7% de los casos, siendo específicamente en padres en el 4,3% de los sujetos.
- Antecedentes familiares de toxicomanía presentaron el 13,8% de los adolescentes. En el 5,2% referidos a padres y en 0,9% a hermanos.

El tiempo medio que llevaban siendo atendidos estos pacientes fue de 532,65 días (DE 845.74) con un rango de 14 642 días; un 20,7% habían reiniciado consultas al menos una vez.

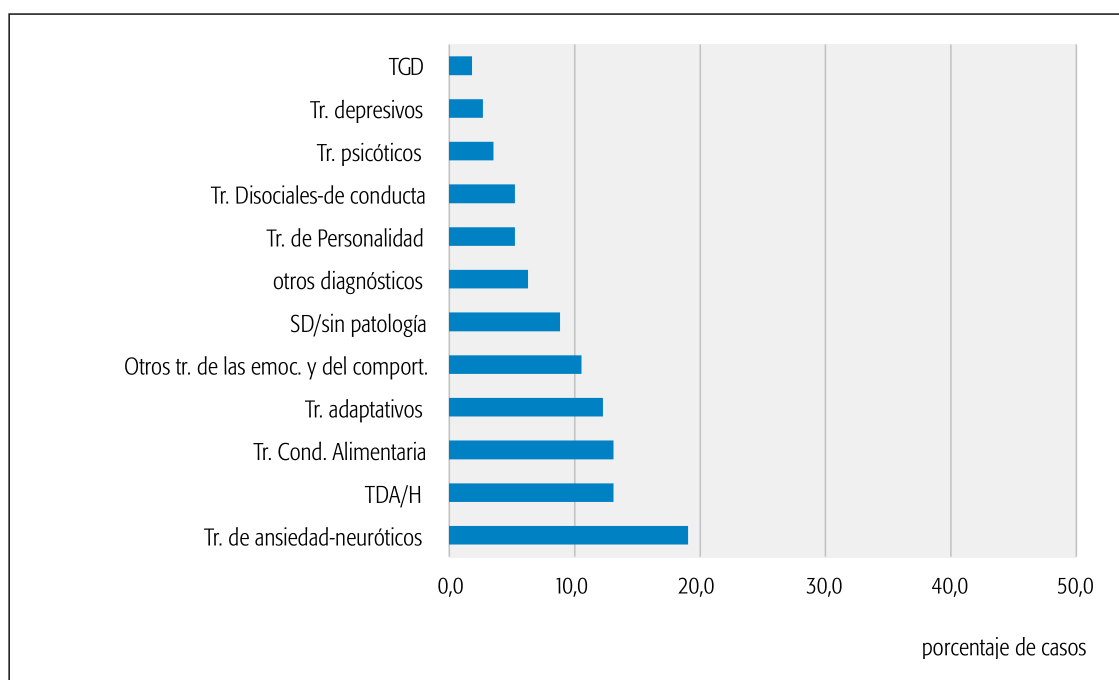
El motivo de consulta más común en la muestra ambulatoria (39% de los casos) fueron las alteraciones conductuales y trastornos del comportamiento, englobando aquí el TDAH (Trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad), seguido por los trastornos alimenticios (anorexia, bulimia) en un 14% (Gráfico 1).

Gráfico 1. Motivo de consulta muestra CSM



En cuanto a los **diagnósticos psiquiátricos** de estos sujetos, los más frecuentes fueron los Trastornos neuróticos o de ansiedad (19%), seguidos por el TDAH y los Trastornos de la conducta alimenticia (ambos 13%), destacando también los diagnósticos de Trastornos adaptativos y otros trastornos de las emociones (12% y 10% respectivamente) (Gráfico 2).

Gráfico 2. Diagnósticos psiquiátricos muestra CSM

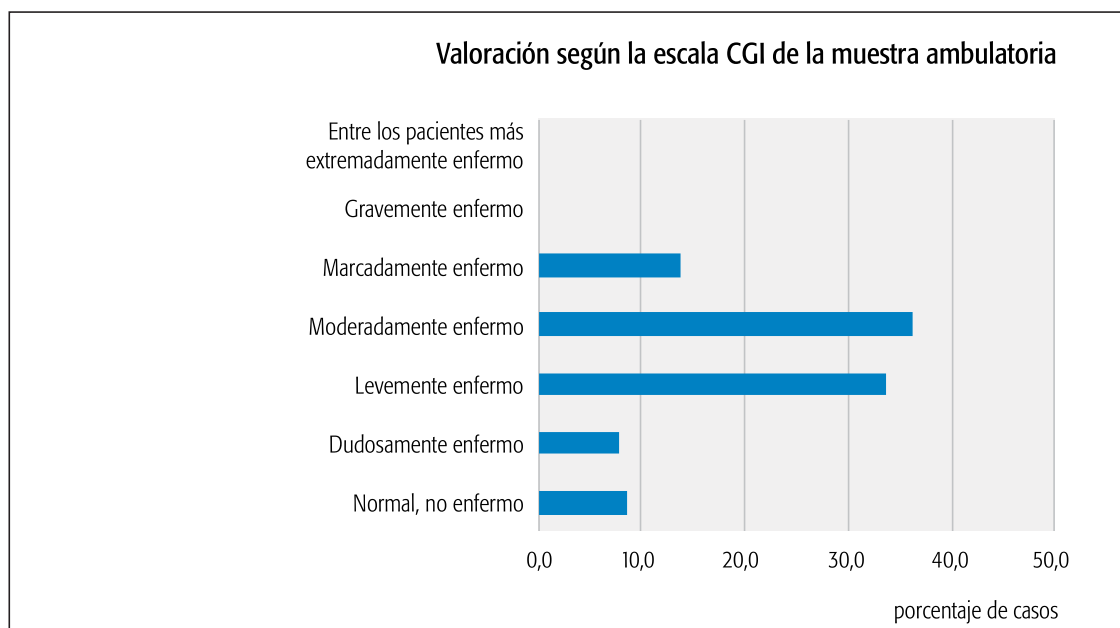


El 25% de los casos presentan otro trastorno psiquiátrico comórbido, y el 6% presentan un trastorno psiquiátrico comórbido relacionado con el consumo de cannabis. No obstante, dada la baja prevalencia de consumo de cannabis detectada en nuestra muestra ambulatoria es necesario tomar este dato de comorbilidad con una cierta duda.

El 37% de los casos recogidos en los CSM infanto-juveniles recibía tratamiento farmacológico, siendo los fármacos más prescritos los psicoestimulantes (15,5%) y los antipsicóticos (11,2%), además de anti-depresivos, ansiolíticos y antiepilépticos en porcentajes inferiores. A su vez, un 65% de los pacientes ambulatorios estaban recibiendo tratamiento psicoterapéutico con abordajes dirigidos al paciente, y un 22% con abordajes dirigidos tanto al propio paciente como a la familia, por lo que tan sólo un 13% no estaba recibiendo tratamiento psicoterapéutico.

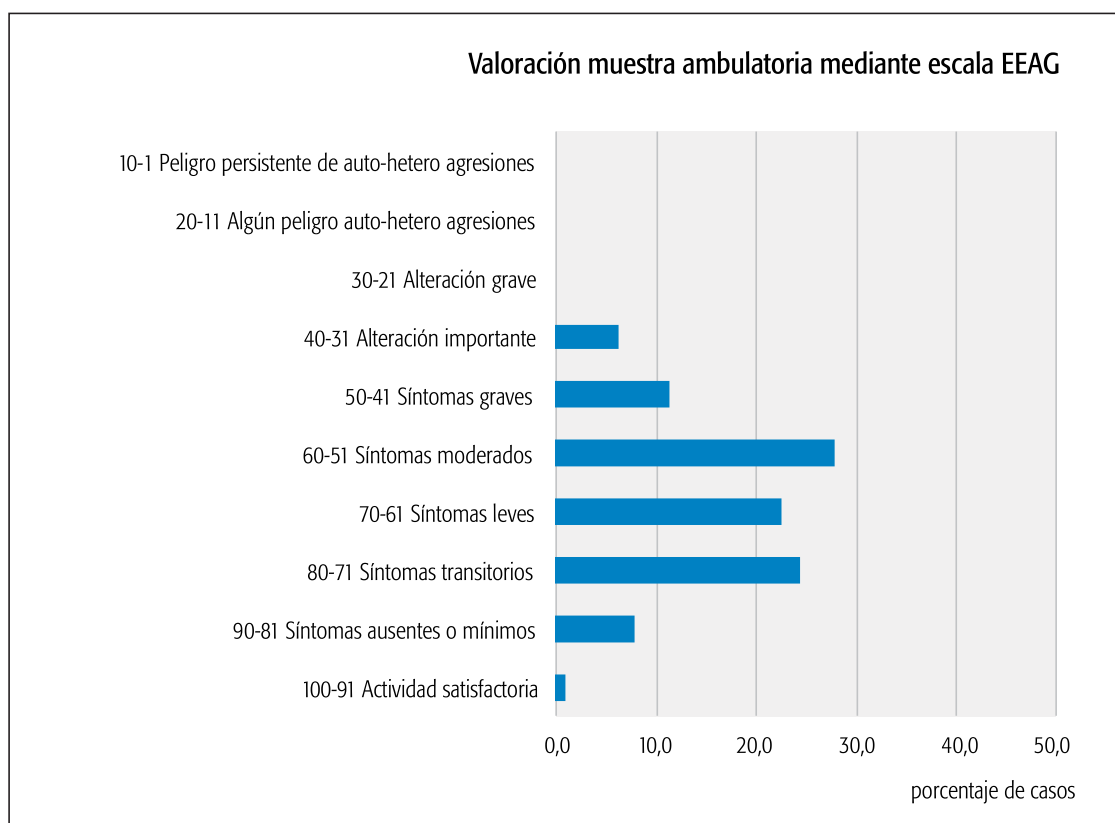
Respecto a la valoración de la gravedad de los pacientes según la escala ICG (escala de severidad), en base al criterio del clínico que atendía al menor, vemos en el Gráfico 3 cómo el 70% de los pacientes se valora entre leve y moderadamente enfermos, mientras que un 16% estaría dudosamente enfermo o incluso sin patología, y el 14% se considera como marcadamente enfermo. Las dos categorías de más gravedad no recogen ningún caso de la muestra ambulatoria.

Gráfico 3. Valoración de la gravedad clínica: ICG, muestra de CSM



Resultados semejantes se obtienen mediante la valoración de la escala EEAG (Gráfico 4): un 74% de los casos son clasificados como síntomas moderados, leves o transitorios; un 17% de gravedad mayor (síntomas graves o alteraciones importantes) y un 9% sin patología.

Gráfico 4. Valoración EEAG, muestra CSM



4.1.2.1.3. Datos sobre consumo de tabaco

El 16% de la muestra ambulatoria afirma fumar tabaco (n=19). Si bien el 10% de la muestra no responde a esta cuestión. La frecuencia de consumo que reconocen es en la mayoría «a diario», con prácticamente el 70% de los casos.

A diferencia de los resultados respecto al consumo de cannabis en esta muestra los cuales reflejaban una prevalencia muy inferior a la de la población general según ESTUDES 2012-13, la tasa de fumadores hallada sí va en consonancia con los resultados de dicha encuesta estatal: en el 2010 el 11% de los varones y 13,6% de las mujeres estudiantes de 14-18 años refería fumar a diario; en el 2012 dichas cifras eran del 12% y 13,1% respectivamente (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2014).

Respecto al inicio del consumo de tabaco, la mayoría referían haberlo iniciado a los 14 años (42,1%), seguidos por los que lo inician entre los 10 y los 13 años (36,8%). Un 10,5% inician incluso antes de los 10 años, y otro 10,5% a los 15 años.

En cuanto a la cantidad de cigarros que fuman los días que lo hacen, la mayoría (58%) están entre 4 y 9 cigarros, con un 16% de los que fuman tanto de 1 a 3 como de 10 a 15 y tan sólo un 10% que dicen fumar más de 16 cigarros diarios. Estos resultados son semejantes a los hallados en ESTUDES 2012-13: en el 2010 el número medio de cigarros al día que referían fumar los varones estudiantes de 14-18 años era de 5,7 y 4,8 en mujeres; en el 2012 se incrementó hasta el 6,4 en varones y 6 en mujeres (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2014).

Al cuestionarles sobre las consecuencias que provoca el consumo de tabaco, se recogen muy diversas respuestas, las más frecuentes: cáncer, «ninguna», la muerte, problemas respiratorios o pulmonares.

4.1.2.1.4. Datos sobre consumo de alcohol

El 27,6% de los adolescentes de la muestra ambulatoria refiere beber o haber bebido alcohol, el 61,2% refiere no consumirlo y el 11,2% no contesta.

La edad de inicio del consumo de alcohol que más frecuentemente refiere esta muestra de adolescentes es entre 14-15 años (16,4%) seguidos de entre 10 y 13 años (11,2%) y después de los 15 años (8,6%).

Estos resultados muestran una tasa muy inferior a la de la encuesta ESTUDES 2012-13 realizada en estudiantes españoles de 14-18 años (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2014). En este estudio hallaron en el 2010 una prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida de 75,1%, en el último año 73,6% y en el último mes de 63%. En el 2012 los resultados fueron respectivamente: 83,9%, 81,9% y 74%. Por ello debemos pensar que este dato ha sido minimizado por los sujetos de la muestra ambulatoria de este proyecto.

La valoración de la cantidad de consumo de alcohol lo realizamos mediante el cálculo de las Unidades de Bedida Estandar (UBE) siguiendo a Llopis Llacer y colaboradores (2000). UBE mide el contenido medio en alcohol de una consumición habitual. En España el valor de la UBE se establece en 10g, que equivalen al contenido medio de alcohol de una consumición de vino o de cerveza y a media de destilados.

El 62,5% de los adolescentes de la muestra refieren consumir entre 1-5 UBE de alcohol cuando beben y el 25% de 6-10 UBE.

En ESTUDES 2012-2013 (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2014) se han analizado los datos de consumo de alcohol tipo atracón («binge drinking»), el cual se define como el consumo de 5 ó más vasos o copas en unas dos horas. Según esta encuesta el porcentaje de «binge drinking» en el último mes para estudiantes de 14 años es de 18,4% para varones y 22,1% para mujeres; a los 15 años es

28,2% y 32,6% respectivamente y a los 16 años 44,8% y 40,4% respectivamente. Teniendo en cuenta que la edad media de esta muestra ambulatoria es de 14,45 años (DE 1,36), el dato del 25% de sujetos que consumen 6-10 UBE cuando toman alcohol puede representar a aquellos con un consumo del tipo atracán.

Respecto a las consecuencias que este consumo de alcohol les ocasiona, a juicio de los menores, un 71% o es no bebedor o no responde, un 16% responde «ninguna», y el 13% restante dan diversas respuestas, las más citadas: «borrachera, coma etílico o resaca».

De nuevo, recordando la encuesta ESTUDES más reciente (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2014), el dato de borracheras en los 14-16 años revela que éstas son más frecuentes entre las chicas. A la edad de 14 años refieren haberse emborrachado en el último año el 23,1% de los chicos y el 29,1% de las chicas; a los 15 años el 35,5% y el 44,6% respectivamente y a los 16 años el 52,6% y el 54,1% respectivamente.

4.1.2.1.5. Datos sobre consumo de cannabis u otras drogas: resultados del ADIS

El 18,10% de los adolescentes atendidos a nivel ambulatorio reconocen consumir cannabis. El 70,7% niegan dicho consumo y el 11,2% no contestan. Como hemos comentado previamente este dato parece poco fiable en comparación con los resultados de la encuesta ESTUDES de los últimos años. Por ello tendremos que ser reservados en los comentarios y conclusiones al respecto en esta muestra ambulatoria. Es probable que buena parte de los sujetos que no contestan en realidad sí que hayan consumido cannabis en alguna ocasión.

Alucinógenos refieren haberlos probado en el pasado y haber abandonado el consumo 3 pacientes (2,6%). Anfetaminas tomaron en el pasado dos sujetos (1,7%) habiendo cesado en el consumo, además un adolescente (0,9%) refiere consumirlas varias veces al año. Un adolescente refiere haber consumido cocaína en el pasado (0,9%), pero haber cesado en el consumo. También relata consumo en el pasado habiendo cedido dos sujetos para tranquilizantes sin receta (1,7%) y uno para inhalantes (0,9%).

Dada la baja frecuencia de consumo de otras sustancias ilegales diferentes al cannabis centraremos toda la atención del estudio en el cannabis y su influencia en el funcionamiento y psicopatología de estos sujetos.

La puntuación media extraída del ADIS en la muestra ambulatoria es de 5.41 [mín-max 0-62, DE: 12.887]. Específicamente, la puntuación media de los adolescentes que refieren consumir cannabis dentro de la muestra ambulatoria es de 28,81 (DE:15,905) siendo 37 la puntuación de corte a partir de la cual se considera patológico el consumo.

A continuación analizamos las respuestas al ADIS de aquellos sujetos que reconocían consumir sustancias. Los porcentajes que detallamos se refieren al grupo de adolescentes con consumo de cannabis alguna vez en la vida.

La edad de inicio del consumo de cannabis referida por estos sujetos se hallaba en su mayoría en el intervalo entre los 14-15 años (39,39%), seguida por los que comienzan a partir de los 10-13 años (27,27%) y a continuación los que comienzan después de los 15 años (18,18%).

La frecuencia de consumo de cannabis referido por estos sujetos en el ADIS evidencia cómo los consumos varias veces por semana (24, 24%) o diarios (18,18%) son los más frecuentes. Le siguen una o dos veces al año (15,15%) y una o dos veces al mes (12,12%). Recordemos que según los resultados de la encuesta ESTUDES 2012-13 el consumo diario de cannabis en estudiantes de 14-18 años es del 2,7% (3,8% en chicos y 1,5% en chicas) (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2014).

La última vez que han consumido fue «la semana anterior» (28,57%), seguidos de «hace algunas semanas» (19,05%) y «entre hace seis meses y un año» (14,29%). «Ayer» y «hace más de un año», ambos en la misma proporción, 9,52% cada uno. En el día de la evaluación 4,76%.

Los motivos que más frecuentemente argumentan como causa del consumo de cannabis son los siguientes (en algunos casos argumentan varios de ellos a la vez): «me gusta el efecto» (63,64%), «cuando estoy nervioso, tenso, o con muchos problemas y preocupaciones» (57,57%), «cuando estoy triste, solitario, o me siento mal conmigo mismo» (33,33%), «cuando estoy aburrido o simplemente para divertirme» (27,27%) y «para ser como mis amigos» (12,12%).

Como ya hemos comentado en la introducción los motivos de consumo de cannabis que se relacionan más estrechamente con el consumo continuo son el uso como modo de afrontar situaciones problemáticas o neutralizar emociones negativas (Vasters y Pillon, 2011). Recordemos también el estudio de Fox *et al.*, (2011) quienes encontraron cómo el consumo de cannabis para afrontar emociones negativas tenía la relación más fuerte con las consecuencias negativas de dicho consumo. Y cabe destacar cómo esos motivos están entre los tres más frecuentemente referidos por los consumidores de cannabis de esta muestra ambulatoria, dato que resulta de pronóstico más alarmante. Es probable también que la menor prevalencia de consumo de cannabis que hemos hallado en esta población sea a costa de una ocultación mayor de los casos de consumo puntual asociados al ocio. Vemos cómo en esta muestra esgrimir como respuesta «para ser como mis amigos» (consumo de cannabis como construcción de identidad) es menos frecuente que las relacionadas con paliar emociones negativas.

El modo cómo habitualmente consiguen el cannabis suele ser de diversas maneras, las más frecuentes: «las compro yo» (63,64%). En segundo lugar «de mis amigos» (48,48%), y «en fiestas» (21,21%). El 6,06% refiere tener plantas de marihuana propias para su consumo.

El momento del día en el que suelen consumir el cannabis es en su mayoría «por las tardes/después del colegio» (63,64%), seguido de «por la noche» (42,42%). A continuación en frecuencia «antes o durante la escuela o el trabajo» (24,24%) y «por la mañana o cuando me levanto» (12,12%).

El motivo o motivos por el-los que tomaron cannabis la primera vez que lo hicieron fue «curiosidad» en su mayoría (63,63%). En segundo lugar «para colocarme» (27,27%) y «para evadirme de mis problemas» (24,24%). En último lugar «me animaron mis amigos/para divertirme» (15,15%) y «me lo ofrecieron mis padres o familiares» (3,03%).

Las personas con las que suelen consumir son mayoritariamente los amigos de su edad (69,70%), seguidos de amigos de mayor edad (36,36%) o solo (33,33%). El 6,06% refiere consumirlo con sus padres o familiares.

Los efectos que han sentido al consumir cannabis han sido: «me coloqué» (72,73%), «me encontré mal» (24,24%), «me volví loco, estuve fuera de mí, me puse agresivo» (18,18%), «tomé un montón y al día siguiente no me recordaba lo que había hecho» (18,18%); y en último lugar «me desmayé» y «tuve una sobredosis» ambos el 3,03%.

Los efectos o consecuencias del consumo de cannabis en sus vidas han sido en especial en su casa («me ha hecho tener problemas en casa»: 45,45%), seguidos de disturbios («me he visto implicado en una pelea o en vandalismo»: 27,27%) y afectación en el rendimiento escolar («ha interferido en mi trabajo o en la escuela»: 21,21%) y «ha hecho que tenga un accidente, una herida, o un arresto o una expulsión del colegio» (21,21%). En menor proporción «ha interferido en que dejara de hablar con alguien» (9,09%) y «me ha impedido pasar un buen rato en alguna ocasión» (6,06%). Es además importante señalar que el 33,33% considera que no le ha producido ningún efecto.

La autopercepción con respecto al consumo de cannabis que estos adolescentes presentan refleja la banalización del mismo. El 60,60% consideran que «puedo controlarlo y ponerme límites» seguido del

39,39% en que «no veo ningún problema». En otras categorías de menor frecuencia refieren «puedo controlarme, pero me dejo influir por mis amigos» (9,09%), «he tenido que recurrir a ayuda profesional para controlar mi consumo» (9,09%) y «necesito ayuda para controlarme» (6,06%).

Tampoco perciben preocupación en las personas de su alrededor respecto a su consumo de cannabis. Así, a la pregunta de cómo le ven otras personas en relación al consumo el 72,73% responde «no lo sé o no ven ningún problema». En lugar intermedio, ambos con 15,15%, opinan «mi familia o mis amigos me aconsejan que controle o disminuya mi consumo» y «mi familia o mis amigos han pedido ayuda a profesional para mi consumo». El 9,09% reconoce que «cuando uso drogas tiendo a pasar de mi familiar o mis amigos»; y el 3,03% «mi familia o mis amigos me dicen que busque ayuda para mi consumo».

Además de las cuestiones recogidas en el ADIS se les preguntó específicamente por otras posibles consecuencias del consumo que se detallan en la siguiente tabla 7.

Tabla 7. Consecuencias del consumo de cannabis referidas por los adolescentes ambulatorios consumidores

Absentismo escolar	33%
Empeoramiento del rendimiento escolar o abandono de estudios o trabajo	14,3%
Problemas en la relación con amigos o pareja por el consumo	9,5%
Peleas provocadas por el consumo	9,5%
Castigo por parte de los padres	23,8%
Sanciones o castigos en el centro escolar por el consumo	-
Hurtos o robos de dinero u otros objetos para el consumo	19%
Arresto por la policía	4,8%
Comparecencia en Fiscalía o Juzgado de Menores	9,5%
Medida judicial impuesta	4,8%
Consumido en situaciones peligrosas	14,3%

A pesar de la baja prevalencia de consumo de cannabis referido por esta muestra de adolescentes atendidos en dispositivos ambulatorios de Salud Mental, vemos cómo las consecuencias de su consumo son evidentes: problemas en casa (45,45% según ADIS), absentismo escolar (33%), empeoramiento del rendimiento escolar o abandono del mismo (14,3%), hurtos o robos (19%) con consecuencias legales (9,5%). Esto contrasta con la banalización del consumo y la sensación de control que ellos refieren en el ADIS.

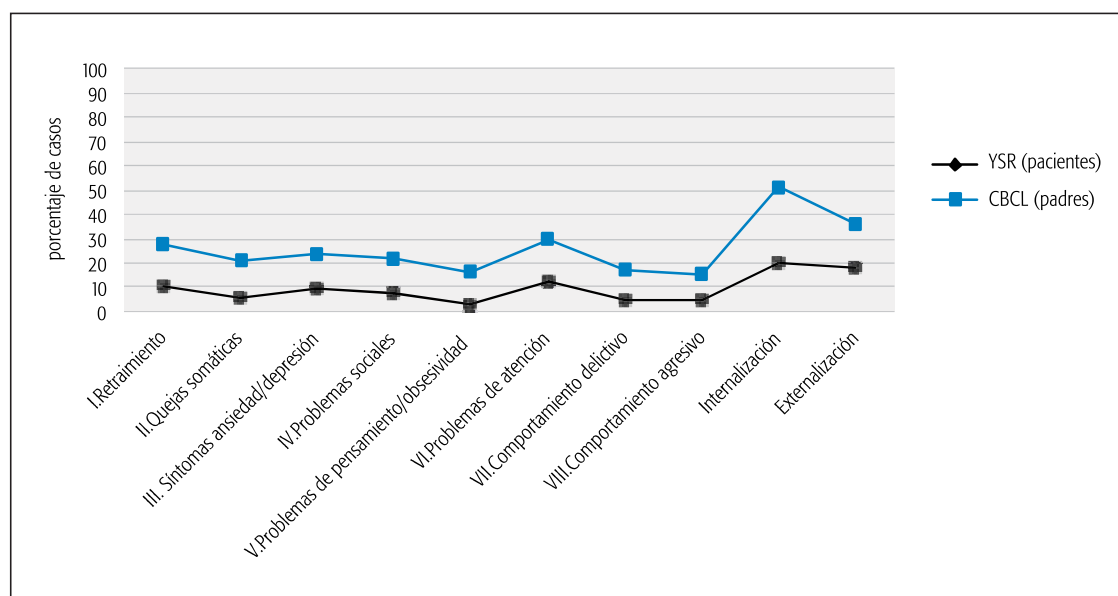
La relación entre consumo de cannabis y empeoramiento del rendimiento escolar también se ha constatado en otros estudios, como en la reciente encuesta ESTUDES. Así, entre los estudiantes de 14-18 años que habían consumido cannabis en el año previo, el 44% había requerido repetir curso, en comparación con el 27,9% de los sujetos que precisaron repetir de la muestra de no consumidores (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2014).

4.1.2.1.6. Resultados de CBCL y YSR

El CBCL (Child Behavior Checklist) y YSR (Youth Self Report) recogen de forma paralela tanto la visión de los padres o tutores (en el primero) como del propio adolescente (en el segundo) sobre la clínica que presenta este último. Se obtiene a partir de un punto de corte diferenciado por sexo, y por cada una de las escalas, la diferenciación en patológico o no patológico.

En el Gráfico nº 5 se muestra el porcentaje de casos de la muestra ambulatoria que han obtenido puntuaciones igual o por encima del corte de lo patológico, tanto según la percepción de los padres (CBCL) como de la autoevaluación del adolescente (YSR). Destaca cómo los padres perciben en mayor medida o en un nivel más patológico el malestar de sus hijos, destacando especialmente en lo referente a la escala internalizante.

Gráfico 5. % casos ambulatorios con puntuaciones
CBCL/YSR $\geq$ punto de corte de patológico



4.1.2.2. ANÁLISIS COMPARATIVO RESPECTO AL CONSUMO DE CANNABIS EN LA MUESTRA AMBULATORIA

Para poder valorar si el consumo de cannabis se encuentra relacionado con algún aspecto sociodemográfico o clínico de la muestra de adolescentes atendidos en Salud Mental ambulatoria, se realizó un estudio comparativo entre los sujetos que referían consumir o haber consumido cannabis alguna vez en la vida y aquellos que no lo habían consumido nunca.

4.1.2.2.1. Datos sociodemográficos

La edad resultó ser una variable diferenciadora entre ambas poblaciones: la edad media de los adolescentes que no consumían cannabis era de 14,10 años (1,203 DE) en comparación con la media de 15,57 (1,165 DE) de los que sí reconocían consumir ($p=0.000$). Este dato va en consonancia con los hallazgos de que a mayor edad en la adolescencia el consumo de cannabis se incrementa, especialmente a partir de los 15 años. Recordamos la Tabla 2 con los datos de la encuesta ESTUDES, donde se refleja claramente cómo en el paso de 14 a 15 años la prevalencia del consumo de cannabis se incrementa prácticamente el doble.

Sin embargo el sexo no resultó diferenciar a ambas poblaciones: de los sujetos que reconocían el consumo el 61,9% eran varones y 38,1% mujeres; en comparación con el 58,5% y 41,5% respectivamente en el grupo de no consumidores ($p=0,949$). Este dato es opuesto al habitualmente reflejado en la literatura (como mencionamos en el apartado 1.3.4) en cuanto a que los varones suelen presentar en mayor frecuencia que las mujeres el consumo de esta sustancia.

El ser adoptado o inmigrante no mostró diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos. Cabe mencionar que encontramos cuatro sujetos adoptados en el grupo de los no consumidores de cannabis y ninguno en el otro. Respecto a inmigrantes hallamos tres casos en el grupo de consumidores y siete en el de sin consumo.

Respecto al **Lugar de residencia** se halló cómo existían diferencias estadísticamente significativas entre los adolescentes que residían en sus familias respecto de los que residían en centros residenciales (hogares funcionales, centros de menores) respecto del consumo de cannabis ($p=0,011$): el 14,3% de los adolescentes que reconocían consumo de cannabis vivían en centros residenciales en comparación al 3,4% en el caso de los no consumidores. Es posible que los problemas de conducta que presentan en mayor medida los sujetos con consumo de cannabis (previos al consumo y consecuencia del mismo también, como veremos más adelante en los resultados clínicos) sea un motivo fundamental por el que han requerido en mayor medida residir en centros específicos, y por ello encontremos esta diferencia en ambas poblaciones.

Estos problemas de conducta se reflejan también en el hallazgo de diferencias significativas entre los dos grupos de sujetos en cuanto a **Antecedentes personales judiciales**: el 16,7% de los consumidores y el 0% de los que no consumen presentaban estos antecedentes ($p=0,004$).

A nivel de la **Ocupación habitual** de estos adolescentes, se halló tendencia hacia la diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos ($p=0,070$): en los que consumen cannabis el 95,2% estudia y el 4,8% carece de ocupación escolar o laboral; en comparación con el 98,3% y 1,7% respectivamente en el grupo sin consumo.

4.1.2.2.2. Datos clínicos

Hallamos diferencias estadísticamente significativas ($p=0,018$) en cuanto al antecedente de **ingreso psiquiátrico previo**. Así, el 28,6% de los que consumen ha precisado un ingreso psiquiátrico previo comparativamente con el 7,3% de los no consumidores. Este dato refleja el mayor nivel de gravedad asociado a la población adolescente que consume cannabis.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos respecto al antecedente de **Tratamiento en Salud Mental antes de los 10 años de edad** ($p=0,158$). Si bien el 42,9% de los consumidores de cannabis y el 28% de los no consumidores había seguido tratamiento en Salud Mental antes de los 10 años de edad. Tampoco se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al antecedente de **Tratamiento en Salud Mental entre los 10 años y los seis meses previos a la valoración** ($p=0,094$): habían precisado de dicho tratamiento el 57,1% de los consumidores y el 52,4% de los que no consumen. Es importante destacar que de los 11 casos en que no se conocía el dato del consumo, en el 84,6% habían precisado de tratamiento en Salud Mental entre los 10 años y los 6 meses previos a la valoración.

El 76,2% de los consumidores de cannabis y el 81,7% de los no consumidores estaba en **Tratamiento en Salud Mental en los seis meses previos a la valoración**, no reflejando por tanto diferencias significativas en dicha variable ($p=0,797$).

El antecedente de **Tratamiento por Toxicomanía**, como era de esperar, aportó información diferenciadora de ambos grupos ($p=0,010$). El 9,5% de los sujetos que consumen cannabis y ninguno del grupo sin consumo habían recibido tratamiento específico en centros especializados en Toxicomanías.

Ambos grupos también se diferenciaron por otros hábitos de consumo: tabaco y alcohol.

Respecto al **consumo de tabaco**, el 76,2% de los adolescentes que consumen cannabis reconocen fumar tabaco en comparación con el 2,4% de los no consumidores de cannabis ($p=0,000$). Comparando estos datos con los de Díaz *et al.*, (2011), vemos cómo nuestros sujetos relatan un hábito de mayor frecuencia (en la muestra de dichos autores, adolescentes en tratamiento en salud mental, el 50,6% refería fumar). Y específicamente sobre la asociación entre tabaco y cannabis que nosotros hallamos en esta muestra es importante recordar que es un dato ya replicado en otros estudios, como el de Mayet *et al.*, (2012) quienes en una muestra de 29 393 adolescentes, encuentran cómo el hábito de fumar generalmente precede al consumo de cannabis y otras drogas: el 93% de los consumidores diarios de cannabis habían antes fumado diariamente; y el 98% de los consumidores diarios de otras drogas habían iniciado el consumo de tabaco previamente. También Swift y colaboradores (2008) analizan de modo prospectivo la evolución a los 24 años de edad de un extenso grupo de adolescentes estudiantes de enseñanza secundaria consumidores de cannabis. Hallan una asociación independiente entre el consumo persistente de tabaco en los adolescentes y el uso problemático de cannabis a los 24 años, especialmente presentar dependencia a cannabis. Estos autores defienden que esta asociación es debida a la existencia de una vulnerabilidad común a la dependencia tanto de cannabis como de nicotina, influida por compartir factores de riesgo genéticos e influencias ambientales, tales como la vía común de administración y el milieu asociado con el consumo de cannabis y nicotina. Añaden que es posible que los efectos farmacológicos del consumo concurrente de cannabis y nicotina sobre el cerebro adolescente en desarrollo puedan establecer vías cerebrales que refuercen mutuamente el consumo continuo y la dependencia de ambas sustancias.

En cuanto al **consumo de alcohol**, el 76,2% de los adolescentes que consumen cannabis refieren consumir alcohol en comparación con el 18,3% del grupo sin consumo de cannabis ($p=0,000$). La tasa de consumo de alcohol que refieren estos adolescentes se refiere a aquellos que consideran que beben con regularidad. Se trata de una cifra alta en el caso de los que consumen cannabis, mayor que la publicada en la encuesta ESTUDES (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2014), donde se documenta cómo en el año 2012 el 74% de los estudiantes de 14-18 años refiere haber consumido alcohol en el último mes. Comparando nuestros datos con el estudio de Díaz *et al.*, (2011), sobre una muestra de 237 adolescentes atendidos en salud mental y en el que evidencian cómo el 55,8% bebe alcohol al menos de modo ocasional, nuestros sujetos que consumen cannabis incluso superarían esta frecuencia de consumo de alcohol.

También hallamos diferencias estadísticamente significativas entre el consumo de cannabis y la media de UBE (Unidades de Bebida Estandar) de alcohol que cuando beben suelen tomar. Los sujetos que consumen cannabis cuando beben ingieren una media de 4,20 UBE (3,286 DE) en comparación con una media de 0,47 UBE (1,187 DE) en el caso de los adolescentes que no consumen cannabis ($p=0,000$). Por lo tanto, no sólo está estrechamente relacionado el consumo de cannabis con el de alcohol, sino que aquellos que consumen cannabis cuando beben alcohol lo hacen en mayor intensidad, reflejando la problemática en relación con los tóxicos que estos adolescentes presentan.

Respecto a los **antecedentes familiares de tratamiento en Salud Mental ambulatorio** no se encontraron diferencias entre ambos grupos: el 52,4% de los familiares del grupo de los consumidores y el 40,2% del grupo de los no consumidores había requerido de tratamiento en Salud Mental ambulatorio ($p=0,393$).

Tampoco hallamos diferencias respecto a **antecedentes familiares de tratamiento por Toxicomanía** ($p=0,338$) o por **alcoholismo** ($p=0,338$). Si bien cabría pensar en una posible ocultación de esta información por parte de los sujetos del estudio y sus familiares.

El **Motivo de consulta** por el que se atiende a estos adolescentes en el dispositivo de Salud Mental no reflejó diferencias estadísticamente significativas ($p=0,348$). En la Tabla 8 se detallan los resultados. Es muy relevante destacar cómo el motivo de consulta de Alteración de conducta es el más frecuente en

ambos grupos, como es habitual en las consultas de Salud Mental en la adolescencia, pero es en el grupo con consumo de cannabis donde la prevalencia es muy elevada. Así mismo hay que hacer hincapié en la mayor frecuencia de sujetos que acuden a las consultas por descompensación psicótica en el grupo con consumo de cannabis, junto con conducta suicida y clínica depresiva. Esta información la confirmaremos en el apartado dedicado al diagnóstico psiquiátrico.

Tabla 8. **Motivos de consulta en Salud Mental**

MOTIVO DE CONSULTA	CANNABIS SI	CANNABIS NO
Alteración de conducta	52,4%	36,6%
Descompensación psicótica	9,5%	2,4%
Depresión-conducta suicida	14,3%	6,1%
Ansiedad- reacción adaptativa	9,5%	17,1%
Trastornos de alimentación	4,8%	17,1%
Otros	9,5%	20,7%

Paralelos a los resultados hallados en cuanto al motivo de consulta, ambos grupos sí se diferenciaron respecto al **Diagnóstico psiquiátrico** que emitieron los clínicos que les atendían en el momento de la valoración ($p=0,001$). En el grupo de los que relatan consumo de cannabis los diagnósticos más frecuentes fueron los Trastornos disociales y Trastornos de ansiedad/neuróticos (ambos 23,8%), seguidos de Otros Trastornos de las emociones y el comportamiento (14,3%) y los Trastornos psicóticos y de personalidad (ambos 9,5%). Sin embargo en el grupo de los no consumidores los diagnósticos más frecuentes fueron los Trastornos de ansiedad/neuróticos (18,3%), los Trastornos de la Conducta Alimentaria (17,1%) y el TDAH (13,4%). De modo más detallado se refleja en la siguiente tabla (Tabla 9).

Tabla 9. **Diagnósticos psiquiátricos de los sujetos del estudio**

DIAGNÓSTICO	CANNABIS SI	CANNABIS NO
Trastornos de ansiedad/neuróticos	23,8%	18,3%
Trastornos disociales	23,8%	1,2%
TDAH	4,8%	13,4%
Otros trastornos de las emociones y del comportamiento	14,3%	11%
Trastornos depresivos	4,8%	1,2%
Trastornos psicóticos	9,5%	2,4%
Trastornos adaptativos	0%	15,9%
Trastornos de conducta alimentaria	4,8%	17,1%
Trastornos de personalidad	9,5%	2,4%
Trastornos generalizados del desarrollo	0%	2,4%
Otros	0%	4,9%
Pendiente de diagnóstico	4,8%	9,8%

La asociación entre consumo de cannabis y problemas o trastornos de conducta está muy documentada, como hemos detallado en el apartado de Introducción. Se ha visto que los problemas de conducta tanto anteceden como ocurren a consecuencia del consumo de cannabis. En cuanto a las evidencias de lo segundo, recordemos estudios como el de Pedersen *et al.*, (2001), prospectivo con una muestra nacional de 2536 adolescentes seguidos durante año y medio, en el que hallan una estrecha asociación entre la presencia de problemas de conducta precoces y el posterior inicio del consumo de cannabis. En otro estudio, Fergusson *et al.*, (2002), longitudinal de 21 años de duración de una cohorte de 1265 niños valorados desde el nacimiento hasta los 21 años de edad, evidencian cómo en los sujetos de 14-15 años consumidores semanales de cannabis el riesgo (odds ratio, OR) de presentar conductas delictivas se incrementaba en 3,7 veces con respecto a los no consumidores.

Finalmente recordamos dos revisiones bibliográficas. En primer lugar la revisión de Armstrong y Costello (2002), en la que destacan cómo los Trastornos disruptivos (y especialmente los trastornos de conducta o disociales) son los más prevalentes en comorbilidad con los Trastornos por uso de sustancias en la adolescencia, con una media del 46% considerando los estudios revisados. En cuanto al riesgo que los Trastornos por consumo de sustancias incrementan para presentar un Trastorno disruptivo hallan cómo la media se encuentra en torno a un OR de 4 (variando entre 1 y 32). Y en segundo lugar, en la revisión de Couwenbergh *et al.*, (2006), estos autores señalan cómo los trastornos comórbidos más prevalentes con el consumo de alcohol y cannabis en el adolescente son los Trastornos de conducta o disociales (con frecuencias que oscilan del 24-82%). Estos porcentajes están en consonancia con el 30,6% hallado en estos pacientes de la muestra ambulatoria con consumo de cannabis.

Respecto a los síntomas psicóticos, vemos en nuestros datos cómo el 9,5% de los adolescentes que consumían cannabis frente al 2,4% de los que no lo consumían, presentaban un Trastorno psicótico. Este es un dato muy alarmante, porque vemos reflejada la relación entre cannabis y psicosis ya extensamente documentada, como referimos en la Introducción.

Estos datos están en consonancia con lo referido por Shapiro y Buckley-Hunter (2010) en cuanto a que el 15% de los consumidores de cannabis refieren haber experimentado síntomas psicóticos, y además, el riesgo de presentar síntomas psicóticos se multiplica por 7 en aquellos que han consumido la sustancia más de 50 veces.

La prevalencia de trastornos depresivos en esta muestra de adolescentes en tratamiento de salud mental ambulatorio vemos cómo es superior en aquellos que refieren consumir cannabis (4,8% vs. 1,2%). Este dato lo hallaremos de nuevo en la muestra hospitalaria, donde los discutiremos al hilo de las publicaciones científicas.

Hallamos también diferencias estadísticamente significativas en relación con el diagnóstico de una conducta patológica (**consumo perjudicial, abuso o adicción**) del consumo de cannabis ($p=0,002$). Así el 19% de los adolescentes que consumen cannabis en esta muestra ambulatoria presentan un consumo de estas características.

El estudio comparativo aplicando las **escalas ICG y EEAG** también reveló resultados relevantes.

Para la valoración del ICG (severidad) comparando los adolescentes que referían haber consumido alguna vez cannabis respecto a los que no procedimos a la agrupación de las categorías 1 (no enfermo), 2 (dudosamente enfermo) y 3 (levemente enfermo) en una sola. Los resultados revelaron cómo los sujetos que habían consumido cannabis se hallaban en mayor medida en las categorías de mayor gravedad: no enfermo a levemente enfermo el 38,1%, moderadamente enfermo el 42,9% y marcadamente enfermo el 19%. En comparación con 57,3%, 32,9% y 9,8% respectivamente para la muestra sin consumo. Esta relación mostró una tendencia hacia la diferencia estadísticamente significativa: $p=0,081$. Analizando las puntuaciones medias del ICG (considerando el valor asignado a cada categoría) hallamos una media en el grupo de consumidores de 3,76 (0,831 DE) y en el de no consumidores de 3,22 (1,100 DE), resultando estadísticamente significativa la diferencia ($p=0,038$).

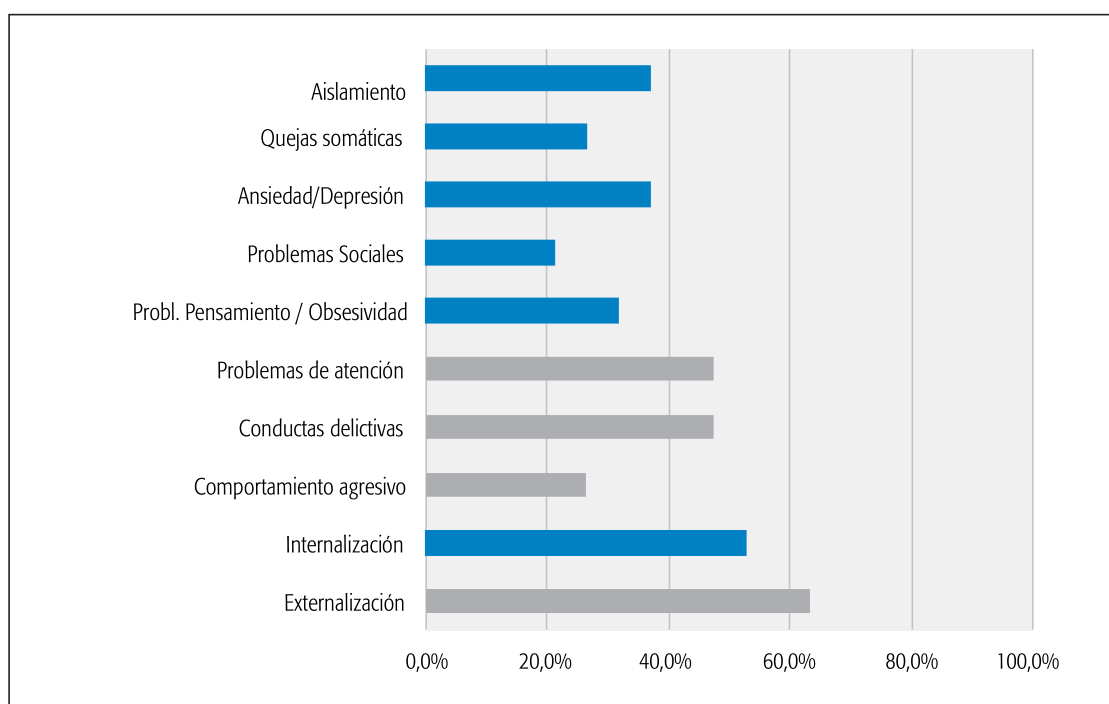
Respecto al análisis comparativo entre los dos grupos respecto de la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), hallamos una tendencia hacia la diferencia estadísticamente significativa ($p=0,070$) en cuanto a la puntuación media en esta escala para cada grupo. Así los adolescentes con consumo de cannabis alguna vez en la vida presentaban una puntuación media de 60,05 (12,077 DE) y el grupo sin consumo 65,74 (12,844 DE). Por lo tanto el nivel funcional de los primeros era inferior a los adolescentes sin consumo.

Estos hallazgos de las valoraciones de estas escalas, ICG y EEAG, avalan aún más lo señalado anteriormente respecto a la mayor gravedad clínica de la muestra con consumo de cannabis.

4.1.2.2.3. Estudio comparativo de CBCL y YSR

En el **estudio comparativo del CBCL** entre los dos grupos (consumo de cannabis alguna vez en la vida y no consumo) hallamos diferencias estadísticamente significativas en algunas de las escalas. Analizamos las diferencias del porcentaje de sujetos de cada grupo que puntuaban en cada escala a partir del punto de corte del nivel patológico. En el gráfico 6 mostramos el porcentaje de los adolescentes que consumen cannabis cuya puntuación en el CBCL en las distintas escalas se halla dentro del rango patológico, y en verde destacamos las escalas en las que hemos hallado diferencia estadísticamente significativa con el grupo de no consumidores.

Gráfico 6. CBCL. % adolescentes con consumo con puntuaciones $\geq$ punto de corte de patológico



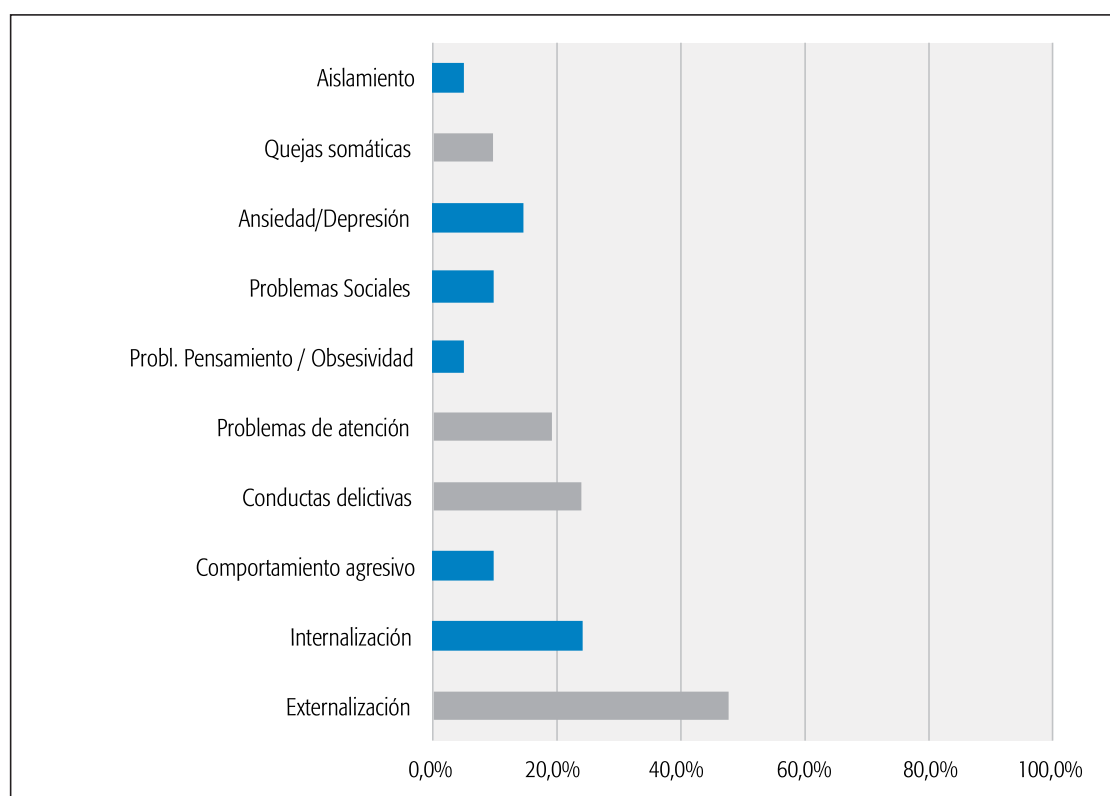
En gris las escalas con diferencia estadísticamente significativa respecto de los adolescentes sin consumo.

Como vemos en el gráfico anterior las escalas que muestran diferencias estadísticamente significativas entre los consumidores y los no consumidores fueron: «Problemas de atención», «Conductas delictivas», «Comportamiento agresivo» y «Externalización». La escala «Ansiedad/Depresión» mostró tendencia a la diferencia estadísticamente significativa. El 47,4% de los sujetos consumidores presentaba valores en rango patológico en «Problemas de atención» en comparación con el 24% del grupo sin

consumo ($p=0,041$). En «Conductas delictivas» el 47,4% de los consumidores y el 9,3% de los no consumidores eran valorados en rango patológico ($p=0,000$). El 26,3% de los consumidores y el 10,7% de los no consumidores tenían puntuaciones en rango patológico en «Comportamiento agresivo» ($p=0,012$). Respecto a la escala «Externalización», el 63,2% de los adolescentes consumidores de cannabis y el 28% de los sin consumo presentaron valoraciones en rango patológico ($p=0,007$). En la escala de «Ansiedad/Depresión» el 36,8% de los consumidores frente al 20% de los no consumidores fueron valorados por encima del nivel patológico ($p=0,064$).

En el estudio comparativo del YSR entre los dos grupos hallamos diferencias estadísticamente significativas en las escalas «Quejas somáticas», «Problemas de atención», «Conductas delictivas» y «Externalización». Analizamos, como para el CBCL, las diferencias del porcentaje de sujetos de cada grupo que puntuaban en cada escala a partir del punto de corte del nivel patológico. En el gráfico 7 mostramos el porcentaje de los adolescentes que consumen cannabis cuya puntuación en el YSR en las distintas escalas se halla dentro del rango patológico, y en verde destacamos las escalas en las que hemos hallado diferencia estadísticamente significativa con el grupo de no consumidores.

Gráfico 7. YSR. % adolescentes con consumo con puntuaciones $\geq$ punto de corte de patológico



En gris las escalas con diferencia estadísticamente significativa respecto de los adolescentes sin consumo.

En la escala «Quejas somáticas» el 9,5% de los adolescentes con consumo vs. el 3,9% de los no consumidores presentaba puntuaciones en rango patológico ($p=0,000$). En «Problemas de atención» las diferencias de porcentajes en ambos grupos fueron 19% vs. 9,1%, con $p=0,012$. En la escala «Conductas delictivas», el 23,8% de los que habían consumido cannabis alguna vez en su vida frente a ninguno de los no consumidores presentó puntuaciones en rango patológico ($p=0,000$). Y finalmente, en la escala «Externalización», el 47,6% de los consumidores y el 10,4 % de los sin consumo de cannabis se valoraban en rango patológico ($p=0,000$).

Como podemos ver los resultados de las valoraciones del CBCL y del YSR revelan resultados semejantes: se destacan en ambos los problemas de conducta y de atención en los adolescentes del grupo con consumo de cannabis, además de una tendencia a la mayor presencia de síntomas de ansiedad/depresión en los consumidores según los observan sus padres o tutores. Estos resultados van paralelos a los motivos de consulta y diagnósticos psiquiátricos más frecuentes que presentan los adolescentes con consumos como hemos referido anteriormente. Los problemas de atención probablemente son secundarios a los trastornos psiquiátricos, y se asociarán con el menor rendimiento escolar de los sujetos con consumo de cannabis que también hemos relatado.

Se ha visto que los efectos del cannabis en las medidas de valoración cognitiva son más pronunciados en los adolescentes que en los adultos que consumen dicha sustancia. Especialmente se ha visto cómo empeora la memoria a corto plazo (Shapiro y Buckley-Hunter, 2010). Este dato está en consonancia con la alteración de la atención que los sujetos de esta muestra ambulatoria presentan.

Otros autores han analizado poblaciones de adolescentes aplicando el YSR para evaluar psicopatología y consumo de cannabis y llegando a resultados semejantes al nuestro. Destacamos a Monshouwer K *et al.*, (2006), quienes realizan un estudio con 5551 estudiantes de 12-16 años. En el grupo que consumía cannabis de modo experimental (una o dos veces/año) hallaron asociación significativa con el comportamiento delincuente y agresivo. Entre los que lo consumían regularmente la asociación era más alta, especialmente para el comportamiento delincuente. Resultado semejante se obtuvo para los que consumían de modo intenso, en los cuales además se detectó asociación con problemas de pensamiento. En nuestros adolescentes de la muestra ambulatoria con consumo de cannabis no hemos hallado relación con alteración en la escala de problemas de pensamiento, pero sí una frecuencia mayor de Trastornos psicóticos, como comentamos anteriormente.

También Storr *et al.*, (2007) utilizan el YSR para analizar a 13 831 adolescentes. Encuentran cómo a mayor presentación de síntomas de conducta mayor es el riesgo (en odds ratio) de haber consumido drogas en el mes previo, específicamente inhalantes y cannabis.

4.1.3. Análisis de la muestra hospitalaria de casos atendidos en las Unidades de hospitalización psiquiátrica de adolescentes

4.1.3.1. ANALISIS DESCRIPTIVO

4.1.3.1.1. Datos sociodemográficos

Como se mostraba en la Tabla 6, el número de sujetos incluidos en el estudio provenientes de las Unidades de hospitalización psiquiátrica de adolescentes fue de 48, con un 56% de varones frente a un 44% de mujeres, y porcentajes mayores respecto a la muestra ambulatoria de adoptados e inmigrantes (4,17% y 12,50% respectivamente, frente a 3,45% y 7,76%).

La edad media se encuentra en 15,33 (DE=1,12).

En relación al lugar de residencia: 46% residen con ambos padres (un 12% menos que en la muestra ambulatoria); 31,3% residen con padres separados; 4,2% residen con uno de sus padres por fallecimiento del otro y 19% residen en hogares funcionales o centros residenciales de menores (frente al 3% en la muestra ambulatoria).

El 77% estudiaba en el momento de la recogida de datos, el 19% no tenía ninguna ocupación o se desconocía el dato, y el 4% se encontraba en comunidades terapéuticas. El 58% había repetido algún curso escolar.

4.1.3.1.2. Datos clínicos

Respecto a los **antecedentes personales** destacamos los datos más relevantes:

- Ingresos psiquiátrico previo: 19 sujetos (39,6%)
- Tratamiento en Salud Mental antes de los 10 años de edad: 15 (31,3%)
- Tratamiento en Salud Mental entre los 10 años de edad y los 6 meses previos a la valoración: 23 (47,9%)
- Tratamiento en Salud Mental durante los seis meses previos a la valoración: 30 (62,5%)
- Tratamiento previo por Toxicomanía: 2 (4,2%)
- Antecedentes judiciales: 6 (12,5%)

Con estos datos constatamos cómo esta muestra hospitalaria presenta mayores porcentajes de ingresos psiquiátricos previos, tratamiento por toxicomanías y antecedentes judiciales que la muestra ambulatoria.

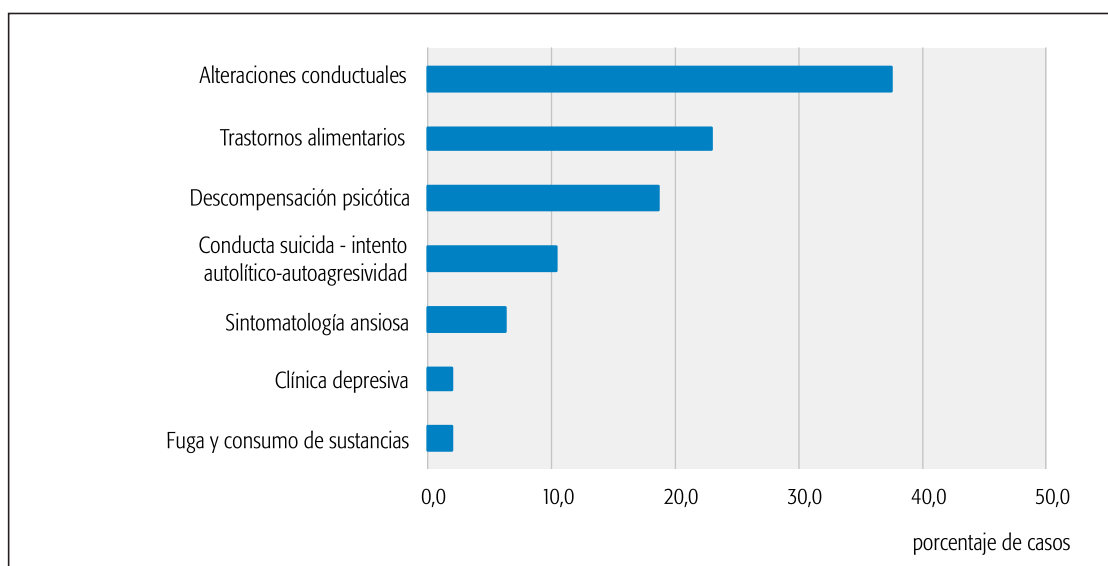
Respecto a los **antecedentes psiquiátricos familiares** destacamos los más relevantes.

- Ingresos psiquiátricos en padres: cuatro casos (8,3%)
- Antecedentes de tratamiento en Salud Mental de padres: ocho casos (16,7%)
- Ausencia de antecedentes de tratamiento en Salud Mental de cualquier miembro de la familia: 18 (37,5%)
- Antecedentes de Toxicomanía en padres: cuatro casos (8,3%)
- Antecedentes de alcoholismo en padres: seis casos (12,5%)

La **duración media del ingreso psiquiátrico** fue de 28,15 días (mín-max= 1-166, DE= 34,493). Sin embargo, si lo analizamos separadamente por diagnóstico, son los diagnósticos de TCA los que soportan una mayor media de días de ingreso (73,64 días; DE= 41,529) que el resto de diagnósticos (14,62 días; DE= 15,935).

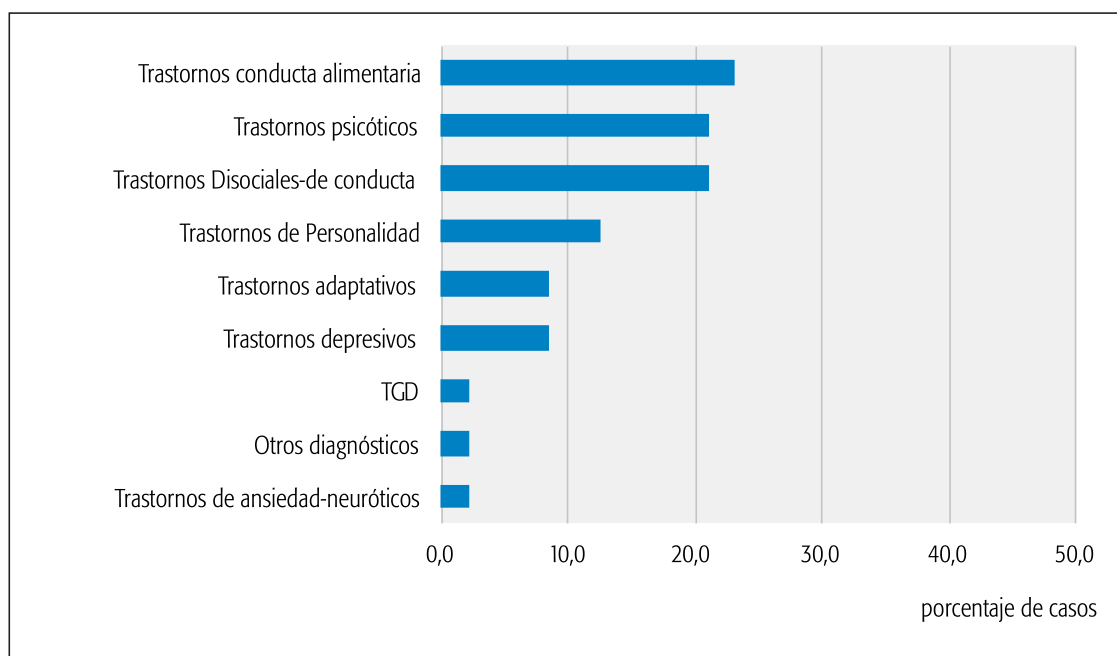
El **motivo de ingreso** más frecuente en esta muestra fue el de alteración conductual (37,5%), seguido por la problemática de los trastornos alimentarios (22,9%) y las descompensaciones psicóticas (18,8%).

Gráfico 8. Motivo de ingreso de la muestra hospitalaria total



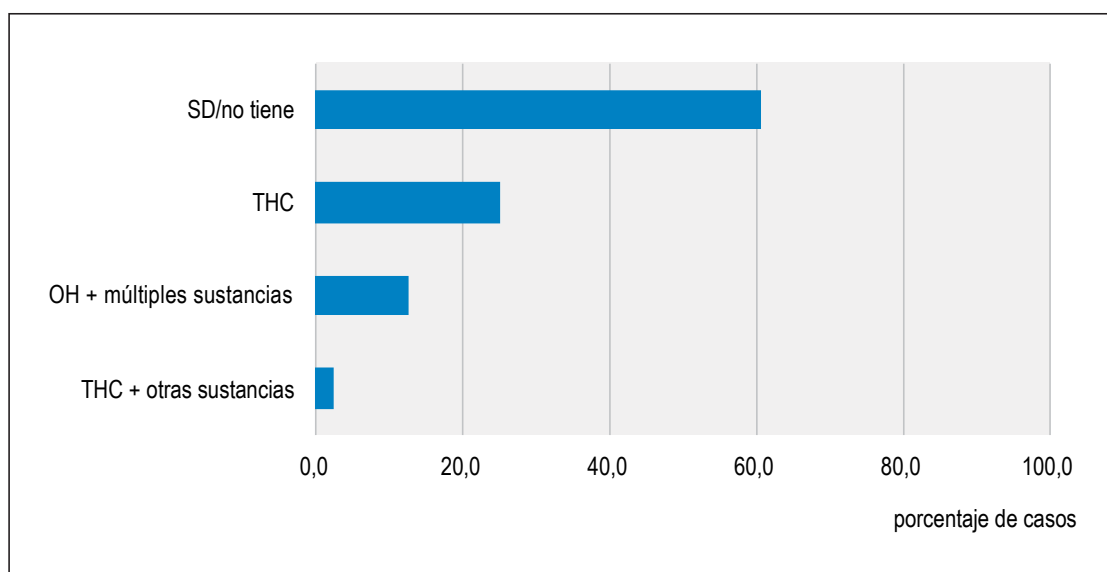
En cuanto al **diagnóstico psiquiátrico principal**, los más frecuentes fueron: Trastornos de conducta alimentaria (23%), Trastornos psicóticos (21%), Trastornos disociales (21%) y Trastornos de personalidad. (12%). El total de los diagnósticos los detallamos en el Gráfico 9.

Gráfico 9. Diagnóstico psiquiátrico principal



Además, presentan **trastornos comórbidos de consumo perjudicial, abuso o dependencia de sustancias** un 40% de los sujetos, como puede apreciarse en el Gráfico 10.

Gráfico 10. Diagnóstico de consumo de alcohol y otras sustancias

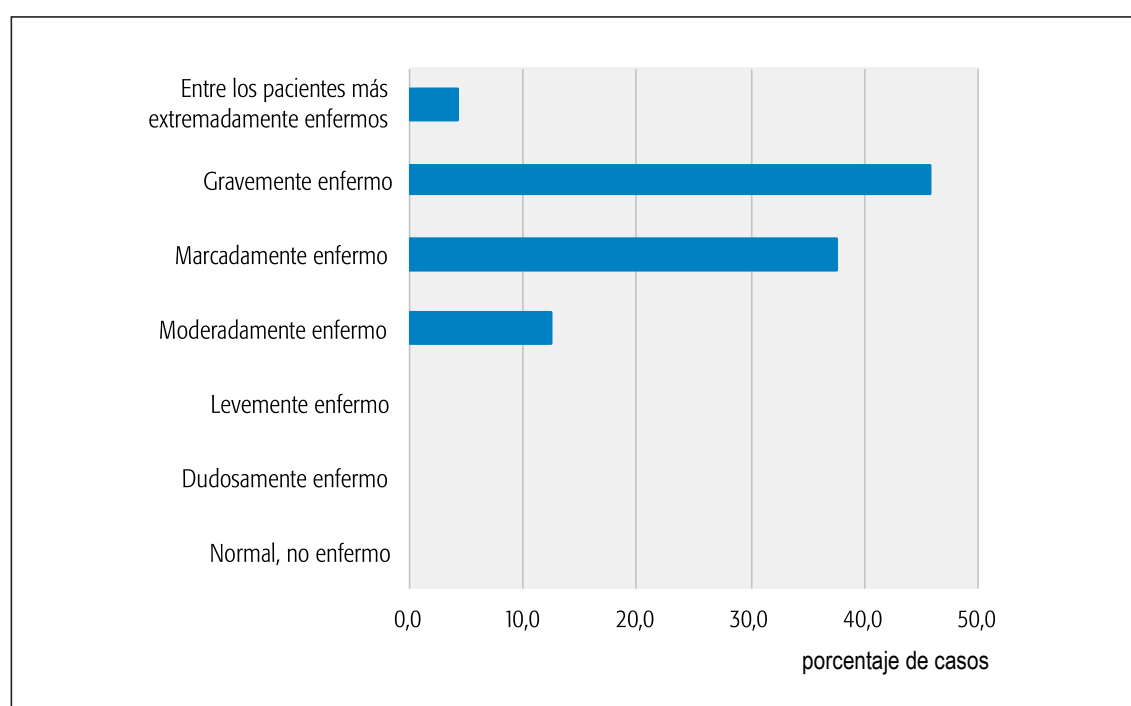


En cuanto al **tratamiento al alta**, la práctica totalidad de la muestra recibió tratamiento farmacológico (96%), siendo los más prescritos antipsicóticos y ansiolíticos (64% y 69%) y antidepresivos en un 40% de los casos. En porcentajes inferiores al 9% de los casos se prescriben también eutimizantes, psicoestimulantes e hipnóticos.

Un 10% fue derivado al alta a hospital de día o centro de día, y un 67% a tratamiento ambulatorio en distintos Servicios de Salud Mental tanto infanto-juveniles como de adultos.

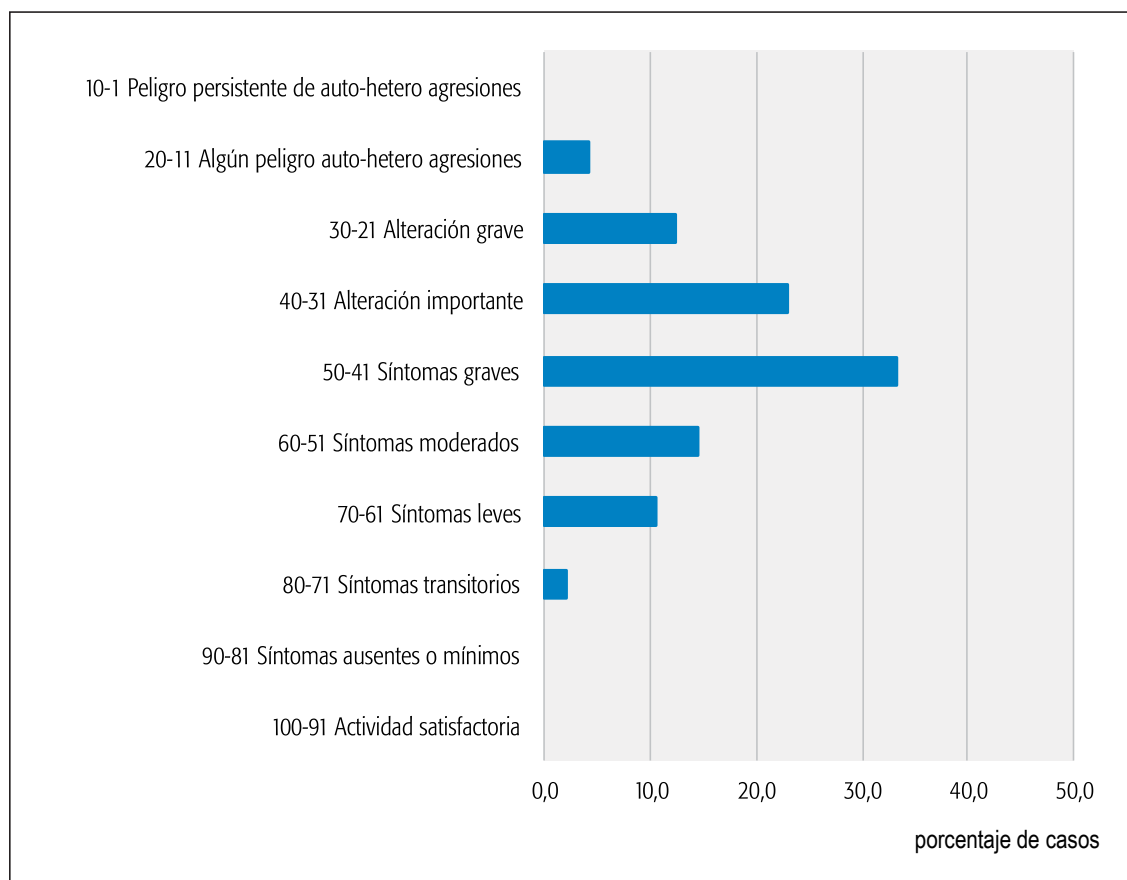
La valoración del **nivel de gravedad al ingreso en base a la escala ICG** reveló cómo los pacientes presentaban un alto nivel de gravedad, siendo el 87,5% valorado dentro de los tres niveles de mayor gravedad (grados 5-7): el 12,5% fueron valorados como «Moderadamente enfermo»; 37,5% «Marcadamente enfermo»; 45,8% «Gravemente enfermo» y 4,2% «Extremadamente enfermo» (Gráfico 11).

Gráfico 11. Valoración ICG al ingreso muestra hospitalaria



La **valoración del nivel de funcionalidad según la escala EEAG** aportó unos resultados semejantes al ICG, en cuanto a que el 73% de los casos fueron clasificados entre las categorías de menor nivel funcional o mayor gravedad, un 15% de gravedad moderada y un 12% con síntomas leves o transitorios. Los datos se detallan en el gráfico 12.

Gráfico 12. Resultados escala EEAG muestra hospitalaria total



Ambas valoraciones, ICG y EEAG, constataron la mayor gravedad de la muestra hospitalaria respecto a la ambulatoria. Resultado esperable por otra parte dado que se trata de adolescentes que han requerido de un ingreso psiquiátrico para tratamiento intensivo de su patología.

4.1.3.1.3. Datos sobre consumo de tabaco

En la muestra de pacientes hospitalizados hallamos una mayor frecuencia de consumo de tabaco en comparación con la muestra ambulatoria.

Así, el 54% de la muestra hospitalaria afirma fumar tabaco (frente al 16% de la muestra ambulatoria). Estos resultados son muy superiores a los correspondientes a población general. Recordamos para ello los datos de la encuesta ESTUDES 2012-13, según la cual la tasa de estudiantes de 14-18 años que fuman a diario en el 2010 era del 11% en varones y 13,6% en mujeres; en el 2012 dichas cifras eran del 12% y 13,1% respectivamente (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2014). Por lo que este dato debemos tomarlo como otro aspecto más de gravedad de la muestra.

Dentro de esta gravedad del hábito de tabaco constatamos cómo la mayoría (65%) habían iniciado el consumo entre los 10 y los 13 años (más precozmente que los de la muestra ambulatoria). Antes de los 10 años refieren inicio del consumo el 7,7%, a los 14 años el 7,7%, a los 15 el 11,5% y a los 16 el 7,7%. Con lo que el inicio hasta los 13 años de edad se había dado en prácticamente $\frac{3}{4}$ partes de la muestra (72,7% de los sujetos).

Además, el 65% de los adolescentes que fuman lo hacen a diario. El 11,5% fuman varias veces a la semana, el 7,7% los fines de semana; el 11,5% varias veces al mes y el 3,8% varias veces al año.

En cuanto a la cantidad de cigarros consumidos habitualmente, el 40% dicen fumar entre 4 y 9; 24% entre 10 y 15; 20% entre 1 y 3 y el 16% reconocen fumar más de 16 cigarros diarios. Comparando estos datos con los del ESTUDES del año 2010, la cantidad de consumo de los adolescentes de este estudio es superior, puesto que la media de cigarros al día que referían fumar los varones estudiantes de 14-18 años era de 5,7 y 4,8 en mujeres (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2014).

Cuando son cuestionados por las consecuencias de fumar, las respuestas más habituales son: problemas respiratorios o pulmonares, cáncer, diversos problemas de salud y la muerte. Constatamos cómo estos adolescentes valoran como más graves las consecuencias al consumo de tabaco que al de cannabis.

4.1.3.1.4. Datos sobre consumo de alcohol

El 56,3% de los adolescentes de esta muestra hospitalaria afirman beber (frente al 28% de la muestra ambulatoria). Dato cercano al reflejado en la encuesta ESTUDES, en la cual el 63% de los estudiantes de 14-18 años en el 2010 refería haber bebido en el último mes, y el 73,6% en el último año (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2014).

El inicio de consumo de alcohol lo iniciaron la mayoría entre los 10-13 años y entre los 14-15 años (29,2% cada uno). Le sigue en frecuencia después de los 15 años (10,4%); y finalmente antes de los 10 años (4,2%).

El 25% de esta muestra dice beber sólo en fines de semana; un 6,3% afirma hacerlo a diario y el 4,2% refiere beber varias veces a la semana.

La cantidad de alcohol consumida es mucho mayor que en la muestra ambulatoria, estando el 37% de los sujetos por encima de las 10 UBEs y el 26% entre 6 y 10 UBEs. El restante 37% refiere beber entre 1-5 UBEs. Por lo tanto, cuando beben la mayoría (63%), consumen más de 6 UBE. Estos datos son sugerentes de un consumo de alcohol del tipo atracón («binge drinking»), cada vez más extendido en esta población adolescente. Recordemos que los datos más recientes de ESTUDES (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2014), el porcentaje de «binge drinking» en el último mes para estudiantes de 14 años es de 18,4% para varones y 22,1% para mujeres; a los 15 años es 28,2% y 32,6% respectivamente y a los 16 años 44,8% y 40,4% respectivamente. Teniendo en cuenta que la edad media de esta muestra es 15,33 años, el dato del 63% duplica los que presentan los adolescentes de su misma edad de población general.

Cuando son cuestionados por las consecuencias de beber alcohol, las respuestas más habituales son: «ninguna, borracheras, mareos, vómitos, pérdida de memoria». El número de borracheras que refieren haber presentado son notables, destacando cómo el 32% admiten haber padecido muchas (más de 7) o «innumerables» borracheras.

4.1.3.1.5. Datos sobre el consumo de cannabis u otras drogas: resultados del ADIS

El 58,33% (n=28) de los adolescentes de la muestra hospitalaria (frente a un 18,10% de la muestra ambulatoria) han consumido alguna vez o consumen actualmente cannabis.

Sustancias alucinógenas refieren haber consumido, pero haberlo dejado dos sujetos (4,2%) y persistir en el consumo varias veces al mes un sujeto (2,1%). Así tres sujetos (6,3%) han consumido algún tipo de sustancias alucinógenas alguna vez en su vida.

Anfetaminas (en sus diferentes presentaciones) refieren haberla consumido en el pasado ocho sujetos (16,7%), pero haber dejado el consumo (no sabemos con precisión el tiempo transcurrido desde el cese del consumo hasta la valoración). Un sujeto (2,1%) refiere consumir anfetaminas varias veces al

año, otro sólo los fines de semana (2,1%), otro dice consumirla varias veces a la semana (2,1%) y un último que reconoce consumirla a diario (2,1%). Por lo que globalmente vemos cómo 8 sujetos (25,1%) de esta muestra hospitalaria han consumido anfetaminas alguna vez en su vida, y al menos 4 sujetos (8,4%) mantienen el consumo en el último año.

Cocaína refieren siete sujetos (14,6%) haberla consumido en el pasado, pero haber abandonado el consumo (no sabemos con precisión el tiempo transcurrido desde el cese del consumo hasta la valoración). Varias veces al año refiere consumirla un sujeto (2,1%); otro sujeto refiere consumir esta sustancia sólo los fines de semana (2,1%); y dos adolescentes (4,2%) reconocen consumirla a diario. Por lo tanto, 11 pacientes (23% de la muestra) han consumido cocaína alguna vez en su vida, y al menos cuatro sujetos (8,4%) mantienen el consumo en el último año.

Respecto a heroína, dos sujetos (4,2%) reconocen haberla consumido en el pasado, pero haber dejado dicho consumo.

Cuatro adolescentes (8,3%) refieren haber consumido inhalantes en el pasado, pero haber abandonado el consumo. Uno (2,1%) refiere consumirlos varias veces al mes. Globalmente, 10,4% de la muestra ha consumido inhalantes alguna vez en la vida.

El consumo de tranquilizantes sin receta lo reconocen dos sujetos (4,2%) ambos con consumo diario. Además siete adolescentes (14,6%) reconocen que los consumieron en el pasado, pero abandonaron dicho hábito. Por lo tanto nueve sujetos (18,8%) de los adolescentes ingresados han consumido tranquilizantes sin receta alguna vez en su vida.

Como podemos observar los consumos de drogas que han realizado los sujetos de esta muestra hospitalaria son mayoritariamente de cannabis (58,33%), seguidos por anfetaminas (25,1%), cocaína (23%), tranquilizantes sin receta (18,8%), inhalantes (10,4%), alucinógenos (6,3%) y heroína (4,2%).

Es importante destacar cómo el hábito de consumo de drogas de esta muestra hospitalaria es mayor que la ambulatoria, demostrando una vez más el perfil de mayor gravedad de los adolescentes que requieren de un ingreso psiquiátrico.

Comparando con los datos de la encuesta ESTUDES 2012-13, tasas del 2010, (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2014) nuestras cifras de prevalencia de consumo de hipnosedantes o tranquilizantes sin receta alguna vez en la vida son semejantes: 18,8% en nuestro caso vs. 18% en ESTUDES; así como las de consumo de alucinógenos en el último año (2,1% en nuestro estudio y en ESTUDES) e inhalantes en el último año (2,1% vs. 1,9%). Sin embargo otras **drogas las consumen los adolescentes de nuestra muestra hospitalaria en mucha mayor medida que la población general de su edad** correspondiente: **cannabis** alguna vez en la vida (58,33% en nuestra muestra vs. 33%); **cocaína**, alguna vez en la vida (23% nuestra muestra vs. 3,9% población general) y **anfetaminas** y derivados en el último año (8,4% de nuestra muestra vs. 3,3%).

No obstante, estos datos son **semejantes a los hallados en otros estudios con muestras de adolescentes hospitalizados en Unidades de Psiquiatría**. Por ejemplo, Niethammer y Frank (2007), analizando un grupo de adolescentes ingresados de 14-17 años de edad, hallan cómo el 40% refería consumo regular de drogas (cualquier droga ilegal, siendo cannabis la más frecuente), y el 60% reconocía haber consumido cannabis alguna vez en su vida.

La **puntuación media** del ADIS en la muestra hospitalaria total es de 24,21 [mín-máx= 0-61, DE= 22,59]. La puntuación media en ADIS de los que consumen cannabis dentro de la muestra hospitalaria (n=28) es de 40,64 [mín-máx= 8-61, DE= 13,32] siendo 37 la puntuación de corte a partir de la cual se considera patológico el consumo.

A continuación analizaremos las respuestas al ADIS de aquellos sujetos que reconocían consumir sustancias. Los porcentajes que detallaremos se referirán al grupo de adolescentes con consumo de cannabis alguna vez en la vida.

La **edad de inicio del consumo** de drogas referida por estos sujetos se hallaba en su mayoría en el intervalo entre los 10-13 años (46,43%), seguida por los que comienzan a partir de los 14-15 años (28,57%), a continuación los que comienzan después de los 15 años (10,71%) y finalmente emparejados los que empezaron antes de los 10 años o recientemente (ambos con 7,14% cada uno). Ya podemos constatar cómo esta muestra hospitalaria presenta no sólo un mayor consumo de cannabis sino una edad de inicio más precoz (10-13 años en vez de 14-15 años los de la muestra ambulatoria).

La edad de inicio precoz en el consumo es un dato preocupante en esta muestra dado que es un parámetro que se ha relacionado con mayor dificultad en el autocontrol sobre el consumo, en riesgo de mayor afectación que pueda ocasionar sobre un cerebro aún en proceso de maduración (como mayor riesgo de desarrollar psicosis, Casadio et al 2011) y tasas altas de consumo problemático posterior en la edad adulta (Swift *et al.*, 2008).

Los datos más recientes de los que disponemos en España en base a la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2012-13 reflejan que la edad media de inicio del consumo de cannabis es 14,9 años (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2014). Por lo tanto los adolescentes de esta muestra hospitalaria claramente reflejan un grupo de población de inicio precoz.

La **frecuencia de consumo de drogas** referido por estos sujetos en el ADIS evidencia cómo los consumos diarios (46,43%) son los más frecuentes. Le siguen varias veces a la semana (17,85%), en fines de semana (14,28%), una o dos veces al año (10,71%) y una o dos veces al mes (3,57%). Recordemos que según los resultados de la encuesta ESTUDES 2012-13 el consumo diario de cannabis en estudiantes de 14-18 años es del 2,7% (3,8% en chicos y 1,5% en chicas) (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2014). Estos datos también reflejan una prevalencia de consumo mucho mayor que la muestra ambulatoria.

La **última vez que consumieron** fue «hace algunas semanas» (39,29%) y la semana previa (35,71%). Hace más de un año y entre seis meses y un año (7,14% cada uno), el día del ingreso (7,14%) y «ayer» (3,57%).

Los **motivos** que más frecuentemente argumentan como causa del consumo son los siguientes (en algunos casos argumentan varios de ellos a la vez): «me gusta el efecto» (71,43%), «cuando estoy nervioso, tenso, o con muchos problemas y preocupaciones» (53,57%), «cuando estoy triste, solitario, o me siento mal conmigo mismo» (39,29%), «cuando estoy aburrido o simplemente para divertirme» (35,71%) y «para ser como mis amigos» (3,57%). En comparación con los motivos esgrimidos por los adolescentes de la muestra ambulatoria vemos que se mantienen los motivos más frecuentes en el mismo orden, si bien en los adolescentes hospitalizados el motivo «para ser como mis amigos» es menos prevalente (3,57% vs. 12,12% en la muestra ambulatoria) y se incrementa «cuando estoy aburrido o simplemente para divertirme» (35,71% vs. 27,27% en la muestra ambulatoria). Podemos ver, por lo tanto, al igual que otros autores han descrito (Fox *et al.*, 2011; Vasters y Pillion, 2011), una intensa frecuencia de motivos de consumo dirigidos a afrontar o neutralizar emociones negativas, los cuales suelen estar más estrechamente relacionados con las consecuencias negativas de dicho consumo (en este caso llegando incluso a precisar un ingreso psiquiátrico).

El **modo cómo habitualmente consiguen la droga** suele ser de diversas maneras, las más frecuentes: «las compro yo» (57,14%). En segundo lugar «de mis amigos» (46,43%), y «en fiestas» (17,86%). El 10,71% refiere tener plantas de marihuana propias para su consumo, y un caso (3,57%) refiere conseguirlo de sus padres.

El **momento del día en el que suelen consumir** es en su mayoría «por las tardes/después del colegio» (67,86%) seguido de «por la noche» (46,43%). A continuación en frecuencia «antes o durante la escuela o el trabajo» (35,71%) y «por la mañana o cuando me levanto» (21,43%). En comparación con la muestra ambulatoria son las dos últimas categorías las que se incrementan en el grupo de adolescentes ingresados, probablemente ello refleja una mayor problemática en relación con el consumo, puesto que ya desde la mañana lo hacen.

El **motivo o motivos por el-los que tomaron drogas la primera vez que lo hicieron** fue «curiosidad» en su mayoría (71,43%). En segundo lugar «para colocarme» (35,71%) y «para evadirme de mis problemas» (21,43%). En último lugar «me animaron mis amigos/para divertirme» (3,57%).

Las **personas con las que suelen consumir** son en igual proporción amigos de su edad, amigos de mayor edad o solo (cada uno de ellos con 53,57%). El 10,71% refiere consumirlo con sus padres o familiares. Respecto a la muestra ambulatoria vemos que en el caso de los hospitalizados el consumo es en mayor medida solo o con amigos de mayor edad, lo cual pensamos refleja una mayor patología y de-sadaptación. El consumo con padres o familiares es semejante (10,71% vs. 6,06% en los ambulatorios), cifras en todo caso preocupantes.

Los **efectos** que han sentido al consumir cannabis han sido: «me coloqué» (71,43%), «me encontré mal» (32,14%), «me volví loco, estuve fuera de mí, me puse agresivo» (28,57%), «tomé un montón y al día siguiente no recordaba lo que había hecho» (25%); y en último lugar «me desmayé» y «tuve una sobredosis» ambos el 7,14%. En comparación con los datos de la muestra ambulatoria vemos cómo salvo el primer motivo, los demás son más prevalentes en este grupo de hospitalizados, lo cual pensamos tendrá relación con un consumo más intenso.

Los efectos o **consecuencias** del consumo de cannabis en sus vidas han sido en especial en su casa («me ha hecho tener problemas en casa»: 64,29%). A continuación han padecido: afectación en el rendimiento escolar («ha interferido en mi trabajo o en la escuela»: 25%), disturbios («me he visto implicado en una pelea o en vandalismo»: 21,43%), «ha hecho que tenga un accidente, una herida, o un arresto o una expulsión del colegio» (17,86%), «ha interferido en que dejara de hablar con alguien» (17,86%), «me ha impedido pasar un buen rato en alguna ocasión» (17,86%) y haber perdido amigos (17,86%). Es además importante señalar que el 21,43% considera que no le ha producido ningún efecto. De nuevo, comparando con la muestra ambulatoria vemos cómo las consecuencias en el entorno familiar son las más frecuentes, más aún en este caso, pero además el resto de las consecuencias negativas también son más frecuentes en la muestra hospitalaria, seguramente por un mayor consumo y consecuencias del mismo.

La **autopercepción con respecto al consumo de cannabis** que estos adolescentes presentan refleja la banalización del mismo, aunque en menor medida que la muestra ambulatoria (probablemente por la mayor gravedad del consumo que presentan). El 42,86% consideran que «puedo controlarlo y ponerme límites» seguido del 28,57% en que «no veo ningún problema». A continuación en frecuencia se hallan: «he tenido que recurrir a ayuda profesional para controlar mi consumo» (17,86%), «a menudo me siento mal por mi manera de tomar drogas» (14,28%) y «puedo controlarme, pero me dejo influir por mis amigos» y «necesito ayuda para controlarme» (ambas 10,71% cada una).

Perciben **preocupación en las personas de su alrededor** en mayor medida que los adolescentes de la muestra ambulatoria, si bien el 53,57% contesta «no lo sé o no ven ningún problema». Entre los que perciben alguna consecuencia, la más frecuente (28,57%) es «mi familia o mis amigos me aconsejan que controle o disminuya mi consumo», seguido de «mi familia o mis amigos han pedido ayuda a profesional para mi consumo» (17,86%), «cuando uso drogas tiendo a pasar de mi familiar o mis amigos» (14,28%) y el 3,57% «mi familia o mis amigos me dicen que busque ayuda para mi consumo».

Resumen de las respuestas al ADIS en la muestra hospitalaria:

1. Frecuencia de consumo: diario (46,43%).
2. Última vez que consumieron: «hace algunas semanas» (39,29%) y la semana anterior al ingreso (35,71%).
3. Suelen empezar a consumir porque: «me gusta el efecto» (71,43%), «cuando estoy nervioso, tenso, o con muchos problemas y preocupaciones» (53,57%).
4. Consiguen las drogas: «lo compro yo» (57,14%), «de mis amigos» (46,43%).
5. Comenzaron a consumir a la edad de: 10-13 años (46,43%), 14-15 años (28,57%).
6. La hora del día en que suelen consumir: «por las tardes/después del colegio» (67,86%), «por la noche» (46,43%), «antes o durante la escuela o el trabajo» (35,71%).
7. El motivo por el que tomaron drogas la primera vez: por curiosidad (71,43%).
8. Con quién suelen consumir: amigos de su edad, amigos de mayor edad o solo (cada uno de ellos con 53,57%).
9. Qué efectos les ha producido cuando lo ha tomado: «me coloqué» (71,43%).
10. Qué consecuencias han tenido por consumir: «problemas en casa» (64,29%).
11. Qué autopercepción tienen sobre su propio consumo: «puedo controlarlo y ponerme límites» (42,86%) o ningún problema (28,57%).
12. Cómo creen que otras personas les ven en relación con el consumo: «no lo sé o no ven ningún problema» (53,57%), «mi familia o mis amigos me aconsejan que controle o disminuya mi consumo» (28,57%).

Además de las cuestiones recogidas en el ADIS se les preguntó específicamente por otras posibles consecuencias del consumo que se detallan en la Tabla 10.

Tabla 10. Consecuencias del consumo de cannabis referidas por los adolescentes hospitalizados consumidores

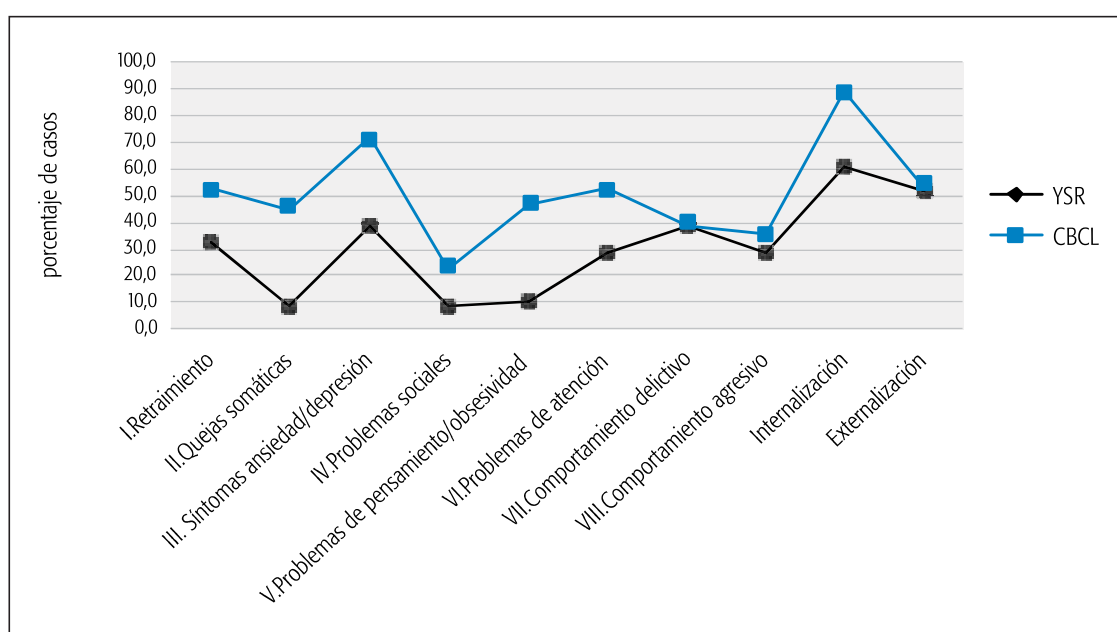
Absentismo escolar	66,7%
Empeorado el rendimiento escolar o abandono de estudios o trabajo	59,3%
Problemas en la relación con amigos o pareja por el consumo	48,1%
Peleas provocadas por el consumo	40,7%
Castigo por parte de los padres	51,9%
Sanciones o castigos en el centro escolar por el consumo	33,3%
Hurtos o robos de dinero u otros objetos para el consumo	37,0%
Arresto por la policía	37,0%
Comparecencia en Fiscalía o Juzgado de Menores	18,5%
Medida judicial impuesta	18,5%
Consumido en situaciones peligrosas	14,8%

En estas respuestas libres de los adolescentes ingresados que refieren consumir drogas podemos constatar la afectación en sus vidas que les ocasiona: fracaso y conflictos en el entorno escolar, problemas en la relación familiar, problemas legales, etc.

4.1.3.1.6. Resultados de CBCL y YSR

En el gráfico 13 se muestra el porcentaje de casos de la muestra hospitalaria que han obtenido puntuaciones igual o por encima del corte de lo patológico en cada una de las escalas, tanto según la percepción de los padres o tutores (CBCL) como de la autoevaluación del adolescente (YSR). Podemos observar cómo la valoración de los padres/tutores destaca un perfil patológico de mayor intensidad.

Gráfico 13: % casos hospitalizados con puntuaciones
CBCL/YSR $\geq$ punto de corte de patológico



4.1.3.2. ANÁLISIS COMPARATIVO RESPECTO AL CONSUMO DE DROGAS EN LA MUESTRA HOSPITALARIA

En la muestra hospitalaria se evidenció un consumo predominante de tres sustancias (cannabis, anfetaminas y cocaína), pero siendo más prevalente el consumo de cannabis.

Además, pudimos constatar cómo **todos** los sujetos que han consumido anfetaminas o cocaína alguna vez en la vida también han consumido cannabis, hallando una relación estadísticamente muy significativa entre consumo de anfetaminas y cannabis ($p=0,000$) y consumo de cocaína y cannabis ($p=0,000$). La misma situación hallamos para anfetaminas o cocaína y consumo de alcohol ($p=0,000$) en ambos casos.

La asociación entre consumo de anfetamina o cocaína y cannabis ya ha sido destacada por otros autores, generalmente se piensa que es el consumo de cannabis (y alcohol) el que antecede al de las otras drogas.

Mayet *et al.*, (2012), en su amplio estudio de 29 393 adolescentes, encuentra cómo el consumo de cannabis precede al de otras drogas: el 99% de los adolescentes que consumían otras drogas habían iniciado el

consumo de cannabis anteriormente. El riesgo de iniciar el consumo de otras drogas ven los autores que se incrementa 21 veces más entre los que consumen cannabis de modo experimental y en 124 veces más entre los que consumen cannabis diariamente respecto de los que no consumen esta sustancia.

Otro estudio muy relevante es el de Fergusson *et al.*, (2002), estudio longitudinal de 21 años de duración de una cohorte de 1265 niños valorados desde el nacimiento hasta los 21 años de edad. Hallaron una asociación estrecha entre el consumo de cannabis y el de otras drogas, más intenso en la adolescencia precoz y si el consumo de cannabis era semanal. Así en los adolescentes de 14-15 años que referían consumir cannabis semanalmente se incrementaba el odds ratio (OR) de consumo de otras drogas en 230 veces comparados con los que no consumían cannabis. A los 21 años de edad esta asociación se mantenía, aunque el incremento del riesgo era de 12 veces más de OR en comparación también con los que no consumían cannabis a esa edad.

Para poder valorar si el consumo de cannabis se encuentra relacionado con algún aspecto sociodemográfico o clínico de la muestra de adolescentes hospitalizados en Unidades de Psiquiatría de adolescentes, se realizó un estudio comparativo entre los sujetos que referían consumir o haber consumido cannabis alguna vez en la vida y aquellos que no lo habían consumido nunca.

Después realizamos un estudio de la relación entre el consumo de anfetaminas y cocaína en la patología psiquiátrica de estos adolescentes hospitalizados en Unidades de Psiquiatría de adolescentes.

4.1.3.3. ANÁLISIS COMPARATIVO RESPECTO AL CONSUMO DE CANNABIS EN LA MUESTRA HOSPITALARIA

4.1.3.3.1. Datos sociodemográficos

La **edad** no resultó ser una variable que diferenciara a los adolescentes hospitalizados que consumían cannabis y los que no. La edad media de los primeros fue 15,50 (1,106 DE) frente a 15,16 años (1,119 DE) que no consumían ($p=0,306$). Si bien es verdad que la edad media de los adolescentes que ingresan en las Unidades de Psiquiatría de adolescentes suele ser de 15,50 años, independientemente del diagnóstico, por lo cual es comprensible que esta variable no diferenciara los dos grupos.

El **sexo** sí que se mostró como una variable estadísticamente significativa en la diferenciación de ambos grupos: consumen cannabis el 74,1% de los varones de la muestra y el 38,1% de las mujeres ($p=0,017$). La predominancia de los varones como consumidores de sustancias es un resultado estable en la literatura, como mencionamos en el apartado 1.3.4.

Al igual que en la muestra ambulatoria, ser **adoptado** o **inmigrante** no resultaron variables estadísticamente significativas en relación al consumo de cannabis ($p=0,203$ y $p=0,907$ respectivamente).

El **lugar de residencia del adolescente** (familia vs. centro residencial de menores), tampoco diferenció los dos grupos de modo significativo ($p=0,214$). Los adolescentes que consumen cannabis residen en un 75,9% de los casos con sus familias, y el 24,1% en centros residenciales de menores; en comparación los que no han consumido cannabis que residen con sus familias en el 81,3% y en centros de menores el 18,8%. Sin embargo la agrupación por residencia «con ambos padres», «padres separados», «otros familiares», o en «hogares funcionales o centros residenciales» sí resultó ser estadísticamente significativa ($p=0,021$): de los que consumen cannabis, sólo el 28,6% viven con ambos padres, el 46,4% son hijos de padres separados, el 21,4% viven en hogares funcionales y un 3,6% corresponde a los casos que residen con uno sólo de los padres por haber fallecido el otro; si hacemos la lectura inversa, de los que viven con ambos padres consumen el 36,4%, de los que viven con madre o padre por estar separados consumen el 86,7%, de los que viven en hogares funcionales consumen el 66,7%, y en los casos cuyo padre o madre ha fallecido consume un 50% (uno de dos casos).

En el análisis de las variables clínicas, la **duración del ingreso** sí resulta estadísticamente significativa en función del consumo de cannabis, siendo inferior en los pacientes que sí consumen cannabis (18,93 días de media frente a 42,89), lo cual puede explicarse en función de los diagnósticos: los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) elevan en gran medida la media de estancia hospitalaria frente al resto de diagnósticos (73,64 días de media [DE= 41,529] frente a 14,62 [DE= 15,935]; $p=0.001$). Tengamos en cuenta que en los pacientes con TCA la prevalencia del consumo de cannabis alguna vez en la vida es muy baja (7% en esta muestra).

El nivel de **Ocupación habitual** de estos adolescentes no diferenció los dos grupos. Estudian el 71,4% de los que consumen cannabis y el 84,2% de los que no lo han consumido nunca. Carecen de ocupación escolar o laboral alguna el 25% de los que han consumido cannabis alguna vez en la vida y el 10,5% de los que no lo han consumido, no siendo diferencias estadísticamente significativas. Si bien este nivel de ocupación refleja la gravedad de esta muestra de adolescentes ingresados en Unidades de hospitalización psiquiátrica.

Como último aspecto dentro de esta apartado queremos destacar los **Antecedentes personales judiciales** de estos sujetos, variable que diferencia a ambos grupos. El 20,7% de los sujetos que han consumido cannabis alguna vez en la vida y el 0% de los que no lo han consumido, presentan este tipo de antecedentes ($p=0,056$).

4.1.3.3.2. Datos clínicos

Respecto al **antecedente personal de ingreso psiquiátrico previo** no hallamos diferencias estadísticamente significativas. Lo han presentado el 42,9% de los que han consumido cannabis y el 39,6% de los que no consumen ($p=0,478$).

Tampoco diferenciaron los dos grupos el **antecedente de tratamiento en Salud Mental antes de los 10 años** (lo habían precisado el 35,7% de los consumidores y el 26,3% de los no consumidores; ($p=0,900$). Ni tampoco se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al antecedente de **Tratamiento en Salud Mental entre los 10 años y los seis meses previos a la valoración** ($p=0,596$): habían precisado de dicho tratamiento el 50% de los consumidores y el 42,1% de los que no consumen. El **antecedente de tratamiento en Salud Mental en los seis meses previos** al ingreso tampoco demostró diferencias significativas: el 60,7% de los consumidores y el 63,2% de los que no consumen han estado en tratamiento en los meses previos al ingreso ($p=0,677$), lo cual refleja la gravedad de ambos grupos de pacientes.

El 7,1% de los adolescentes con historia de consumo de cannabis han precisado de **tratamiento específico de Toxicomanías**, diferencia no significativa estadísticamente ($p=0,564$), pero sí a tener en cuenta.

Ambos grupos también se diferenciaron por otros hábitos de consumo: tabaco y alcohol.

Respecto al **consumo de tabaco**, el 85,7% de los adolescentes que consumen cannabis reconocen fumar tabaco en comparación con el 10,5% de los no consumidores de cannabis ($p=0,000$). Recordemos que esta asociación entre tabaco y cannabis es un dato ya replicado en otros estudios, como el de Mayet et al (2012) quienes encuentran cómo el hábito de fumar generalmente precede al consumo de cannabis y otras drogas.

En cuanto al **consumo de alcohol**, el 85,7% de los adolescentes que consumen cannabis refieren consumir alcohol en comparación con el 15,8% del grupo sin consumo de cannabis ($p=0,000$). La tasa de consumo de alcohol que refieren estos adolescentes se refiere a aquellos que consideran que beben con regularidad. Se trata de una cifra alta en el caso de los que consumen cannabis, superior a la publicada en la encuesta ESTUDES (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2014), donde se documenta cómo en el año 2012 el 74% de los estudiantes de 14-18 años refiere haber consumido alcohol en el último mes.

También hallamos diferencias estadísticamente significativas entre el consumo de cannabis y la media de UBE (Unidades de Bebida Estandar) de alcohol que cuando beben suelen tomar, en el sentido que los sujetos que han consumido cannabis cuando beben alcohol lo ingieren en mayores cantidades. El 32,1% de los adolescentes que han consumido cannabis cuando beben alcohol ingieren más de 10 UBEs, el 25% entre 6-10UBE y el 28,6% de 1-5 UBEs. En comparación los adolescentes que no han consumido cannabis cuando ingieren alcohol la mayoría bebe entre 1-5 UBEs ($p=0,000$).

Respecto a los **antecedentes familiares de tratamiento en Salud Mental ambulatorio** no se encontraron diferencias entre ambos grupos: el 53,6% de los familiares del grupo de los consumidores y el 68,4% del grupo de los no consumidores había requerido de tratamiento en Salud Mental ambulatorio ($p=0,552$).

Tampoco hallamos diferencias respecto a **antecedentes familiares de tratamiento por Toxicomanía** ($p=0,934$) o por **alcoholismo** ($p=0,934$). Si bien queda una cierta duda sobre la ocultación o desconocimiento de este dato.

El **Motivo de ingreso** de estos adolescentes reflejó una tendencia hacia la diferencia estadísticamente significativa ($p=0,076$). En la Tabla 11 se detallan los resultados. Es muy relevante destacar cómo el motivo de consulta de Alteración de conducta es el más frecuente en ambos grupos, como es habitual en las consultas de Salud Mental en la adolescencia, pero es en el grupo con consumo de cannabis donde la prevalencia es muy elevada. Así mismo, hay que hacer hincapié en la mayor frecuencia de sujetos que requieren ingresos psiquiátricos por descompensación psicótica en el grupo con consumo de cannabis. Por el contrario, los sujetos que presentan trastornos de la alimentación consumen cannabis en baja medida.

Tabla 11. **Motivos de ingreso en Unidad de hospitalización Psiquiátrica**

MOTIVO DE CONSULTA	CANNABIS SI	CANNABIS NO
Alteración de conducta	50%	39,6%
Descompensación psicótica	25%	18,8%
Depresión-conducta suicida	14,3%	12,5%
Ansiedad- reacción adaptativa	3,6%	6,3%
Trastornos de alimentación	18,2%	81,8%

Paralelos a los resultados hallados en cuanto al motivo de ingreso, ambos grupos también se diferenciaron respecto al **Diagnóstico psiquiátrico** que emitieron los clínicos que les atendían durante su hospitalización psiquiátrica ($p=0,012$). En el grupo de los que relatan consumo de cannabis los diagnósticos más frecuentes fueron los Trastornos disociales (31%) y los Trastornos psicóticos (27,6%). Sin embargo en el grupo de los no consumidores los diagnósticos más frecuentes fueron los Trastornos de ansiedad/neuróticos/adaptativos (21,1%) y los Trastornos de la Conducta Alimentaria (18,8%). De modo más detallado se refleja en la Tabla 12.

Es muy importante resaltar cómo los diagnósticos de Trastornos disociales, Trastornos psicóticos y Trastornos depresivos (en menor medida) se hallan específicamente sobrerrepresentados en el grupo de los adolescentes que consumen cannabis y precisan de ingreso psiquiátrico. Datos que ya veíamos reflejados en el motivo de consulta y que también presenta la muestra de tratamiento ambulatorio.

Ya destacamos en la Introducción y en el apartado anterior dedicado a la muestra ambulatoria la frecuente asociación que se halla entre cannabis y Trastorno disocial o de conducta y Trastorno psicótico. Estos dos trastornos psiquiátricos son los que con mayor frecuencia presentan los adolescentes que consumen cannabis y será a ellos a los que dirijamos en mayor medida la recomendación final sobre el abordaje terapéutico.

Tabla 12. Diagnósticos psiquiátricos de los sujetos del estudio

DIAGNÓSTICO	CANNABIS SI	CANNABIS NO
Trastornos de ansiedad/neuróticos/adaptativo	6,9%	21,1%
Trastornos disociales	31,0%	5,3%
Trastornos psicóticos	27,6%	10,5%
Trastornos depresivos	10,3%	5,3%
Trastornos de conducta alimentaria	4,2%	18,8%
Trastornos de personalidad	13,8%	10,5%
Trastorno Generalizado del Desarrollo	3,4%	0%

Específicamente recordemos sobre la relación de cannabis con Trastorno psicótico que parece ser una relación dosis dependiente, relacionado con la frecuencia y duración del consumo. Así Di Forti y colaboradores han hallado cómo la potencia del cannabis consumido y la duración del hábito son factores clave en el desencadenamiento de primeros episodios psicóticos. Murray y colaboradores también han hallado cómo tanto los síntomas psicóticos transitorios como la precipitación de esquizofrenia tienen una relación dosis dependiente con el consumo de cannabis (cit Shapiro y Buckley-Hunter, 2010).

También recordemos que parece que el inicio precoz en el consumo de cannabis está asociado con el inicio precoz de la psicosis (lo cual sabemos que es un factor de mal pronóstico para la evolución de la psicosis). Así Schimmelmann *et al.*, (2011) en una muestra de 358 pacientes con primeros episodios psicóticos, hallan cómo el inicio del consumo de cannabis a los 14 años o previamente se asociaba con una edad de inicio del primer episodio psicótico más precoz que aquellos pacientes que no habían presentado consumo de dicha sustancia. Van Gastel *et al.*, (2011) en su estudio de población general de 12-16 años destacan el hecho de la persistencia de asociación entre una edad de inicio precoz en el consumo de cannabis con la presencia de experiencias psicóticas positivas subclínicas incluso en la muestra de adolescentes que se habían abstenido del consumo de cannabis en el año previo a la valoración. Estos autores concluyen con el concepto de «Ventana de vulnerabilidad», refiriéndose al hecho de que el consumo de cannabis durante etapas específicas del desarrollo puede llevar a síntomas psicóticos persistentes y eventualmente incluso a una psicosis florida.

Además, en esta muestra hospitalaria vemos cómo la prevalencia de los Trastorno depresivos es doble en el caso de los adolescentes que consumen cannabis. Estos datos están en consonancia con la literatura, así Couwenbergh *et al.*, (2006) en una revisión bibliográfica, señalan que esta relación se detecta en el 3-48% de los casos. Por su parte Armstrong y Costello (2002) en otra revisión de la literatura encuentran que la comorbilidad entre trastornos por uso de sustancias (incluido cannabis) y depresión en adolescentes varía entre el 11,1% y el 32%, con una mediana de 18,8% (porcentaje superior al hallado por nosotros, si bien en nuestro caso los sujetos no presentaban una patología tan severa en relación al consumo de cannabis).

Esta asociación entre depresión y consumo de cannabis parece verse más intensamente en el caso de sujetos con consumos más intensos. Confirmándolo está el estudio de Turner *et al.*, (2004) con una muestra de 4421 adolescentes atendidos en unidades ambulatorias de Trastornos por consumo de sustancias, en los cuales observan cómo los trastornos depresivos son la segunda entidad clínica más frecuentemente comórbida (36%), tras los trastornos de conducta.

No obstante, en un estudio de población general también se han encontrado estos hallazgos, como Groth *et al.*, (2011) que observan cómo adolescentes de 17-19 años que consumen cannabis presentaban significativamente más síntomas depresivos en comparación con las que no fumaban ni consumían ninguna sustancia. En el estudio de Patton *et al.* (2002) quienes detectan cómo el consumo semanal o más frecuente en adolescentes predijo un incremento del riesgo de aproximadamente dos veces de presentar posteriormente depresión y ansiedad.

Respecto al diagnóstico de consumo patológico de cannabis (**consumo perjudicial, abuso o dependencia**) sólo o asociado a otras sustancias, hallamos, como es de esperar, diferencia estadísticamente significativa ($p=0,000$). El 42,9% de los que han consumido cannabis alguna vez en la vida en el momento de la hospitalización psiquiátrica presentan este tipo de consumo de cannabis; y el 3,6% de cannabis y otras sustancias.

El estudio comparativo entre los dos grupos de adolescentes aplicando la **escala ICG** (nivel de severidad o gravedad) al ingreso no aportó diferencias entre los adolescentes que consumen cannabis y los que no ($p=0,094$). Las distribuciones en ambos subgrupos fueron las siguientes: Moderadamente enfermo el 7,1% de los que consumen y el 15,8% de los que no; Marcadamente enfermo 39,3% y 36,8% respectivamente; Gravemente enfermo 50% y 42,1% respectivamente y Extremadamente enfermo 3,6% y 5,3%. Posiblemente la razón de la falta de diferencia significativa entre ambos grupos es que se trata en el total de una muestra de adolescentes con grave patología psiquiátrica (muestra uniforme de gravedad puesto que todos han precisado hospitalización psiquiátrica) independiente del motivo del ingreso.

Sin embargo, sí detectamos diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos de adolescentes respecto al nivel de funcionamiento previo al ingreso valorado por la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG). Hallamos diferencia entre la valoración media en cada grupo: 41,11 (13,27 DE) puntos los que han consumido cannabis alguna vez en su vida frente a 50,00 (14,29 DE) los no consumidores ($p=0,034$). De este modo observamos cómo el nivel de funcionamiento previo a la hospitalización era mejor en los no consumidores.

4.1.3.3.3. Estudio comparativo de CBCL y YSR

En el **estudio comparativo del CBCL** entre los dos grupos (consumo de cannabis alguna vez en la vida y no consumo) hallamos diferencias estadísticamente significativas en la escala Conductas delictivas, tanto analizando las diferencias del porcentaje de sujetos de cada grupo que puntuaban en cada escala a partir del punto de corte del nivel patológico ($p=0,032$), como en la valoración de la diferencia de medias ($p=0,031$). De modo más detallado hallamos cómo el 55,6% de los adolescentes que han consumido cannabis son valorados en rango patológico en esta escala por sus padres, en comparación con el 17,6% de los no consumidores. Respecto a la valoración de las puntuaciones medias, el grupo de consumidores presentaba una media de 8,94 (5,472 DE) frente a 5,29 (3,901 DE) en el grupo de no consumidores.

En la autovaloración mediante el **YSR**, encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en las escalas: Problemas atencionales ($p=0,006$), Conductas delictivas ($p=0,002$) y Externalización (0,04). El 42,9% de los adolescentes que habían consumido cannabis y el 5,6% de los que

no presentaban puntuación en rango patológico en la escala de Problemas atencionales. En Conductas delictivas puntuaban en rango patológico el 57,11% de los consumidores de cannabis y el 11,1% de los no consumidores. Y finalmente, en la escala Externalización, el 64,3% de los que consumen cannabis y el 33,33% de los no consumidores presentan autovaloraciones en rango patológico.

Podemos por lo tanto constatar cómo tanto en la valoración de los padres, CBCL, como la autovaloración de los pacientes, YSR, se destaca como anómalo la mayor presencia de conductas delictivas asociadas al consumo de cannabis. Además, los adolescentes que consumen se perciben en mayor medida con problemas atencionales y conductas de externalización. Estos resultados también los hallamos en la muestra ambulatoria.

Estos resultados van paralelos a los motivos de consulta y diagnósticos psiquiátricos más frecuentes que presentan los adolescentes con consumos como hemos referido anteriormente. Los problemas de atención probablemente son secundarios a los trastornos psiquiátricos, y se asociarán con el menor rendimiento escolar de los sujetos con consumo de cannabis que también hemos relatado.

En nuestros pacientes hospitalizados no hemos hallado en la valoración del CBCL y YSR mayor medida de resultados patológicos en la escala de problemas del pensamiento como sí han hallado otros autores (Monshouwer K *et al.*, 2006), especialmente en casos de consumo más intenso.

4.1.3.4. ANÁLISIS COMPARATIVO RESPECTO AL CONSUMO DE ANFETAMINAS Y COCAÍNA EN LA MUESTRA HOSPITALARIA

Dado que todos los adolescentes que consumían o habían consumido en su vida estas sustancias también consumían cannabis, el estudio exhaustivo de la población lo hemos centrado en analizar cómo son los adolescentes que consumen cannabis, sabiendo que un grupo de mayor riesgo o gravedad añadirá consumo de estas otras drogas.

De cara al estudio comparativo entre los sujetos que consumen estas drogas y los que no, nos hemos centrado en analizar el diagnóstico psiquiátrico, para valorar directamente la psicopatología o incremento de riesgo psicopatológico que anfetaminas y cocaína provocan en los adolescentes.

Respecto a los menores que refieren haber consumido alguna vez en su vida anfetaminas, los diagnósticos psiquiátricos que presentan en su hospitalización son: Trastorno Psicótico (40%), Trastorno disocial (20%), Trastorno de personalidad (20%), Trastorno depresivo (13,3%) y Trastorno de ansiedad (6,7%), siendo la diferencia con el grupo que no ha consumido esta sustancia altamente significativa ($p=0,000$). Observamos cómo el mayoritario es el diagnóstico de Trastorno psicótico (8 veces más frecuente en este grupo que en el que no consume anfetaminas).

En relación con los que han consumido cocaína alguna vez en la vida los diagnósticos psiquiátricos que presentan en su hospitalización son: Trastorno Psicótico (33,3%), Trastorno de personalidad (25%), Trastorno disocial (16,5%), Trastorno de ansiedad (16,7%) y Trastorno depresivo (8,3%), siendo la diferencia con el grupo que no ha consumido esta sustancia altamente significativa ($p=0,000$). Observamos cómo el mayoritario es el diagnóstico de Trastorno psicótico (cinco veces más frecuente en este grupo que en el que no consume anfetaminas).

Por lo tanto, el consumo de anfetaminas y cocaína incrementa el riesgo de presentar Trastorno disocial como en el consumo de cannabis, pero en mucha mayor medida los Trastornos psicóticos. Por lo que en sujetos que realizan policonsumo de cannabis y estas drogas esperaremos una mayor prevalencia de estas dos entidades clínicas. Por ello serán a estos dos trastornos a los que dirijamos de modo más específico las recomendaciones de este informe.

4.2. ANÁLISIS DE LAS TÉCNICAS, ABORDAJES TERAPÉUTICOS, ESQUEMAS ORGANIZATIVOS EMPLEADOS EN SALUD MENTAL INTRA Y EXTRAHOSPITALARIA DE LA CAPV PARA ATENDER A ADOLESCENTES CON CONSUMOS DE CANNABIS U OTRAS DROGAS

Los diferentes profesionales de Osakidetza (Salud Mental ambulatoria y hospitalaria) que colaboraron en la recogida de pacientes para el estudio respondieron a diferentes cuestiones, a juicio de su experiencia profesional, que a continuación detallamos.

4.2.1. Información sobre cada uno de los centros que colaboran en el proyecto sobre la asistencia a los adolescentes que presentan consumo de alcohol, cannabis y otras drogas

Los diferentes Centros de Salud Mental infanto-juveniles destacan la baja prevalencia de adolescentes con consumo de sustancias que atienden. En aquellos que conocen de su consumo no se lleva a cabo ningún abordaje terapéutico específico diferenciado de los realizados con el resto de pacientes, salvo analíticas de control de tóxicos. Sin embargo, en aquellos casos en que la patología del consumo de sustancias se considera relevante son derivados a tratamiento a Centros de Salud Mental especializados en Toxicomanías que atienden a adolescentes o a otras instituciones como Proyecto Hombre, Etorkintza o Agipad, entre otras.

En el caso de los Centros de Salud Mental que atienden a Toxicomanías sí desarrollan la atención específica a adolescentes que consumen cannabis y otras drogas, pero a dichos centros se derivan aquellos casos en los que la patología secundaria al consumo (abuso o adicción) es el centro de atención.

Por ello, en relación con la atención en Salud Mental ambulatoria de Osakidetza parece existir una carencia en el abordaje preventivo y de intervención en los adolescentes que consumen sin llegar al abuso o la adicción. En aquellos que los consumos se relacionan con otra psicopatología (ej: episodio psicótico o Trastorno de conducta) se aborda dicho trastorno, pero no de modo específico también el consumo de cannabis u otras drogas.

Respecto a los Servicios de Psiquiatría donde se hospitalizan adolescentes, el único que desarrolla un abordaje más especializado es el Hospital Universitario de Basurto, donde se desarrollan dos programas específicos: uno dirigido a los Trastornos de conducta en la adolescencia (incluyendo abordaje a los consumos de sustancias comórbidos) basado en Terapia Dialéctica Conductual; y otro de abordaje grupal a los jóvenes con consumos de sustancias y episodio psicótico. Estos dos abordajes nos parecen factibles de ser aplicados en otros dispositivos de Osakidetza, por lo que los desarrollaremos en mayor medida en el apartado dedicado a la Recomendación final.

4.2.2. Sugerencias para la elaboración de la propuesta de programa de intervención específico que se podría realizar en el contexto de la atención de Salud Mental de Osakidetza (intra y extrahospitalaria)

El común de los expertos insistieron en ciertos componentes básicos del tratamiento o protocolo para la atención a los adolescentes que consumen cannabis u otras drogas:

- Abordaje individual con el paciente en una alianza terapéutica.
- Tratamiento grupal de los adolescentes con orientaciones psicoeducativas.
- Capacidad de respuesta rápida.
- Abordaje familiar: orientaciones individuales a padres y grupos de orientación-apoyo para padres.

5. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones finales vamos a diferenciarlas en tres apartados:

- Recomendaciones sobre la valoración y el diagnóstico de los adolescentes que consumen cannabis u otras sustancias.
- Recomendaciones generales relativas al abordaje terapéutico.
- Recomendaciones específicas: Propuesta de intervención para la atención a los adolescentes que consumen cannabis u otras drogas en los dispositivos de Salud Mental de Osakidetza en la CAPV.

5.1. RECOMENDACIONES SOBRE LA VALORACIÓN Y EL DIAGNÓSTICO

Para este apartado seguiremos las recomendaciones de la Academia Americana de Psiquiatría del Niño y del Adolescente en su *Practice Parameter* (2005), guía para la valoración y tratamiento de estos pacientes.

5.1.1. Detección

La valoración psicopatológica de los niños mayores y adolescentes requiere de la realización de preguntas específicas y desde distintos puntos de vista para la detección de posible consumo de alcohol, cannabis u otras drogas.

Será necesario preguntar por la existencia de estos consumos, su frecuencia, la presencia de consecuencias negativas secundarias y la actitud del menor hacia el consumo. Existen además instrumentos de screening que pueden utilizarse para esta finalidad.

5.1.2. Ante la detección de consumo en la valoración

En caso de que se detecte dichos consumos la valoración del profesional de la salud mental deberá ser más exhaustiva, encaminada a la realización de un correcto diagnóstico sobre el hábito de consumo.

La actitud del clínico debe ser flexible, sin emitir juicios, mostrando un interés genuino por el menor.

La valoración del consumo deberá hacerse exhaustivamente: edad de inicio, progresión, frecuencia, contexto en el que se lleva a cabo, consecuencias directas e indirectas, actitud del menor, expectativas, conciencia de problema, deseo de abandonar el hábito, deseo de realizar tratamiento, antecedentes de tratamientos previos. Es recomendable realizar esta valoración siguiendo la metodología de entrevista motivacional, como señalaremos en el apartado de recomendaciones dirigidas al tratamiento.

Muy relevante es el diagnóstico diferencial en estos casos y más teniendo en cuenta, como ya hemos destacado reiteradamente en este informe, que la clínica que presente el menor puede ser debida a entidades clínicas previas al consumo, a trastornos comórbidos o a psicopatología secundaria al consumo.

5.1.3. Análisis toxicológico rutinario

Los análisis de tóxicos en orina, generalmente, pero también en sangre en ocasiones, forman una parte relevante de la evaluación de estos casos, así como del control a lo largo del tratamiento.

5.2. RECOMENDACIONES GENERALES SOBRE EL TRATAMIENTO

Como principios básicos y guía del tratamiento destacamos las recomendaciones de la Academia Americana de Psiquiatría del Niño y del Adolescente en su *Practice Parameter* (2005) referidas a los Trastornos por Uso de Sustancias (TUS). Estas indicaciones son aplicables como orientaciones generales a todos los adolescentes con consumos de cualquier intensidad, pero más en específico a los pacientes de la muestra con TUS, los diagnosticados de Consumo Perjudicial-Abuso o Dependencia (19% de los que han consumido cannabis en la muestra ambulatoria y 46,5% de los consumidores de la muestra hospitalaria):

- Los adolescentes con Trastorno por uso de sustancias (TUS) deben recibir tratamiento específico para este trastorno.
- Los adolescentes con TUS deben ser tratados en el entorno clínico menos restrictivo que sea seguro y efectivo.
- La terapia de familia o el abordaje familiar-padres deberá ser un componente del tratamiento.
- Los programas de tratamiento y las intervenciones deben desarrollar procedimientos que minimicen el abandono del tratamiento y que maximicen la motivación y el cumplimiento terapéutico.
- Las medicaciones pueden ser útiles para el manejo de síntomas de abstinencia, *craving* y para algunos trastornos comórbidos.
- Los trastornos comórbidos deben ser tratados apropiadamente.
- El tratamiento debe fortalecer y desarrollar el apoyo de iguales, especialmente de entornos sin consumo de tóxicos.
- Los programas de tratamiento deben proporcionar adecuado seguimiento tras la finalización del abordaje al TUS para continuar con la intervención dirigida a la psicopatología comórbida, al proceso madurativo del adolescente y a otras necesidades del paciente y su familia.

5.2.1. Componentes básicos del tratamiento de adolescentes con consumos de cannabis u otras sustancias

En base a las investigaciones llevadas a cabo y al conocimiento clínico de esta patología podemos destacar ciertos aspectos básicos en el tratamiento de estos adolescentes, los cuales desarrollaremos a continuación.

Todos los programas de intervención incluyen **aspectos educativos** para el paciente y/o familiares (padres) dirigidos a incrementar el conocimiento sobre las drogas, sus efectos y consecuencias. Se considera que esta formación debe ser el primer paso con el que comenzar el tratamiento. También se ha visto cómo el nivel de conocimiento del adolescente sobre estas sustancias y sus posibles efectos está relacionado con los años de escolarización (Arnau *et al.*, 2011), lo cual abre una puerta a la intervención preventiva a través de la formación que se puede impartir desde los centros escolares.

En segundo lugar, otro aspecto fundamental a considerar es la **motivación al cambio** que el adolescente presente y la **motivación hacia la búsqueda de ayuda** y tratamiento. Estos aspectos resultan especialmente difíciles para los adolescentes que consumen cannabis u otras drogas puesto que en ellos es característico la negación de la adicción o del consumo y la ambivalencia (si no franco rechazo) hacia el tratamiento.

Hasta la fecha es parco el conocimiento de los factores que influyen en la motivación para que estos adolescentes abandonen o reduzcan su consumo. Se sabe que los trastornos externalizantes impactan negativamente en la adherencia del adolescente al tratamiento. Además, aspectos como el con-

sumo en padres o la falta de apoyo de los mismos hacia el adolescente se han visto como factores que inciden negativamente en la motivación. También el apoyo del grupo de iguales a favor del tratamiento es un factor fundamental para el mismo. Respecto de la intensidad del consumo previo al inicio del tratamiento se han encontrado resultados contradictorios, llegando a ser un factor tanto a favor como en contra de la motivación el alto consumo previo al inicio del abordaje terapéutico (Austin *et al.*, 2010).

Con la finalidad de incrementar la motivación para el tratamiento y el cambio, Millner y Rollnick idearon la **Entrevista Motivacional** (Miller y Rollnick, 2002). En la actualidad se dispone de adaptaciones a adolescentes y jóvenes adultos realizadas por McCambridge y Strang (2003) y por Naar-King y Suárez (2011). Además se dispone de una muy reciente adaptación para la intervención en grupo (Wagner e Ingersoll, 2013).

La Entrevista Motivacional es un método dirigido a promover el cambio, una forma de guiar, centrada en la persona y en colaboración con ella, encaminada a desarrollar y fortalecer su motivación al cambio.

Muchas investigaciones avalan esta entrevista como medio de incrementar la motivación para el cambio y la adherencia al tratamiento por parte del adolescente (Burke *et al.*, 2005; Naar-King y Suárez, 2011, entre otros) y en otros estudios se aplican elementos de la misma junto con otros abordajes terapéuticos (como el «CAN Stop» de Baldus *et al.*, 2011).

McCambridge *et al.*, (2011) hallaron cómo incluso una única sesión de entrevista motivacional se asoció significativamente con el cese del consumo en una evaluación tres meses después, detectando estos autores cómo el espíritu de la entrevista y la proporción de reflexiones complejas fueron predictivos de modo independiente del cese del consumo. Wei y colaboradores (2011) constataron cómo el nivel de motivación al cambio al alta de un programa de tratamiento residencial de adolescentes con TUS se asociaba el nivel de integración social al alta.

Arnau *et al.*, (2011), en un estudio realizado en España, comparan la eficacia de un programa de entrevista motivacional con otro estándar sobre el conocimiento de drogas por parte de una muestra de 113 adolescentes (12-17 años) consumidores de sustancias psicoactivas. Encuentran cómo los que reciben el programa de entrevista motivacional incrementaron significativamente en mayor medida el conocimiento sobre las drogas en comparación con los de la intervención habitual. El mismo grupo (Goti *et al.*, 2010), sin embargo, al comparar al grupo de 59 adolescentes con consumos de sustancias a los que fue incluido en un programa de intervención (una sesión de una hora de entrevista motivacional con el menor y una sesión con los padres o responsables del adolescente de tipo educativa y de orientación) con el otro grupo de 44 adolescentes con semejantes consumos de sustancias y aspectos sociodemográficos a los que se les ofreció el tratamiento habitual, no identificó cambios entre ambos en otras variables relevantes como son la intención de consumir o la percepción del riesgo del consumo. Estos autores concluyen recomendando la implementación de programas de tratamiento específicos para los adolescentes que consumen sustancias psicoactivas, los cuales probablemente deberán ser de una intensidad superior a una intervención breve para poder resultar efectivos.

En diferentes programas que han demostrado su eficacia se incluye bien esta entrevista o elementos de la misma junto con otros abordajes terapéuticos complementarios. También se ha evidenciado que no es suficiente como intervención única en adolescentes de muestras clínicas, dado su mayor nivel de gravedad y comorbilidad. En este sentido está el estudio de Baker y colaboradores quienes encuentran baja respuesta a una intervención de entrevista motivacional en una muestra de adolescentes hospitalizados en una Unidad psiquiátrica, entre sus resultados destaca la falta de modificación de prevalencia del consumo de cannabis doce meses después. Estos autores concluyen que sería preciso continuar con abordajes terapéuticos ambulatorios al alta de la hospitalización psiquiátrica de estos adolescentes.

Parece por lo tanto que la entrevista motivacional es adecuada para el adolescente para incrementar la retención en el tratamiento y su motivación para el cambio, pero por sí sola no parece poder producir cambios evidentes en el consumo y en la comorbilidad que los adolescentes con TUS pueden presentar (Goti Elejalde *et al.*, 2013).

Como continuación del abordaje psicoterapéutico de estos sujetos se precisa de técnicas psicoterapéuticas que a continuación pasamos a detallar.

5.2.2. Intervenciones psicoterapéuticas

5.2.2.1. Terapias de incremento motivacional

Las Terapias de incremento motivacional son adaptaciones de terapias breves desarrolladas a partir de técnicas de entrevista motivacional.

Diversas investigaciones las han evaluado, hallando resultados positivos. Así, Walker *et al.*, (2011) estudiando adolescentes consumidores de cannabis, encuentran un descenso del consumo de dicha sustancia en los adolescentes sometidos a Terapia de incremento motivacional en su evaluación tres y doce meses tras la intervención.

No obstante, parece que por sí solas estas intervenciones son insuficientes para producir cambios sustanciales en el consumo y en los síntomas de psicopatología de los pacientes adolescentes que consumen sustancias (Goti Elejalde *et al.*, 2013). Por ello se han utilizado en combinación con otros abordajes psicoterapéuticos, especialmente Terapia Cognitivo Conductual, demostrando ser más eficaz este tratamiento combinado. En este sentido Ramchand y colaboradores (2011) valoran la eficacia de su programa MET/CBT5 (cinco sesiones de Terapia de incremento motivacional con Terapia Cognitivo Conductual) aplicado a una muestra de adolescentes de 12 a 18 años con Trastornos por consumo de cannabis y hallan cómo los que siguieron dicho programa mostraron mayor reducción en la frecuencia de consumo de cannabis, en los problemas secundarios al consumo y en comportamientos ilegales doce meses después de comenzar el tratamiento, en comparación con una intervención comunitaria.

5.2.2.2. Terapia Cognitivo Conductual (TCC)

Este tipo de técnica psicoterapéutica se ha aplicado con éxito en los adolescentes con TUS.

Existen varios programas diseñados específicamente para su aplicación en este grupo de población, de modo individual o grupal, centrando el tratamiento especialmente en la reestructuración cognitiva, el manejo de emociones negativas y el entrenamiento en estrategias de prevención de recaídas. Además la mayoría de estos programas incluyen estrategias motivacionales y manejo de contingencias familiares (Goti Elejalde *et al.*, 2013).

De entre los programas de TCC desarrollados destacamos el que anteriormente hemos comentado de Ramchand y colaboradores (2011): MET/CBT5.

Además mencionamos otro como el «Seeking safety», programa específico para pacientes que además del trastorno por uso de sustancias presentan Trastorno por Estrés Postraumático (Najavitis *et al.*, 2006 y 2007; cit en Goti Elejalde *et al.*, 2013).

5.2.2.3. Terapia Dialéctica Conductual

La Terapia Dialéctica Conductual (TDC) fue desarrollada inicialmente por Linehan (1993) para el tratamiento de mujeres con Trastorno Límite de Personalidad y conductas parasuicidas crónicas. En 1997 Miller, Rathus y Linehan publican el primer artículo sobre la adaptación de la TDC a población adoles-

cente suicida y finalmente los mismos autores publican en 2006 la manualización con las especificidades desarrolladas para los adolescentes.

A partir de entonces son ya bastantes numerosas las publicaciones e investigaciones realizadas con este tratamiento psicoterapéutico, habiéndose desarrollado adaptaciones para diferentes tipos de trastornos, entre los que destacamos los Trastornos de conducta y los Trastornos por Uso de sustancias.

Se trata de un tratamiento exhaustivo que incluye los siguientes componentes: psicoterapia individual, entrenamiento grupal en habilidades psicosociales para pacientes, entrenamiento grupal de habilidades psicosociales para familia (padres, tutores), grupo de supervisión del terapeuta, grupo de licenciados y coaching telefónico.

Se considera un tratamiento efectivo para los adolescentes con dificultades de regulación de las emociones que favorecen el descontrol conductual (MacPherson y Cheavens, 2013).

Específicamente respecto de la efectividad para el tratamiento de adolescentes con Trastornos de Conducta, ya Trupin *et al.*, (2002) estudiando una muestra de mujeres adolescentes de centros de justicia juvenil, encontraron cómo el componente de entrenamiento en habilidades psicosociales de la TDC se asoció con la mejoría de los problemas de conducta y reducción de respuestas punitivas del staff en uno de los dos centros en que se realizó el tratamiento.

Nelson-Gray *et al.*, (2006) hallan en una muestra de adolescentes con Trastorno Negativista Desafiante (TND) cómo el entrenamiento en habilidades de TDC resultó ser efectivo con una reducción significativa de la clínica oposicionista y los síntomas externalizantes a juicio de los padres o tutores (valorado mediante CBCL), y de una reducción significativa de la clínica del TND y de síntomas externalizantes según el criterio de los adolescentes autoevaluados mediante YSR., y mejoría del estado de ánimo según autoevaluación con CDI (Child Depression Inventory).

También Groves *et al.*, (2012) revisan la literatura y apoyan la efectividad de la TDC para el abordaje de los Trastornos externalizantes en el adolescente: conductas agresivas e impulsivas.

En población adulta con comportamientos agresivos y síntomas de desregulación emocional (ira, rabia) también se ha visto su eficacia (Frazier y Vela, 2014).

En cuanto al abordaje de adolescentes con TUS, esta técnica se ha adaptado y ya existen estudios que avalan su efectividad (Conason, Oquendo y Sher, 2006).

5.2.2.4. Terapias de conducta

Intervenciones basadas en el condicionamiento operante han demostrado ser eficaces en el tratamiento de estos sujetos. Así, los programas de manejo de contingencias, incluidos como técnica complementaria dentro de un abordaje terapéutico más complejo, han sido utilizados extensamente para apoyar-reforzar el desarrollo de un objetivo terapéutico determinado (Goti Elejalde *et al.*, 2013).

5.2.2.5. Terapias de intervención familiar o Terapia de Familia

En todos los abordajes de adolescentes con consumo de cannabis se incluyen aspectos de intervención con sus familias (padres generalmente) de diferente magnitud dependiendo de los programas o de la patología o necesidades de los padres.

En un nivel terapéutico menor se hallan los grupos psicoeducativos para padres, en los que se realizan sesiones de educación y orientación familiar.

En niveles de mayor intervención terapéutica se encuentran abordajes como: Terapia familiar sistémica, Terapia familiar estructural, Terapia familiar multidimensional, Terapia familiar multisistémica (in-

tervención familiar y comunitaria), Terapia breve estratégica, Terapia de refuerzo comunitario o Terapia familiar conductual.

La Terapia de Familia parte de la base teórica que señala a los patrones de comunicación verbal y no verbal de la familia como la causa, el desarrollo y el mantenimiento de los problemas de adicción del menor. El consumo de sustancias del adolescente representaría un síntoma problemático mediante el cual se mantiene la homeostasis dentro del sistema familiar (Eddy, 2006).

En la revisión de Cottrell y Boston (2002) los autores concluyen que existe buena evidencia de la eficacia de las terapias de familia para el tratamiento de los Trastornos de conducta, Trastorno de abuso de sustancias y los Trastornos de conducta alimentaria de los adolescentes, así como en casos de familias con problemas múltiples y complejos. Sin embargo, se reserva generalmente este tipo de terapia para los casos más graves o no respondedores a otras intervenciones.

5.2.3. Para finalizar este apartado y a modo de **resumen** destacamos la muy interesante revisión realizada por Goti Elejalde *et al.*, (2013) respecto a la Patología dual en adolescentes. Estos autores señalan el consenso existente respecto a los **aspectos o componentes básicos del tratamiento a estos adolescentes**, los cuales son los siguientes:

- En el abordaje de la patología dual en adolescentes, el tratamiento debe ser integrado, atendiendo a la vez el TUS y el otro trastorno mental, de forma altamente coordinada entre los diferentes servicios implicados.
- La intervención deberá considerar diferentes estrategias (médicas y de enfermería, psicofarmacológicas, psicoterapéuticas, psicosociales) en diferentes formatos (individual, grupal, familiar, comunitario).
- Es preciso hacer énfasis en la prevención y la intervención precoz.
- Se recomienda la utilización de programas escalonados, en los que la intensidad de la intervención y de los recursos utilizados se adecúa a la gravedad de los problemas.
- Las técnicas motivacionales son una herramienta fundamental.
- La utilización de estrategias de vinculación y mantenimiento de la alianza terapéutica con el paciente y con sus progenitores o educadores es muy importante con el fin de que el paciente esté en contacto con el programa de tratamiento el tiempo suficiente.
- Las estrategias cognitivo-conductuales son una herramienta imprescindible.
- Las técnicas de manejo de contingencias, de acuerdo con los resultados de análisis de orina seriados o aleatorios, también pueden resultar un enfoque prometedor.
- La intervención familiar es un pilar fundamental para el tratamiento. A menudo se debe también intervenir en la escuela y en otros sistemas del entorno del adolescente.
- Las diferentes técnicas y estrategias de tratamiento deben ser adaptadas de forma individualizada.
- Debe considerarse de forma continuada a lo largo del seguimiento si procede la introducción de tratamiento psicofarmacológico de la problemática de consumo y/o de la comorbilidad psiquiátrica.
- Los programas de intervención deben ser altamente flexibles, de modo que permitan cambios en función de los resultados, así como una elevada disponibilidad del terapeuta para atender situaciones de crisis, adaptabilidad a los cambios, etc.

- Es necesaria una alta dosis de paciencia para obtener resultados estables.
- Es necesario hacer seguimientos a largo plazo debido a la posible cronicidad tanto del TUS como del trastorno comórbido.
- «No hay puerta de entrada errónea»: sea cual sea el servicio con el que contacte un adolescente de estas características, los profesionales encargados de recibirle deben tener la responsabilidad de responder a todas sus necesidades, aunque para algunas se requiera el contacto con otros programas o servicios.

5.3. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA LA ATENCIÓN A LOS ADOLESCENTES QUE CONSUMEN CANNABIS U OTRAS DROGAS EN LOS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL DE OSAKIDETZA EN LA CAPV

5.3.1. Programas escalonados

Como hemos comentado en el apartado anterior se recomienda la utilización de programas escalonados, en los que la **intensidad de la intervención** y de los recursos utilizados **se adecúe a la gravedad de los problemas**.

Por ello planteamos **3 niveles de atención**:

Nivel 1º: Menores con consumos ocasionales sin consecuencias psicopatológicas. Deberían ser atendidos en las consultas ambulatorias de pediatría o médico de atención primaria así como en dispositivos escolares. En aquellos casos en que se traten de adolescentes que presentan una patología psicológico o psiquiátrica de base se recomienda sean atendidos además en los dispositivos estándar de psiquiatría o psicología infanto-juvenil (Centros de Salud Mental, Consultas externas de Psiquiatría en hospitales generales). Para ellos el abordaje terapéutico debería englobar, como hemos comentado previamente, un abordaje educativo, seguido de una intervención motivacional y del tratamiento de la patología de base en aquellos que la presenten.

Nivel 2º: Menores con consumos que producen consecuencias psicopatológicas, pero que no presentan dependencia a dichas sustancias. A las intervenciones anteriores habrá que añadir la específica del trastorno comórbido al consumo de sustancias (Trastorno de conducta, episodio psicótico, Trastorno depresivo, etc), además de una intervención de mayor intensidad dirigida al consumo de cannabis u otras sustancias. Estos menores deben ser atendidos en dispositivos ambulatorios con programas ya más especializados tanto en el abordaje del consumo de sustancias como del de la patología comórbida. Además en ocasiones puede precisarse de hospitalización psiquiátrica en casos de descompensaciones agudas. En el siguiente apartado comentaremos una propuesta de intervención específica para los adolescentes que presentan consumo de cannabis y Trastorno de conducta o Trastorno psicótico comórbidos (los dos trastornos que se presentan con mayor frecuencia comórbidos) que se desarrolla en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Basurto, y que son programas factibles de poder llevarse a cabo en otros centros o unidades.

Nivel 3º: Menores con mayor patología en relación al consumo (abuso de mayor gravedad o dependencia) que requiera de una intervención ya muy especializada en un centro de tratamiento de Toxicomanías en el que se aborde de modo específico el tratamiento para adolescentes. En estos casos además de los abordajes incluidos en el nivel 1º y 2º se precisa de una intervención individual, familiar y comunitaria más intensiva.

5.3.2. Recomendaciones específicas: programas de intervención ante comorbilidad con Trastorno de conducta o Trastorno psicótico

A continuación queremos destacar dos recomendaciones específicas de tratamiento dirigidas a los adolescentes que consumen cannabis y presentan además Trastornos de conducta o Trastornos psicóticos. Son dos programas de intervención que se están desarrollando en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Basurto, por lo que pensamos que su aplicación en otros dispositivos de Osakidetza es factible y sin requerir de una carga económica relevante.

5.3.2.1. Abordaje terapéutico de los adolescentes con consumo de cannabis y Trastorno de conducta

Los adolescentes con consumo de cannabis u otras drogas y comórbidos trastornos externalizantes son los que presentan mayores tasas de recaídas. Esto puede ser debido a la influencia persistente de ciertas características de personalidad del sujeto que están en la base de las dos patologías, como la desinhibición conductual, la búsqueda de sensaciones o las conductas de oposición (Couwenbergh *et al.*, 2006). Ello deberá tenerse en cuenta en la elaboración del plan terapéutico para indicar un seguimiento a largo plazo con más necesidad en estos casos, como es el abordaje que pasaremos a recomendar.

Respecto al tratamiento de los adolescentes con Trastornos de Conducta nos remitimos al Informe de Investigación Comisionada del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco que elaboramos en el año 2010 (Fernández Rivas *et al.*, 2010). Desde entonces dicho diseño lo hemos venido aplicando en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Basurto con resultados positivos. Pero además hemos constatado cómo el abordaje terapéutico mediante Terapia Dialéctica Conductual, en su adaptación para adolescentes, resulta efectivo y con buena aceptación por parte de los menores (Fernández Rivas A *et al.*, 2014). Por ello, en la actualidad centramos el abordaje a los adolescentes con Trastornos de Conducta y consumo de cannabis u otras sustancias mediante la aplicación de esta técnica psicoterapéutica en todos sus componentes, lo cual pasamos a detallar y recomendar.

Consiste en un tratamiento exhaustivo que ya ha demostrado su efectividad en diferentes investigaciones, como hemos referido previamente en este informe. Combina tratamiento individual y abordaje familiar intensivos, además de considerar la necesidad de supervisión del terapeuta. Los componentes de la Terapia Dialéctica Conductual son los siguientes:

- **Psicoterapia individual:** inicialmente de frecuencia semanal, aunque en función de la evolución se puede modificar la intensidad de las sesiones. No existe un tiempo predefinido de duración, y recordemos además que es recomendable que el abordaje terapéutico sea de larga duración debido a las frecuentes recaídas en el consumo de cannabis u otras sustancias o de las conductas disruptivas. En la psicoterapia individual se ayuda al adolescente a poner en práctica las habilidades aprendidas en el grupo de habilidades, así como a analizar minuciosamente las situaciones problemáticas (análisis en cadena).
- **Entrenamiento grupal en Habilidades Psicosociales para el paciente:** en el caso de adolescentes, y acorde con la manualización para este grupo de edad, el entrenamiento en habilidades consta de 16 sesiones, con una frecuencia semanal de dos horas de duración cada sesión, y dos terapeutas. Las habilidades que se abordan son las siguientes: Habilidades Básicas de Conciencia (Mindfulness), Tolerancia al Malestar, Regulación de las Emociones, Efectividad interpersonal y Avanzando por el Camino del Medio. Todas ellas servirán para enseñar al adolescente a ser más capaz de tomar conciencia sobre sí mismo, sus emociones y pensamientos; ser más capaces de regular sus emociones, poder desarrollar técnicas para tolerar las situaciones de frustración y malestar; realizar interacciones sociales efectivas (cuidando del respeto personal y del respeto de la relación cuando se dirigen a conseguir un objetivo), y plantearse posiciones me-

nos extremas en su día a día junto con la comprensión de la importancia de la validación (auto-validación y validación a otros).

- **Entrenamiento grupal en Habilidades para padres:** en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Basurto realizamos en la actualidad este entrenamiento en 10 sesiones, frecuencia semanal, de 90 minutos de duración cada sesión, y dos terapeutas. Las habilidades que se abordan son las mismas que las del grupo de adolescentes. De este modo se pretende enseñar a los padres las mismas habilidades que a sus hijos para que puedan ayudarles en el día a día a ponerlas en práctica, además de ayudar a los padres a disponer ellos de más herramientas para afrontar la interacción con sus hijos.
- **Grupo de licenciados o graduados:** tras la finalización del grupo de Entrenamiento en Habilidades los adolescentes se incorporan a este grupo, de naturaleza experiencial, de frecuencia semanal, 60-90 minutos cada sesión (dependiendo del número de participantes), dos terapeutas y 6-12 meses de duración.
- **Coaching telefónico (entrenamiento telefónico):** se ofrece a los pacientes que están siendo atendidos en el programa completo la posibilidad de contactar telefónicamente con el equipo de terapeutas si se encuentran en una situación de crisis fuera del horario laboral habitual, específicamente se ofrece este componente de lunes a viernes 15-20h. El coaching sirve para poder ayudar al adolescente en los momentos de crisis a utilizar las técnicas aprendidas en el grupo. Se considera que el grupo de entrenamiento «pone las habilidades dentro del adolescente» y el coaching y la terapia individual «las saca fuera».
- **Grupo de supervisión:** todos los terapeutas que participan en este abordaje terapéutico en sus diferentes componentes se reúnen en el grupo de supervisión una vez a la semana para ayudarse unos a otros a mantenerse dentro de la terapia y a evitar el *burn out* del terapeuta. Este es un requisito básico y fundamental para mantener la efectividad del terapeuta en el tratamiento de sus pacientes.
- Si en algún momento de la evolución del paciente es necesaria la **hospitalización en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de adolescentes** del Hospital Universitario de Basurto, a lo largo del ingreso se realizan los grupos de Entrenamiento en Habilidades dos días a la semana de una hora de duración cada sesión, lo cual servirá para continuar incidiendo en este aspecto psicoterapéutico.

5.3.2.2. Abordaje terapéutico de los adolescentes con consumo de cannabis y Trastorno Psicótico

Como hemos destacado en el apartado de Introducción sabemos que el uso de cannabis en pacientes con psicosis agrava el pronóstico, influye en la adherencia al tratamiento e incluso en la efectividad de los fármacos antipsicóticos.

Por ello en dichos pacientes además de los aspectos básicos de tratamiento que hemos señalado en los apartados 5.1 y 5.2, incluido el tratamiento específico dirigido a la psicosis, queremos sugerir la inclusión de un abordaje grupal como el que se está realizando en la actualidad en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Basurto (Catalán Alcántara *et al.*, 2012) y evaluando su efectividad. Este abordaje terapéutico se podría llevar a cabo en los programas de intervención precoz de las psicosis (programa Lehenak: Primeros Episodios Psicóticos) o en dispositivos en consulta ambulatoria.

El objetivo es la intervención grupal específica para reducir o abandonar el consumo de cannabis en adolescentes que han presentado episodio psicótico reciente comórbido, una vez estabilizada la clínica.

ca psicótica. Incluye aspectos de psicoeducación, motivacionales y de intervención cognitivo-conductual. Programas semejantes han sido realizados en otros centros de destacado prestigio y presentan datos en la literatura que avalan su eficacia (Addington J y el-Guebaly, 1998; Addington J y Addington D, 2001; Edwards J *et al.*, 2006 y Kavanagh DJ *et al.*, 2003, entre otros).

Consiste en un programa de 14 sesiones de duración, 90 minutos cada sesión, distribuido en cuatro módulos. Los contenidos que se abordan son los siguientes:

- **Módulo A:** se explican objetivos de la intervención grupal, se trabaja la alianza terapéutica y se favorece la adhesión de los pacientes al tratamiento. La finalidad es garantizar la adherencia terapéutica y la implicación del paciente en el proceso de evaluación de la intervención. El componente fundamental de este módulo es la psicoeducación. Duración de 4 sesiones, en las que se trabaja lo siguiente:
 - Sesión 1: bienvenida al grupo, presentación, se explicará los objetivos principales del tratamiento. Se explicará la dinámica de funcionamiento, las normas del grupo. Valorar posibles fracasos previos de tratamiento.
 - Sesión 2: efectos del uso de cannabis, valorar la motivación del paciente para el uso del cannabis, identificar creencias erróneas.
 - Sesión 3: introducción al funcionamiento del tóxico y su relación con los efectos producidos. Efectos negativos a corto y medio plazo. Por ejemplo: problemas de memoria y aprendizaje, peores resultados académicos, abandono prematuro de los estudios, dependencia, trastornos emocionales (ansiedad, depresión) y de la personalidad, enfermedades broncopulmonares y determinados tipos de cáncer, trastornos del ritmo cardiaco (arritmias), psicosis (especialmente en individuos predispuestos).
 - Sesión 4: resumen de las sesiones anteriores, valoración de la integración por parte de los pacientes de lo expuesto, dudas, preguntas.
- **Módulo B:** se tratan aspectos psicoeducativos relacionados con la enfermedad psicótica, los síntomas, su relación con el consumo de sustancias y se elaboran pautas de resolución de problemas. Se incluye entrevista motivacional. Duración de 4 sesiones, en las cuales se trabaja según el siguiente esquema:
 - Sesión 5: evaluar la experiencia psicótica, elaborar una formulación psicológica.
 - Sesión 6: psicoeducación sobre los síntomas positivos y negativos de la psicosis, manejo de síntomas y emociones derivados de la experiencia psicótica.
 - Sesión 7: mantenimiento de los objetivos vitales. Entrevista motivacional.
 - Sesión 8: resumen de las sesiones anteriores, valoración de la integración por parte de los pacientes de lo expuesto, dudas, preguntas.
- **Módulo C:** se trabajan las habilidades para enfrentarse a las situaciones de riesgo y la prevención de recaídas. Duración de cuatro sesiones, en las que se distribuyen los contenidos del siguiente modo:
 - Sesión 9: relación entre el consumo, los síntomas y las dificultades.
 - Sesión 10: identificación de las situaciones de riesgo para el consumo.
 - Sesión 11: técnicas de resolución de problemas.
 - Sesión 12: puesta en marcha de las técnicas aprendidas, fijar metas tras el tratamiento.

- **Módulo D:** se repasan las habilidades y estrategias de los módulos anteriores. Duración de dos sesiones, en las cuales se abordan los siguientes temas:
 - Sesión 13: preparación de la transición a otros dispositivos asistenciales.
 - Sesión 14: valoración de las dificultades surgidas en este tiempo. Despedida y cierre.

6. CONCLUSIONES

- El consumo de cannabis en los adolescentes atendidos en los dispositivos de Salud Mental es una conducta frecuente que presentan o han presentado alguna vez el 18,10% de los sujetos de la muestra ambulatoria y el 58,33% de los que precisan hospitalización psiquiátrica. (Si bien consideramos que en la muestra ambulatoria pueda existir un sesgo de detección).
- El consumo de cannabis en los adolescentes se correlaciona estrechamente con el consumo de tabaco y alcohol, tanto en mayor frecuencia como cantidad.
- El consumo de cannabis en los adolescentes se correlaciona con un incremento de la psicopatología, específicamente de Trastornos de conducta, Trastornos psicóticos y Trastornos depresivos.
- Es preciso incluir en los dispositivos de tratamiento ambulatorio de Atención Primaria y Salud Mental de Osakidetza a adolescentes (no especializados en Toxicomanías) abordajes encaminados a la detección e intervención precoz del consumo de cannabis u otras drogas como aspecto fundamental en el tratamiento de estos sujetos.
- Proponemos los componentes fundamentales que dicho abordaje terapéutico debiera incluir: aspectos psicoeducativos, motivaciones, psicoterapia individual, grupal e intervención familiar.
- Proponemos además dos programas de intervención específicos para adolescentes con consumo de cannabis y Trastornos de conducta comórbidos, así como para adolescentes con consumo de cannabis y episodio psicótico, que se realizan en la actualidad en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Basurto. Programas que representan dos proyectos innovadores a nivel nacional y factibles de ser implementados sin una carga económica relevante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Achenbach TM. Manual for the Child Behavior Checklist / 4-18 and 1991 profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry. 1991a.
2. Achenbach TM. Manual for the Youth Self-Report and 1991 YSR profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry. 1991b.
3. Achenbach TM, Rescorla LA. Mental Health practitioners' guide for the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASE-BA). Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry. 2000.
4. Addington J, Addington D. Impact of an early psychosis program on substance use. *Psychiatr Rehabil J*. 2001;25[1]: 60-67.
5. Addington J, el-Guebaly N. Group treatment for substance abuse in schizophrenia. *Can J Psychiatry*. 1998;43[8]: 843-845.
6. Agrawal A, Lynskey MT, Madden PAF, Pergadia ML, Bucholz KK, Heath AC. Simultaneous cannabis and tobacco use and cannabis-related outcomes in young women. *Drug Alcohol Depend*. 2009 April 1; 101(1-2): 8-12. Doi: 10.1016/j.drugalcdep.2008.10.019.
7. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Official Action. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescent with Substance Use Disorders. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. 2005; 44(6): 609-621.
8. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición, texto revisado. Barcelona: Masson. 2002.
9. Armstrong TD, Costello EJ. Community Studies on Adolescent Substance Use, Abuse, or Dependence and Psychiatric Comorbidity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2002; 70(6): 1224-1239.
10. Arnau J, Bono R, Díaz R, Goti J. Drug Awareness in Adolescents Attending a Mental Health Service; Analysis of Longitudinal Data. *The Spanish Journal of Psychology*. 2011; 14(2): 724-733.
11. Arseneault L, Cannon M, Poulton R, Murray R, Caspi A, Moffitt TE. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *BMJ*. 2002; 325: 1212-1213.
12. Austin A, Hospital M, Wagner EF, Morris SL. Motivation for reducing substance use among minority adolescents: Targets for intervention. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2010; 39: 399-407.
13. Baker A, Lewin T, Reichler H, Clancy R, Carr V, Garret R, Sly K, Devir H, Terry M. Evaluation of a motivational interview for substance use within psychiatric in-patient service. *Addiction*. 2002; 97: 1329-1337.
14. Baldus C, Miranda A, Weymann N, Reis O, Moré K, Thomasius R. «CAN Stop» - Implementation and evaluation of a secondary group prevention for adolescent and young adult cannabis users in various contexts-study protocol. *BMC Health Services Research*. 2011; 11:80. <http://biomedcentral.com/1472-6963/11/80>.
15. Brière FN, Fallu J-S, Descheneaux A, Janosz M. Predictors and consequences of simultaneous alcohol and cannabis. *Addictive Behaviors*. 2011; 36: 785-788.
16. Burke PJ, O'Sullivan J, Vaughan BL. Adolescent Substance Use. Brief Interventions by Emergency Care Providers. *Pediatric Emergency Care*. 2005; 21(11): 770- 776.

17. Carreter Parreño J, García Castillo O, Ródenas Aguilar JL, Gómez Saldaña A, Bermejo Cacharrón Y, Villar Garrido I. Estudio cualitativo sobre el consumo de tóxicos en adolescentes. *Aten. Primaria*. 2011; 43(8): 435-439.
18. Casadio P, Fernandes C, Murray RM, Di Forti M. Cannabis use in young people: The risk for schizophrenia. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2011; 35: 1779-1787.
19. Catalán Alcántara A, González Torres MA, Sesma Pardo E, Caballero P, Gil P, Moreno T, Rodríguez Y, Ortega MA, Goitia B. Intervención grupal en pacientes con psicosis de inicio reciente y consumo de cannabis. *Ayudas a Proyectos de Investigación Sanitaria 2012*, nº expediente: 2012111120. Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco, 2012.
20. Chabrol H, Mabila JD, Chauchard E. Influence de la consommation de cannabis sur les idées suicidaires chez 491 adolescents scolarisés. *L'Encéphale*. 2008; 34:270-273.
21. Chabrol H, Massot E, Montovany A, Chouicha K, Armitage J. Modes de consommation, représentations du cannabis et dépendance: étude de 159 adolescents consommateurs. *Arch Pédiatr*. 2002; 8: 780-788.
22. Chan YF, Dennis ML, Funk RR. Prevalence and comorbidity of major internalizing and externalizing problems among adolescents and adults presenting to substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treat*. 2008; 34(1): 14-24.
23. Childs HE, McCarthy-Jones S, Rowse G, Turpin G. The Journey Through Cannabis Use. A Qualitative Study of the Experiences of Young Adults With Psychosis. *J Nerv Ment Dis*. 2011; 199: 703-708.
24. Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Cannabis II, Informes de la Comisión Clínica. Secretaria General de Política Social, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Política Social, Centro de Publicaciones. Madrid. 2009.
25. Conason AH, Oquendo MA, Sher L. Psychotherapy in the treatment of alcohol and substance abusing adolescents with suicidal behavior. *Int J Adolesc Med Health*. 2006 Jan; 18(1): 9-13.
26. Cottrell D, Boston P. Practitioner Review: The effectiveness of systemic family therapy for children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2002; 43(5): 573-586.
27. Couwenbergh C, van den Brick W, Zwart K, Vreugdenhil C, van Wijngaarden-Cremers P, van der Gaag RJ. Comorbid psychopathology in adolescents and young adults treated for substance use disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2006; 15: 319-328. Doi: 10.1007/s00787-006-0535-6.
28. De Hert M, Wampers M, Jendricko T, Franic T, Vidovic D, De Vriendt N, Sweers K, Peuskens J, van Winkel R. Effects of cannabis use on age at onset in schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophrenia Research*. 2011; 126: 270-276.
29. Díaz R, Goti J, García M, Gual A, Serrano L, González L, Calvo R, Castro-Fornieles J. Patterns of substance use in adolescents attending a mental health department. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2011; 20: 279-289.
30. Dragt S, Nieman DH, Schultze-Lutter F, van de Meer F, Becker H, de Haan L *et al*. Cannabis use and age at onset of symptoms in subjects at clinical high risk for psychosis. *Acta Psychiatr Scand*. 2012; 125: 45-53.
31. Eddy JM. Conduct disorders. The latest assessment and treatment strategies. Dean Psych Press Corp. d/b/a Compact Clinicals. Kansas City. 2006.
32. Edwards J, Elkins K, Hinton M, Harrigan SM, Donovan K, Athanasopoulos O, McGorry PD. Randomized controlled trial of a cannabis focused intervention for young people with first-episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;114[2]:109-117.

33. Elgar FJ, Phillips N, Hammond N. Trends in Alcohol and Drug Use Among Canadian Adolescents, 1990-2006. *Can J Psychiatry*. 2011; 56(4): 243-247.
34. Estrada G, Fatjó-Vilas M, Muñoz MJ, Pulido G, Miñano MJ, Toledo E, *et al*. Cannabis use and age at onset of psychosis: further evidence of interaction with COMT Val158Met polymorphism. *Acta Psychiatr Scand*. 2011; 123: 485-492.
35. Fergusson DM, Horwood LJ, Swain-Campbell N. Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood. *Addiction*. 2002; 97: 1123-1135.
36. Fernández Rivas A, González Torres MA, Abeijón JA, Bravo B, Fernández de Legaria JA, Guadilla ML *et al*. Abordaje integrado intra y extrahospitalario de los trastornos de conducta en la adolescencia. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco, 2010. Informe nº: Osteba D-10-01.
37. Fernández Rivas A, Sesma Pardo E, Kerexeta Lizeaga I, Díaz Cosgaya A, Orgaz Barnier P, Vivanco González E, *et al*. «¿Es efectivo el entrenamiento en habilidades psicosociales de Terapia Dialéctica Conductual para adolescentes?». Comunicación libre, premiada con el 1º premio de Comunicaciones libres. 59º Congreso de AEPNYA (Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente), Santander 29-31 Mayo. 2014.
38. Fox CL, Towe SL, Stephens RS, Walker DD, Roffman RA. Motives for Cannabis Use in High-Risk Adolescent Users. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2011; 25(3): 492-500.
39. Frazier S, Vela J. Dialectical behavior therapy for the treatment of anger and aggressive behavior: a review. *Aggression and Violent Behavior*. 2014; 19:156-163.
40. Freud A. Normality and Pathology in Childhood. London, The Institute Of Psycho-Analysis, Karnac Books. 1989.
41. Freud S. Tres ensayos para una teoría sexual (1905). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva. 1981.
42. Fuentes MC, García F, Gracia E, Lila M. Auto-concepto y consumo de sustancias en la adolescencia. Self-concept and drug use in adolescence. *Adicciones*. 2011; 23(4): 237-248.
43. Galéra C, Bouvard MP, Melchior M, Chastang JF, Lagarde E, Michel G, *et al*. Disruptive symptoms in childhood and adolescence and early initiation of tobacco and cannabis use: The Gazel Youth study. *European Psychiatry*. 2010; 25: 402-408. Doi: 10.1016/j.eurpsy.2010.06.002.
44. Goti J, Díaz R, Serrano L, González L, Calvo R, Gual A, *et al*. Intervention in substance-use among adolescent psychiatric patients: a randomized controlled trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010; 19: 503-511.
45. Goti Elejalde J, Díaz Hurtado R, Arango C. Patología Dual. Protocolos de intervención. Adolescentes. Edikamed SL, Barcelona. 2013.
46. Griffith-Lendering MFH, Huijbregts SCJ, Mooijaart A, Vollebergh WAM, Swaab H. Cannabis use and development of externalizing and internalizing behaviour problems in early adolescence: A TRAILS study. *Drug and Alcohol Dependence*. 2011; 116: 11-17.
47. Groth SW, Morrison-Beedy D. Smoking, Substance Use, and Mental Health Correlates in Urban Adolescent Girls. *J Community Health*. 2011; 36: 552-558.
48. Groves S, Backer HS, van den Bosch W, Miller A. Dialectical behavior with adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*. 2012; 17(2): 65-75.
49. Henquet C, Krabbendam L, Spauwen J, Kaplan C, Lieb R, Wittchen HU, *et al*. Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and psychotic symptoms in young people. *BMJ*. 2004; doi 10.1136/bmj.38267.664086.63.

50. Hollis C, Groom MJ, Das D, Calton T, Bates AT, Andrews HK, Jackson GM, Liddle PF. Different psychological effects of cannabis use in adolescents at genetic high risk for schizophrenia and with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Schizophrenia Research*. 2008; 105: 216-223.
51. Iskandar JW, Griffeth B, Sharma T. Marijuana-induced mania in a healthy adolescent: a case report. *General Hospital Psychiatry*. 2011; 33: 640.e3-640.e4. doi :10.1016/j.genhosppsych.2011.04.007.
52. Jeammot P. La violencia en la adolescencia: una respuesta ante la amenaza de la identidad. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*. 2002; 33/34: 59-91.
53. Kavanagh DJ, Young RM, White A, Saunders J, Shockley N, Wallis J. Start over and survive: a brief intervention for substance misuse in early psychosis. Graham H, Mueser K, Birchwood M, Copello A, editors. *Substance misuse in psychosis: approaches to treatment and service delivery*. 2003: 244-258. Chichester, Sussex.
54. King RA. Adolescence. En: Martin A y Volkmar FR eds. *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook*. 4ª edición. Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins. 2007: 279-291.
55. Korhonen T, Prince van Leeuwen A, Reijneveld A, Ormel J, Verhulst C, Huizink AC. Externalizing Behavior Problems and Cigarette Smoking as Predictors of Cannabis Use: The TRAILS Study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 2010; 49(1): 61-69.
56. Kuepper R, van Os, Lieb R, Wittchen HU, Höfler M, Henquet C. Continued cannabis use and risk of incidence and persistence of psychotic symptoms: 10 year follow-up cohort study. *BMJ*. 2011; 342:d738. doi: 10.1136/bmj.d738.
57. Lenton S, Liang W, Chikritzhs T. Evidence of increasing age of onset of cannabis use among younger Australians. *Addiction*. 2011. Doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03673.x.
58. Linehan MM. *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. 1993. New York: The Guilford Press.
59. Linehan MM. *Skills training manual for treating borderline personality disorder* 1993. New York: The Guilford Press.
60. Llopis Llacer JJ, Gual Solé A, Rodríguez-Martos Dauer A. Registro del consumo de bebidas alcohólicas mediante la unidad de bebida estándar. *Diferencias geográficas. Adicciones*. 2000; 12 (1): 11-19.
61. Looney JG, Oldham DG. Normal Adolescent Development. En: Kaplan HI, Sadock eds. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Volumen 2. 5ª edición. Baltimore: Williams & Wilkins. 1989: 1710-1715.
62. MacPherson H, Cheavens J. Dialectical behavior Therapy for adolescents: theory, treatment, adaptations and empirical outcomes. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2013;16:59-80.
63. Macleod J, Oakes R, Copello A, Crome I, Egger M, Hickman M, Oppenkowski T, Stokes-Lampard H, Davey Smith G. Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal, general population studies. *Lancet*. 2004; 363: 1579- 1588.
64. Malcom CP, Picchioni MM, DiForti M, Sgranyes G, Cooke E, Joseph C, *et al*. Pre-morbid Conduct Disorder symptoms are associated with cannabis use among individuals with a first episode of psychosis. *Schizophrenia Research*. 2011; 126: 81-86.
65. Martinotti G, Di Iorio G, Tedeschi D, De Berardis D, Nioi C, Janiri L, *et al*. Prevalence and intensity of basic symptoms among cannabis users: an observational study. *The American journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2011; 37:111-116. Doi: 10.3109/00952990.2010.541962.
66. Masterson JF. *The psychiatric dilemma of adolescence*. New York: Brunner/ Mazel Inc. 1984.

67. Mayet A, Legleye S, Falissard B, Chau N. Cannabis use stages as predictors of subsequent initiation with other illicit drugs among French adolescents: Use of a multi-state model. *Addictive Behavior*. 2012; 37: 160-166. Doi: 10.1016/j.addbeh.2011.09.012.
68. Mazet P, Houzel D. La adolescencia y sus trastornos. En: MazetP, Houzel D. eds. *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Volumen 2. Barcelona: Editorial Médica y Técnica, SA. 1981: 243-270.
69. McCambridge J, Strang J. Development of a structured generic drug intervention model for public health purposes: a brief application of motivational interviewing with young people. *Drug and Alcohol Review*. 2003; 22:391-399.
70. McCambridge J, Day M, Thomas BA, Strang J. Fidelity to Motivational Interviewing and subsequent cannabis cessation among adolescents. *Addictive Behaviors*. 2011; 36: 749-754.
71. Miller AL, Rathus JH, Linehan MM. Dialectical behavioral therapy adapted for suicidal adolescents. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health*. 1997;3: 78-86.
72. Miller AL, Rathus JH, Linehan MM. *Dialectical Behavior Therapy with suicidal adolescents*. New York: The Guilford Press. 2006.
73. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing. Preparing people for change*. 2nd, edition. The Guilford Press. 2002.
74. Ministerio de Sanidad y Política Social. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe de la encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES). 2008.
75. Ministerio de Sanidad y Política Social. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe de la encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES). 2014. http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/PresentESTUDES2012_2013.pdf.
76. Moberg DP, Hahn L. The adolescent drug involvement scale (ADIS). *Journal of Adolescent Chemical*. 1991; 2(1):75-88. (Nombre actual de esta revista: *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*).
77. Molinaro S, Siciliano V, Curzio O, Denoth F, Salvadori S, Mariani F. Illegal Substance Use among Italian High School Students: Trends over 11 Years (1999-2009). *PloS ONE* 6(6): e20482.doi:10.1371/journal.pone.0020482.
78. Monshouwer K, Van Dorsselaer S, Verdurmen J, Ter Bogt T, De Graaf R, Vollbergh W. Cannabis use and mental health in secondary school children. Findings from a Dutch survey. *Br J Psychiatry*. 2006; 188: 148-153.
79. Morales E, Ariza C, Nebot M, Pérez A, Sánchez F. Consumo de cannabis en los estudiantes de secundaria de Barcelona: inicio en el consumo, efectos experimentados y expectativas. [Cannabis use in secondary-school pupils in Barcelona: initiation, effects experienced and expectations]. *Gaceta Sanitaria*. 2008; 22: 321-329.
80. Naar-King S, Suárez M. *Motivational Interviewing with Adolescents and Young Adults*. The Guilford Press, New York. 2011.
81. Nelson-Gray RO, Keane SP, Hurst RM, Mitchell JT, Warburton JB, Chok JT *et al*. A modified DBT skills training program for oppositional defiant adolescents: promising preliminary findings. *Behav Res Ther*. 2006 Dec; 44 (12): 1811-20.
82. Niethammer O, Frank R. Prevalence of use, abuse and dependence on legal and illegal psychotropic substances in an adolescent inpatient psychiatric population. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2007; 16: 254-259. Doi: 10.1007/s00787-006-0597-5.
83. Organización Mundial de la Salud. *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor. 1992.

84. Patrick ME, Schulenberg JE, O'Malley PM, Johnston LI D, Bachman JG. Adolescents' Reported Reasons for Alcohol and Marijuana Use as Predictors of Substance Use and Problems in Adulthood. *J. Stud. Alcohol Drugs*. 2011; 72: 106-116.
85. Patton GC, Coffey C, Carlin JB, Degenhardt L, Lynskey M, Hall W. Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *BMJ*. 2002; 325: 1195-1198.
86. Pedersen W. Does cannabis use led to depression and suicidal behaviors? A population-based longitudinal study. *Acta Psychiatr Scand*. 2008; 118:395-403.
87. Pedersen W, Mastekaasa A, Wichstrøm L. Conduct problems and early cannabis initiation: a longitudinal study of gender differences. *Addiction*. 2001; 96:415-431.
88. Pentz TR. Developmental considerations in the inpatient treatment of adolescents. En: Ghuman HS, Sarles RM eds. *Handbook of Adolescent Inpatient Psychiatric Treatment*. New York: Brunner/Mazel Publishers. 1994: 203-223.
89. Pérez A, Ariza C, Sánchez-Martínez F, Nebot M. Cannabis consumption initiation among adolescents: A longitudinal study. *Addictive Behaviors*. 2010; 35: 129-134.
90. Piaget J. *The Growth of Logical Thinking*. New York, Basic Books.1958.
91. Ramchand R, Griffin B, Suttrop M, Harris KM, Morral A. Using a Cross-Study Design to Assess the Efficacy of Motivational Enhancement Therapy-Cognitive Behavioral Therapy 5 (MET/CBT5) in Treating Adolescents with Cannabis-Related Disorders. *J. Stud. Alcohol Drugs*. 2011; 72: 380-389.
92. Ramos P, Moreno C, Rivera F, López A. The Classification of Spanish Adolescents Based on Substance Consumption Patterns and the Analysis of the Relationships within their Social Developmental Contexts. *The Spanish Journal of Psychology*. 2011; 14(2): 734-745. http://dx.doi.org/10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n2.21.
93. Sánchez Hervás E. Uso de drogas en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*. 2000; 16(1): 79-85.
94. Schimmelmann BG, Conus P, Cotton SM, Kupferschmid S, Karow A, Schultze-Lutter F, McGorry PD, Lambert M. Cannabis use disorder and age at onset of psychosis- A study in first-episode patients. *Schizophrenia Research*. 2011; 129: 52-56.
95. Santisteban DA, Mena MP, McCabe BE. Preliminary Results for an Adaptive Family Treatment for Drug Abuse in Hispanic Youth. *Journal of Family Psychology*. 2011; 25(4): 610-614.
96. Schubart CD, Boks MPM, Breetvelt EJ, van Gastel WA, Groenwold RHH, Ophoff RA, Sommer IEC, Kahn RS. Association between cannabis and psychiatric hospitalization. *Acta Psychiatr Scand*. 2011; 123: 368-375.
97. Shapiro GK, Buckley-Hunter L. What every adolescent need to know: Cannabis can cause psychosis. *Journal of Psychosomatic Research*. 2010; 69: 533-539.
98. Shoval G, Zalsman G, Apter A, Diller R, Sher L, Weizman A. A 10-year retrospective study of inpatient adolescents with schizophrenia (schizoaffective disorder and substance use. *Comprehensive Psychiatry*. 2007; 48: 1-7.
99. Storr CL, Accornero VH, Crum RM. Profiles of current disruptive behaviour: Association with recent drug consumption among adolescents. *Addictive Behaviors*. 2007; 32: 248-264.
100. Swift W, Coffey C, Carlin JB, Degenhardt L, Patton GC. Adolescent cannabis users at 24 years: trajectories to regular weekly use and dependence in young adulthood. *Addiction*. 2008; 103: 1361-1370. Doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02246.x.
101. Trupin EW, Stewart DG, Beach B, Boesky L. Effectiveness of a dialectical behaviour therapy program for incarcerated female juvenile offenders. *Child and Adolescent Mental Health*. 2002; 7(3): 121-27.

102. Turner WC, Muck RD, Muck RJ, Stephens RL, Sukumar B. Co-Occurring Disorders in the Adolescent Mental Health and Substance Abuse Treatment Systems. *Journal of Psychoactive Drugs*. 2004; 36(4): 455-462.
103. Unitat d'Epidemiologia i de Diagnòstic en Psicopatologia del Desenvolupament. Baremos para CBCL 6-182001. Población española. 2013. www.ued.uad.es.
104. Van Gastel WA, Wigman JTW, Monshouwer K, Kahn RS, van Os J, Boks MPM, Vollebergh WAM. Cannabis use and subclinical positive psychotic experiences in early adolescence: findings from a Dutch survey. *Addiction*. 2011; 107: 381-387. Doi: 10.1111 /j.1360-0443.2011.03626x.
105. Vasters GP, Pillon SC. Drugs Use by Adolescents and their Perceptions about Specialized Treatment Adherence and Dropout. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011, Mar-Apr; 19(2): 317-324.
106. Wagner CC, Ingersoll KS. *Motivational Interviewing in Groups*. The Guilford Press, New York. 2013.
107. Walker DD, Stephens R, Roffman R, DeMarce J, Lozano B, Towe S. Randomized Controlled Trial of Motivational Enhancement Therapy With Nontreatment-Seeking Adolescent Cannabis Users: A Further Test of the Teen Marijuana Check-Up. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2011; 25(3): 474-484.
108. Wei CC, Davantes Heckman B, Gay J, Weeks J. Correlates of motivation to change in adolescents completing residential substance use treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2011; 40(3): 272-280.
109. Williams JF. *Journal of Adolescent Health*. 2011; 48: 217-219.
110. Zammit S, Owen MJ, Evans J, Heron J, Lewis G. Cannabis, COMT and psychotic experiences. *The British Journal of Psychiatry*. 2011; 199: 380-385. Doi: 10.1192/bjp.bp.111.091421.

