



Salud y drogas

ISSN: 1578-5319

[jagr@umh.es](mailto:jagr@umh.es)

Instituto de Investigación de  
Drogodependencias  
España

González Lomba, Claudia; López Durán, Ana  
REVISIÓN DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA ADICCIÓN AL CANNABIS  
Salud y drogas, vol. 17, núm. 1, 2017, pp. 15-26  
Instituto de Investigación de Drogodependencias  
Alicante, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83949782002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](http://redalyc.org)

[redalyc.org](http://redalyc.org)

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## REVISIÓN DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA ADICCIÓN AL CANNABIS

## PSYCHOLOGICAL TREATMENT OF CANNABIS ADDICTION REVIEW

Claudia González Lomba y Ana López Durán

Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología de la Universidad de Santiago de Compostela

### Abstract

**Introduction.** Cannabis is the most consumed worldwide illegal psychoactive substance, but the demand of treatment is low in comparison with other substances. In recent years, these have been increasing, and with them, so have systematic research on psychosocial treatments for problems with cannabis use. **Objectives.** The aim of this study was to conduct a literature review on psychological treatments for addiction to cannabis, clarifying their effectiveness. **Methodology.** We have conducted a search in PsycINFO and PubMed database using as keywords "psychological treatment" and "cannabis" and limiting the time period between 2005 and 2015. Finally, we have selected a total of 24 articles. **Results.** The results of each of the selected articles are presented, divided in two sections: general population and specific for adolescents. **Conclusions.** First, the effectiveness of psychological treatments in treating problems with cannabis use is highlighted. Second, the combination of contingency management with motivational interviewing and/or cognitive-behavioral therapy seems to be the best tool address the problem. Likewise, the multidimensional family therapy also appears to be outstanding to design treatment programs for adolescents.

**Keywords:** *adolescents, adults, cannabis, psychological treatment, review.*

### Resumen

**Introducción.** El cannabis es la sustancia psicoactiva ilegal más consumida en el mundo pero la demanda de tratamiento es baja en comparación con otras sustancias. En los últimos años se han ido incrementando y, con ello, las investigaciones sobre tratamientos psicosociales para los problemas con el consumo de cannabis. **Objetivo.** Realizar una revisión bibliográfica sobre los tratamientos psicológicos para la adicción al cannabis, clarificando su eficacia. **Metodología.** Se ha realizado una búsqueda en las bases de datos PsycINFO y PubMed utilizando como palabras clave "psychological treatment" and "cannabis" y limitando el intervalo temporal al periodo 2005-2015. Se han seleccionado un total de 24 artículos. **Resultados.** Se presentan los resultados de cada uno de los artículos seleccionados, divididos en dos apartados: población general y específicos para adolescentes. **Conclusiones.** Destacar la eficacia de los tratamientos psicológicos en problemas relacionados con el consumo de cannabis. Por otra parte, la combinación del manejo de contingencias con la entrevista motivacional y/o la terapia cognitivo-conductual parece ser la mejor herramienta para abordar el problema. De la misma forma, la terapia familiar multidimensional parece ser apropiada para el diseño de programas de tratamiento para adolescentes.

**Palabras clave:** *adolescentes, adultos, cannabis, tratamiento psicológico, revisión.*

El cannabis es la sustancia psicoactiva ilegal más consumida en el mundo. Se obtiene de la planta *Cannabis Sativa* y su principal componente psicoactivo es el *delta-9-tetrahidrocannabinol (THC)* (Plan Nacional Sobre Drogas, 2009).

Un contexto clave de consumo de cannabis en la actualidad es el recreativo (Calafat et al., 2000). A pesar de que en los últimos años se ha conseguido aumentar la percepción de riesgo asociado al consumo de drogas y que ha disminuido la percepción de accesibilidad a ellas, en especial al cannabis, las cifras de prevalencias de consumo de esta sustancia siguen siendo altamente significativas (PNSD, 2016).

Según los datos de Naciones Unidas, una media estimada de 182,5 millones de personas consumieron cannabis al menos una vez en 2014 (aproximadamente el 3,8% de la población mundial de entre 15 y 64 años). Los niveles más altos de consumo se encuentran en América del Norte y en Europa occidental (United Nations Office on Drugs and Crime, 2016).

En España, la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) muestra que en 2013 en población de 15 a 64 años el consumo alguna vez en la vida fue del 30,4%, 9,2% en el último año, 6,6% en el último mes y el 1,9% lo consumieron diariamente el último mes. El mayor consumo es en los jóvenes. La Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) muestra que la prevalencia de consumo alguna vez en la vida en estudiantes de entre 14 y 18 años en el 2014 fue de 29,1%, de 25,4% en el último año, de 18,6% en el último mes y el 1,8% lo consumieron diariamente en los últimos 30 días.

Con frecuencia, los consumidores de cannabis y la población en general desconocen las consecuencias derivadas de su uso continuado y, en algunos casos, creen incluso que no tiene consecuencias negativas graves (Bobes y Calafat, 2000). La evidencia demuestra que estas creencias son erróneas, el consumo de cannabis tienen múltiples consecuencias negativas tanto físicas como psicológicas (Quiroga, 2000a, 2000b) a corto y largo plazo.

Los efectos del cannabis podrían dividirse en dos fases, una primera caracterizada por la estimulación, a la que le sigue una segunda fase de relajación y sedación (Ramos, Rubio y de Miguel, 2007). Cuando las dosis son

elevadas puede aparecer ansiedad o síntomas paranoides y la intoxicación puede cursar con un episodio psicótico. En cuanto a los efectos cognitivos, los estudios avalan que el consumo continuado de cannabis provoca cambios estructurales y daños en el tejido cerebral que podrían traducirse en deficiencias en memoria, atención, percepción, resolución de problemas, capacidad psicomotora y velocidad de procesamiento de la información, especialmente si el consumo se inicia en la adolescencia (PNSD, 2009).

También está relacionado con la aparición de determinados trastornos mentales, destacando la relación entre el consumo de cannabis y los trastornos psicóticos. Parece que el cannabis actúa como un factor facilitador que precipita la aparición de la esquizofrenia especialmente en aquellas personas que tienen una predisposición a sufrir un trastorno psicótico (Gutiérrez, De Irala y Martínez, 2006).

El consumo de cannabis también tiene consecuencias negativas a nivel físico. El consumo crónico por vía fumada genera una alteración de la función de las vías respiratorias, lo que produce una obstrucción del flujo de aire que se ha asociado a bronquitis y enfisema e, incluso, podría incrementar el riesgo de carcinoma pulmonar (PNSD, 2009).

A pesar de estas consecuencias negativas, la proporción de personas que demandan tratamiento sigue siendo baja, aunque en los últimos años ha habido un aumento de las demandas de tratamiento para la adicción cannábica (PNSD, 2016). El bajo número de programas específicos de tratamiento que se ofertan, así como la percepción de que se trata de una sustancia inocua pueden ser razones por las que la demanda de tratamiento sea reducida (PNSD, 2009). También han aumentado las investigaciones sobre tratamientos psicosociales para el abuso o dependencia del cannabis. Entre las intervenciones más estudiadas se encuentran la entrevista motivacional, el manejo de contingencias y la terapia cognitivo-conductual.

El objetivo de la entrevista motivacional (EM) es crear ambivalencia respecto al abandono de la sustancia y reforzar la motivación hacia el cambio. Se plantean entre una y cuatro sesiones individuales de 45 a 90 minutos de duración (Budney, Vandrey y Stanger, 2010).

El manejo de contingencias se basa en el uso de refuerzos en función de alcanzar los objetivos propuestos en el tratamiento, normalmente la abstinencia. La intervención mediante la cual los pacientes ganan incentivos en forma de *vouchers* (vales) canjeables por bienes o servicios es la que ha recibido mayor atención de los investigadores (Danovitch y Gorelick, 2012).

La terapia cognitivo-conductual (TCC) se centra en el aprendizaje de habilidades relevantes para la cesación del hábito y la evitación o manejo de dificultades y situaciones de riesgo. Son entre 6 y 14 sesiones semanales individuales o grupales, con una duración entre 45 y 60 minutos (Budney et al., 2010). El énfasis en el entrenamiento y la oportunidad de practicar y generalizar las habilidades aprendidas hace que los beneficios de esta terapia sean particularmente duraderos.

Por otra parte, los tratamientos basados en la familia y enfoques sistémicos están especialmente indicados para el tratamiento de adolescentes o adultos jóvenes (Budney et al., 2010). Pretenden aumentar el compromiso del paciente y su familia, incrementar la adherencia y mejorar el funcionamiento familiar. Dentro de ellas está la Terapia Familiar Multidimensional, la Terapia Familiar Breve Estratégica, la Terapia Familiar Multisistémica y, por último, la Terapia Conductual Familiar (Becoña et al., 2008).

Dado que las prevalencias indican que el consumo de cannabis es un problema socialmente relevante y que se han incrementado las demandas de tratamiento en los últimos años, el objetivo del presente trabajo será realizar una revisión bibliográfica sobre los tratamientos psicológicos para la adicción al cannabis con el propósito de identificar aquellos tratamientos que más eficaces ante esta problemática, así como aquellos que no lo son. Al mismo tiempo, se podrá comprobar si los resultados de esta revisión coinciden con los encontrados en otros estudios como la revisión de Cooper et al. (2015) o los meta-análisis de Bender et al. (2010) y Davis (2014). A

diferencia de estos, la presente revisión no se limita a población exclusivamente adulta o adolescente, sino que incluye ambas poblaciones en el estudio. Por otro lado, tampoco se limita a un tipo concreto de terapia, abarcando todos los tratamientos mencionados en la introducción.

## MÉTODO

Para la realización de la revisión bibliográfica se han utilizado las bases de datos PubMed y PsycINFO. Los criterios de búsqueda han sido “psychological treatment” and “cannabis” como palabras clave. Se han establecido como criterios de inclusión el intervalo temporal y el idioma: artículos publicados entre el año 2005 y el 2015 en inglés o castellano (ver Figura 1).

En la base de datos PubMed se han obtenido 257 resultados y en PsycINFO 438. En total han sido 695, de los cuales se han descartado 7 por estar duplicados en ambas bases de datos.

A continuación se han excluido 661 artículos por los siguientes motivos: no tratar el tema objeto de estudio, abordar el tratamiento psicológico para el consumo de drogas en general sin ser específicos para el cannabis, centrarse en poblaciones con trastorno comórbido o ser artículos teóricos que proporcionan información general. Esta decisión se ha tomado en base a los resúmenes de los mismos.

Por último, se han descartado 19 artículos ya que no se ha podido acceder al texto completo.

Después de estas exclusiones, se han seleccionado 8 artículos. A partir de éstos, se ha revisado la bibliografía de cada uno en busca de posibles documentos relevantes y se han seleccionado aquellos que también cumplían los criterios establecidos. De esta forma se han introducido 16 artículos más. Así, la revisión está conformada por 24 artículos.

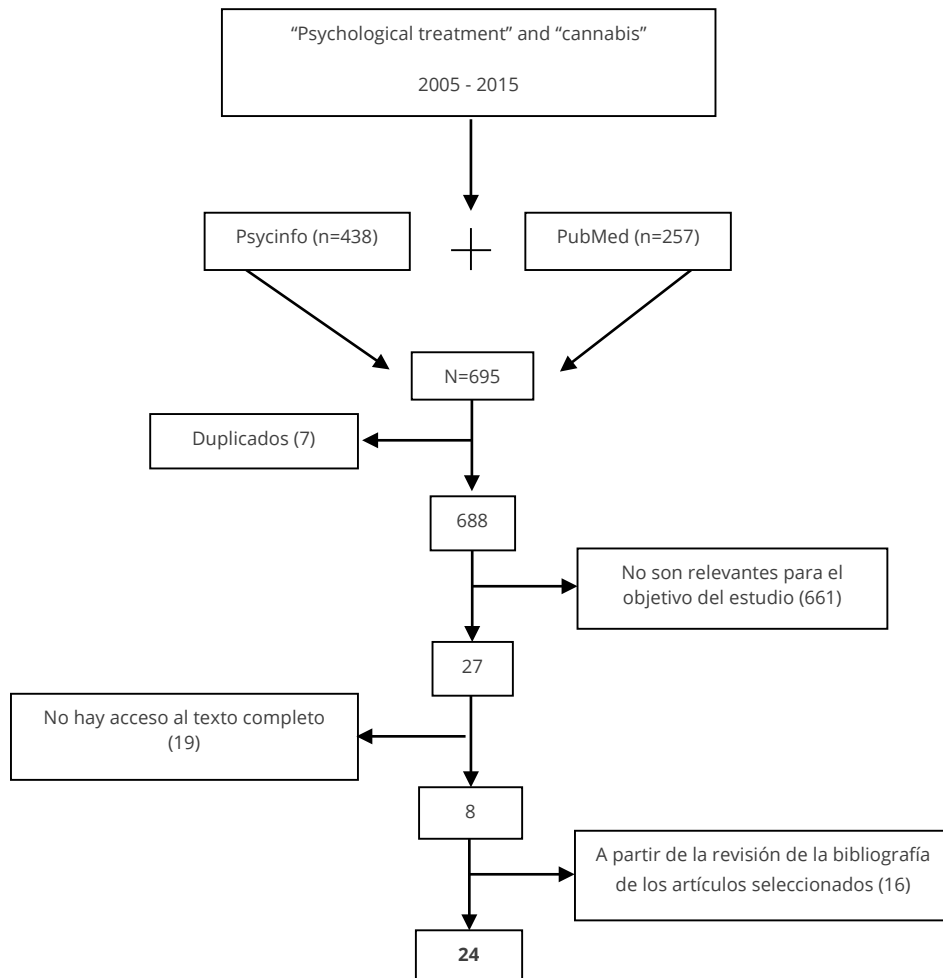


Figura 1. Metodología del estudio

## RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de los 24 artículos de la revisión bibliográfica distribuidos en dos tablas. La primera, tratamientos generales, incluye

aquellos estudios realizados sobre población general, bien sean adultos o adultos y adolescentes de forma conjunta. La segunda, tratamientos específicos para adolescentes, recoge los estudios realizados específicamente con población adolescente.

Tabla 1. Tratamientos generales para la adicción al cannabis

Estudio	Muestra	Objetivo	Tratamiento	Resultados	Conclusiones
Budney et al. (2006)	90 adultos.	Demostrar la eficacia de un V para aumentar la abstinencia en solitario y en combinación con TCC.	Se compara el V en solitario, con la TCC y con la combinación de ambos.	- El V genera más abstinencia durante el tratamiento. - La TCC aumenta el mantenimiento tras el tratamiento de los efectos positivos alcanzados inicialmente por el V.	La combinación de ambos tratamientos resulta ser lo más efectivo a largo plazo.
Carroll et al. (2006)	136 adultos jóvenes (18-25 años).	Conocer la eficacia de MC en solitario y añadido a EM/TCC.	Cuatro tipos de intervención: 1) EM/TCC + MC, 2)EM/TCC en solitario, 3)DC + MC y 4)DC en solitario.	- Efecto significativo de MC sobre la retención al tratamiento y las muestras de orina sin cannabis. - La combinación de EM/TCC + MC fue significativamente más efectiva.	EM/TCC + MC fue la condición más efectiva.
Denis et al. (2006)	1297 adultos de los 6 RCTs.	Evaluar la eficacia de las intervenciones psicosociales para el abuso o la dependencia del cannabis.	Seis RCTs que comparan una intervención psicoterapéutica con una intervención control.	- TCC individual y grupal fueron eficaces. - TCC supera a las intervenciones breves cuando se hace en formato individual. - Añadir MC realza la eficacia del tratamiento.	Todos los estudios alcanzaron reducciones significativas en la frecuencia de uso y los síntomas de dependencia.
Kadden et al. (2007)	240 adultos.	Determinar si añadir MC a EM/TCC incrementa las tasas de abstinencia.	Cuatro condiciones de tratamiento: 1)EM/TCC, 2)MC, 3)EM/TCC + MC y 4)condición control.	Las dos condiciones con MC alcanzaron las tasas de abstinencia más altas y la combinación de EM/TCC + MC obtuvo las mejores tasas en los períodos de seguimiento.	La combinación de EM/TCC + MC obtuvo las mejores tasas de abstinencia a largo plazo.
Litt et al. (2008)	240 adultos.	Explorar los mecanismos de cambio de TCC y MC por separado y en combinación.	Cuatro tratamientos de 9 semanas: 1)EM/TCC, 2)MC, 3)EM/TCC + MC y 4) condición control.	MC obtuvo las mejores tasas de abstinencia a corto plazo. La combinación EM/TCC + MC se asoció con las tasas más altas de abstinencia a largo plazo.	Los tratamientos más eficaces son los que incrementan la autoeficacia.
Carroll et al. (2012)	127 adultos.	Evaluar el realce recíproco entre MC y TCC.	Cuatro condiciones de tratamiento: 1)TCC, 2)TCC + MC basado en la adherencia, 3)MC basado en la abstinencia y 4)MC basado en la abstinencia + TCC.	MC basado en la adherencia no mejoró los resultados de TCC y la adición de TCC empeoró los resultados al añadirse a MC basado en la abstinencia.	La combinación de MC y TCC no mejoró los resultados del tratamiento.

Tabla 1. Tratamientos generales para la adicción al cannabis (continuación)

Estudio	Muestra	Objetivo	Tratamiento	Resultados	Conclusiones
Fischer et al. (2012)	134 estudiantes universitarios.	Evaluar los efectos a largo plazo de la BI en consumidores de cannabis.	Cuatro grupos de BI: dos experimentales y dos controles.	Las reducciones de las conductas de riesgo observadas a los 3 meses se mantienen a los 12.	Los resultados confirman la eficacia a largo plazo de las BIs en la reducción de las conductas de riesgo.
Gates et al. (2012)	160 mayores de 16 años.	Evaluar la eficacia de una intervención telefónica de EM y TCC para reducir el consumo de cannabis y los problemas relacionados.	Dos condiciones de tratamiento: CAHL (EM + TCC) o DTC.	El grupo CAHL mostró: Mayores reducciones en síntomas de dependencia y problemas relacionados. Mayor confianza hacia la reducción del consumo. Mayor porcentaje de días de abstinencia a las 12 semanas.	Una intervención breve de EM y TCC por teléfono puede reducir la dependencia y promover la abstinencia.
Hoch et al. (2012)	122 sujetos de entre 16 y 44 años.	Evaluar la eficacia de un programa de tratamiento cognitivo-conductual para el trastorno por consumo de cannabis (CANDIS).	Dos grupos de tratamiento: AT: EM/TCC/PPS (CANDIS) y DTC.	- La tasa de retención fue del 88%, la abstinencia fue del 49% en los sujetos de la condición AT y de 13% en los de DTC. - Los sujetos de AT mejoraron en: frecuencia de uso, severidad de la adicción, número de días incapacitados y nivel de psicopatología.	El tratamiento es efectivo obteniendo abstinencia y reduciendo el consumo de cannabis y los problemas mentales y sociales relacionados.
Litt et al. (2013)	215 adultos.	Desarrollar un tratamiento para la dependencia del cannabis específicamente diseñado para realzar la autoeficacia.	Tres condiciones de tratamiento: 1)EM/TCC + MC basado en las tareas, 2)EM/TCC + MC basado en la abstinencia y 3)condición control.	- MC basado en las tareas fue mejor en la realización de tareas. - MC basado en la abstinencia fue mejor en las tasas de abstinencia. - La autoeficacia aumentó en las tres condiciones de tratamiento sin diferencias significativas.	Los tratamientos más efectivos pueden ser aquellos que generan abstinencia mientras incrementan la autoeficacia.
Rooke et al. (2013)	225 adultos.	Probar la eficacia de un programa de tratamiento autoadministrado a través de la web.	Dos grupos de tratamiento: 1) <i>Reduce Your Use</i> (TCC y EM) y 2) grupo control.	A las 6 semanas el grupo experimental mostró mayores disminuciones en: días de consumo, cantidad de cannabis consumido y síntomas de abuso. Estos resultados se mantienen a los 3 meses.	Las intervenciones basadas en la web puede ser un tratamiento efectivo.
Davis et al. (2014)	2027 adolescentes y adultos de 10 RCTs.	Ofrecer un punto de referencia empírico y aclarar la eficacia de las psicoterapias disponibles para los trastornos por consumo de cannabis.	10 RCTs que comparan psicoterapias con condiciones control.	Las terapias conductuales superaron a las condiciones control en los resultados primarios (frecuencia y severidad de uso) y en los secundarios (funcionamiento psicosocial).	Las terapias conductuales fueron mejores en todos los resultados, pero no en las tasas de abstinencia.

Tabla 1. Tratamientos generales para la adicción al cannabis (continuación)

Estudio	Muestra	Objetivo	Tratamiento	Resultados	Conclusiones
Hoch et al. (2014)	279 sujetos de entre 16 y 63 años.	Conocer los resultados de la puesta en práctica del tratamiento cognitivo-conductual CANDIS.	Dos grupos de tratamiento: AT: EM/TCC/ PPS (CANDIS) y DTC.	La condición AT fue mejor en: abstinencia, frecuencia de uso, síntomas y severidad de dependencia y problemas relacionados.	Los resultados favorables manifiestan la posibilidad de trasladar el tratamiento a la práctica clínica.
Palfai et al. (2014)	123 estudiantes universitarios.	Estimar los efectos de una BI basada en la web sobre la reducción del uso de cannabis y sus consecuencias.	Dos tipos de intervención: Marijuana ECHECKUP TO GO y condición control.	No hubo efectos sobre la frecuencia de uso. Sí hubo un pequeño efecto sobre las consecuencias relacionadas con el cannabis y sobre las normas percibidas respecto al uso de cannabis entre pares.	La intervención es prometedora para las consecuencias relacionadas con el consumo y las percepciones erróneas.
Budney et al. (2015)	75 adultos.	Evaluar la eficacia de una versión por ordenador de un tratamiento de EM, TCC y manejo de contingencias basado en la abstinencia.	Tres condiciones de tratamiento: 1) EM breve; 2) EM, TCC y manejo de contingencias con un terapeuta; 3) EM, TCC y manejo de contingencias por ordenador.	No hubo diferencias significativas en términos de abstinencia entre las tres condiciones. La versión por ordenador fue más económica que la condición con terapeuta	Destaca el potencial de las intervenciones por ordenador incrementando el acceso al tratamiento y reduciendo los costes.
Cooper et al. (2015)	Revisión de 26 RCTs.	Evaluar la eficacia de algunos tratamientos psicológicos (TCC, EM y manejo de contingencias) para la adicción al cannabis.		La TCC superó a las condiciones control a corto y a largo plazo. La EM breve fue superior a las condiciones control en algunos estudios pero no en otros. Fue la TCC de larga duración la que mejora los resultados de la EM breve. El manejo de contingencias tuvo buenos resultados a corto plazo, mientras que a largo plazo resultó más efectiva su combinación con la TCC. Las intervenciones telefónicas o mediante web fueron efectivas.	La TCC mejora los resultados de la EM breve y que el manejo de contingencias en combinación con la TCC mejora los resultados a largo plazo.

EM: Entrevista Motivacional; TCC: Terapia Cognitivo-Conductual; MC: Manejo de Contingencias; V: Programa de Vales; DTC: *Delayed Treatment Control* (tratamiento control retardado); DC: *Drug Counseling*(consejo sobre drogas); BI: *Brief Intervention*(intervención breve); RCT: *Randomized Controlled Trial* (ensayo controlado aleatorio); PPS: *Psychosocial Problem Solving* (resolución de problemas psicosociales); AT: *Active Treatment* (tratamiento activo); CAHL: Cannabis Assistance HelpLine (línea de ayuda y asistencia al cannabis).



Tabla 2. Tratamientos específicos para adolescentes

Estudio	Muestra	Objetivo	Tratamiento	Resultados	Conclusiones
Martin et al. (2005)	73 adolescentes (14-19 años) y 69 padres.	Evaluar la factibilidad y efectividad de una intervención breve para adolescentes.	Tratamiento ACCU de 4 sesiones: - Sesión 1 para padres. - Sesión 2: evaluar el consumo. - Sesión 3: EM. - Sesión 4: TCC.	- El 78% reducen el uso de cannabis después del tratamiento y el 16,7% presentan abstinencia total. - Reducciones en: cantidad, frecuencia de uso y dependencia.	La intervención breve resultó atractiva para los adolescentes y fue efectiva en la reducción del consumo.
Walker et al. (2006)	97 adolescentes (14-19 años).	Investigar la factibilidad y la eficacia de la EM en adolescentes que consumen cannabis regularmente pero no siguen tratamiento.	Dos condiciones de tratamiento: dos sesiones de EM y DTC.	Ambos grupos redujeron su consumo a los tres meses de seguimiento, pero no hubo diferencias significativas entre los grupos.	A pesar de la ausencia de un efecto claro de la EM, la intervención atrae a los adolescentes a participar de forma voluntaria en el tratamiento.
Martin y Copeland (2008)	40 adolescentes (14-19 años).	Evaluar la eficacia de la EM breve (ACCU) en la reducción del consumo de cannabis y los problemas relacionados.	Dos condiciones de tratamiento: dos sesiones de EM breve (ACCU) y DTC.	La condición ACCU se asoció con mayores reducciones en: número de días de consumo, cantidad semanal y número de síntomas de dependencia.	La EM breve puede resultar eficaz en población adolescente con problemas de consumo de cannabis.
Stanger et al. (2009)	69 adolescentes (14-18 años).	Probar la eficacia de MC en adolescentes mediante la comparación con otro tratamiento.	Condición experimental: EM/TCC + MC basado en la abstinencia + gestión familiar. Condición control: EM/TCC + MC basado en la asistencia + psicoeducación parental.	La condición experimental mostró mejoras en: abstinencia durante el tratamiento, crianza de los hijos y psicopatología.	La combinación de MC basado en la abstinencia con otras intervenciones validadas es una alternativa eficaz para el tratamiento de adolescentes consumidores de cannabis.
Bender et al. (2012)	Meta-análisis de 15 estudios.	Analizar los tratamientos psicológicos respecto a la reducción del consumo de cannabis en adolescentes.		Las intervenciones tienen un efecto moderado en la reducción del consumo, destacando la terapia familiar multidimensional, la TCC o la EM. Los resultados fueron similares para los tratamientos individuales y los basados en la familia.	Los tratamientos psicológicos existentes reducen significativamente el consumo de cannabis en adolescentes.

Tabla 2. Tratamientos específicos para adolescentes (continuación)

Estudio	Muestra	Objetivo	Tratamiento	Resultados	Conclusiones
Hendriks et al. (2011)	109 adolescentes (13-18 años).	Evaluar y comparar la efectividad de MDFT y TCC en adolescentes con trastorno por consumo de cannabis.	Tratamiento control: 5-6 meses de EM/TCC. Tratamiento experimental: 5-6 meses de MDFT.	Ambos tratamientos mostraron mejoras sin diferencias significativas en: reducción de días, frecuencia de consumo y delincuencia. MDFT se mostró superior en adherencia al tratamiento.	MDFT y TCC fueron igual de efectivas en la reducción del consumo de cannabis y los problemas de delincuencia.
Walker et al. (2011)	310 adolescentes (14-19 años).	Comparar el efecto de la EM breve con la EFC y una condición control con el objetivo de superar las limitaciones de estudios anteriores.	Tres condiciones de tratamiento: EM, EFC y DFC.	EM y EFC mostraron mejoras sin diferencias significativas en: frecuencia de uso y consecuencias negativas. Estas reducciones se mantuvieron a los 12 meses.	Las intervenciones breves pueden ser efectivas con adolescentes, pero los mecanismos responsables de los efectos no se han identificado.
Rigter et al. (2013)	450 adolescentes (13-18 años).	Evaluar la MDFT con adolescentes del oeste de Europa en un ensayo transnacional comparándola con la psicoterapia individual.	Dos condiciones de tratamiento: MDFT y psicoterapia individual (PI).	En ambas condiciones disminuyó el consumo de cannabis. MDFT fue mejor que PI en retención de casos, reducción de síntomas de abuso y dependencia y reducción de consumo en sujetos de gravedad elevada.	MDFT tuvo mejores resultados en adolescentes con problemas severos de consumo de cannabis.

EM: Entrevista Motivacional; TCC: Terapia Cognitivo-Conductual; MC: Manejo de Contingencias; MDFT: *Multidimensional Family Therapy* (terapia familiar multidimensional); DTC: *Delayed Treatment Control* (tratamiento control retardado); EFC: *Educational Feedback Control* (retroalimentación educativa); DFC: *Delayed Feedback Control* (retroalimentación control retardada).

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El objetivo del presente trabajo ha sido realizar una revisión sistemática de los estudios sobre el tratamiento psicológico de la adicción al cannabis. La mayor parte de los estudios aportan resultados positivos respecto a la eficacia de las distintas intervenciones psicológicas utilizadas. Aun así, existen interrogantes acerca de la preferencia de unos tratamientos sobre otros.

En cuanto a los estudios con población adulta que analizan los resultados en términos de abstinencia, Hoch et al. (2012) y Hoch et al. (2014) apuntan la eficacia de una intervención basada en la EM, la TCC y el entrenamiento en solución de problemas. Esta intervención es efectiva en términos de abstinencia, reducción del consumo de cannabis y de los problemas mentales y sociales asociados. Además, la adherencia al tratamiento fue alta. Por tanto, es una interesante línea de investigación futura.

Otra de las intervenciones analizadas es el manejo de contingencias con vales. El estudio de Budney et al. (2006) demostró que añadiendo un programa de vales a

TCC se pueden obtener mayores tasas de abstinencia durante y tras el tratamiento. Resultados similares se encontraron en estudios como los Carroll et al. (2006) y Kadden et al. (2007). En esta línea, la revisión de Denis et al. (2006) también destaca el incremento de la abstinencia mediante la combinación de la TCC con el manejo de contingencias. Por el contrario, el estudio de Carroll et al. (2012) obtuvo que la TCC y el manejo de contingencias son más efectivas por separado. Aunque en este estudio los participantes acuden obligados por el sistema judicial, por lo que el reforzamiento podría perder su valor.

Para mejorar los resultados de abstinencia, hay estudios que señalan la importancia de incrementar la autoeficacia (Litt et al., 2008, 2013). Por tanto, sería importante que investigaciones futuras se centraran en la relación entre autoeficacia y abstinencia con el objetivo de descubrir los mecanismos subyacentes.

Otros estudios se han centrado en analizar si existen diferencias en función de la duración de las intervenciones (breves o extensas). El estudio de Fischer et al. (2012), centrado en la intervención breve, demostró su eficacia a largo plazo en la reducción de conductas de riesgo relacionadas con el consumo. El estudio de Gates et al. (2012) demuestra otra de las ventajas de las

intervenciones breves, su flexibilidad de aplicación. Los resultados de este estudio ponen de manifiesto que la aplicación de una intervención breve de EM y TCC en formato telefónico permite reducir la dependencia y los problemas relacionados con el consumo, así como incrementar la abstinencia. Las intervenciones telefónicas permiten ampliar el rango de población que puede acceder y facilitan a los sujetos la participación en estos programas. En la misma línea, los estudios de Rooke et al. (2013), Palfai et al. (2014) y Budney et al. (2015) demuestran la eficacia de una intervención breve aplicada a través de una web. La revisión de Davis et al. (2014), en cambio, resalta la ausencia de diferencias significativas entre los tratamientos breves y extensos.

Estos hallazgos son relevantes, ya que las intervenciones breves pueden ser más económicas y atractivas, lo que podría incrementar la demanda de tratamiento. Por lo tanto, las intervenciones breves resultan una herramienta interesante dada su eficacia, su rentabilidad, su atractivo y su flexibilidad de aplicación.

Los resultados comentados hasta ahora coinciden con los obtenidos en la revisión de Cooper et al. (2015), en la que resaltan la eficacia de la EM breve, la TCC y su combinación con el manejo de contingencias, así como la efectividad de intervenciones telefónicas o a través de la web.

Otro grupo de estudios analizados son los que evalúan tratamientos específicos para adolescentes. El meta-análisis de Bender et al. (2010) apunta la eficacia de los tratamientos psicológicos en esta población.

En cuanto a la duración, varios estudios demuestran que las intervenciones breves son especialmente apropiadas para adolescentes. Martin et al. (2005) apuntan que no sólo permiten disminuir el consumo de cannabis y los síntomas de dependencia, sino que también mantienen esos efectos a largo plazo y consiguen valoraciones positivas por parte de los participantes. Otros estudios que aportan resultados positivos de las intervenciones breves son, por ejemplo, Walker et al. (2006) y Martin y Copeland (2008).

Otra de las intervenciones analizadas es la EM. El estudio de Walker et al. (2011) demuestra que produce una disminución en la frecuencia de consumo y en las consecuencias negativas relacionadas. Investigaciones

futuras deberían centrarse en descubrir cuáles son los mecanismos que posibilitan estos resultados.

En cuanto al manejo de contingencias, al igual que en los tratamientos para adultos, permite incrementar las tasas de abstinencia en combinación con otros tratamientos, como con la EM y la TCC en el estudio de Stanger et al. (2009).

La terapia familiar multidimensional también ha mostrado resultados positivos. El estudio de Hendriks et al. (2011) encontró una mayor adherencia al tratamiento en el grupo que recibió esta terapia que en el de TCC. Este aspecto es importante, ya que cuando se diseñan tratamientos para problemas adictivos, especialmente si se trata de adolescentes, se debe tener en cuenta la satisfacción con el tratamiento para evitar el abandono. En el estudio de Rigter et al. (2013) se encontraron resultados similares, en cambio, Bender et al. (2010) no encontraron diferencias entre los tratamientos individuales y los basados en la familia.

Una vez analizados y discutidos los artículos incluidos en esta revisión, podemos concluir que destaca la eficacia de los tratamientos psicológicos en el abordaje de los problemas con el consumo de cannabis, tanto en adultos como en adolescentes y que la combinación de distintas técnicas es la mejor herramienta para abordar el problema. Particularmente, la combinación del manejo de contingencias con la EM y/o la TCC parece ser la opción preferente. La terapia familiar multidimensional también parece ser una intervención destacada para el tratamiento con adolescentes, especialmente por mejorar la adherencia al tratamiento.

Por otra parte, las intervenciones breves resultan ser un recurso prometedor en el tratamiento de la adicción al cannabis, no sólo por su rentabilidad y flexibilidad de aplicación, sino también por su aceptación entre los consumidores, especialmente en el caso de los adolescentes. A este respecto, se hace necesaria más investigación, ya que en los artículos incluidos en esta revisión no hay una conclusión clara.

Pero, a pesar de los buenos resultados mencionados, los porcentajes de abstinencia continúan siendo bajos en la mayor parte de los estudios. Por este motivo, es necesario que se continúe investigando para mejorar los resultados de abstinencia a corto y largo plazo.

Entre las limitaciones del presente estudio destacan no haber incluido 19 artículos por no tener acceso al texto completo, lo que puede haber excluido información relevante y, por otra parte, los artículos seleccionados tienen un diseño heterogéneo, lo cual dificulta el análisis y la interpretación de los resultados, aunque también aporta distintos puntos de vista. Así mismo, en futuras revisiones debe considerarse la inclusión como términos de búsqueda los descriptores “therapy” y “marijuana”.

Esta revisión apunta un panorama prometedor sobre las intervenciones psicológicas para el tratamiento de la adicción al cannabis, especialmente la combinación de la TCC con el manejo de contingencias y la terapia familiar multidimensional en adolescentes. Aunque se debe seguir investigando para optimizar los resultados.

## REFERENCIAS

- Becoña, E., Cortés, M., Pedrero, E. J., Fernández, J. R., Casete, L., Bermejo, M. P. y Tomás, V. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Bender, K., Tripodi, S., Sarteschi, C. y Vaughn, M.G. (2010). A meta-analysis of interventions to reduce adolescent cannabis use. *Research on Social Work Practice*. doi:10.1177/1049731510380226.
- Bobes, J. y Calafat, A. (2000). De la neurobiología a la psicología del uso-abuso del cannabis. *Adicciones (Supl.2)*, 7-17.
- Budney, A. J., Moore, B. A., Rocha, H. L. y Higgins, S. T. (2006). Clinical trial of abstinence-based vouchers and cognitive-behavioral therapy for cannabis dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 307-316. doi: 10.1037/0022-006X.74.2.307.
- Budney, A.J., Stanger, C., Tilford, J.M., Scherer, E., Brown, P.C., Li, Z.,... Walker, D. (2015). Computer-assisted behavioral therapy and contingency management for cannabis use disorder. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29, 501-511. doi: 10.1037/adb0000078.
- Budney, A. J., Vandrey, R. G. y Stanger, C. (2010). Pharmacological and psychosocial interventions for cannabis use disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32, 546-555.
- Calafat, A., Fernández, C., Becoña, E., Gil, E., Juan, M. y Torres, M. A. (2000). Consumo y consumidores de cannabis en la vida recreativa. *Adicciones (Supl.2)*, 197-230.
- Carroll, K. M., Easton, C. J., Nich, C., Hunkele, K. A., Neavins, T. M., Sinha, R.,...Rounsaville, B. J. (2006). The use of contingency management and motivational/skills-building therapy to treat young adults with marijuana dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 955-966. doi: 10.1037/0022-006X.74.5.955.
- Carroll, K. M., Nich, C., LaPaglia, D. M., Peters, E. N., Easton, C. J. y Petry, N. M. (2012). Combining cognitive behavioral therapy and contingency management to enhance their effects in treating cannabis dependence: less can be more, more or less. *Addiction*, 107, 1650-1659. doi: 10.1111/j.1360-0443.2012.03877.x.
- Cooper, K., Chatters, R., Kaltenthaler, E. y Wong, R. (2015). Psychological and psychosocial interventions for cannabis cessation in adults: a systematic review short report. *Health Technology Assessment*, 19. doi: 10.3310/hta19560.
- Danovitch, I. y Gorelick, D. A. (2012). State of the art treatments for cannabis dependence. *Psychiatric Clinics of North America*, 35, 309-326. doi: 10.1016/j.psc.2012.03.003.
- Davis, M. L., Powers, M. B., Handelsman, P., Medina, J. L., Zvolensky, M. y Smits, J. A. (2014). Behavioral therapies for treatment-seeking cannabis users a meta-analysis of randomized controlled trials. *Evaluation & the Health Professions*. 38, 94-114. doi: 10.1177/0163278714529970.
- Denis, C., Lavie, E., Fatseas, M. y Auriacombe, M. (2006). Psychotherapeutic interventions for cannabis abuse and/or dependence in outpatient settings. *The Cochrane Library*, 19. doi: 10.1002/14651858.CD005336.pub2.
- Fischer, B., Jones, W., Shuper, P. y Rehm, J. (2012). 12-month follow-up of an exploratory ‘brief intervention’ for high-frequency cannabis users among Canadian university students. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 7, 15-20. doi: 10.1186/1747-597X-7-15.
- Gates, P. J., Norberg, M. M., Copeland, J. y Digiusto, E. (2012). Randomized controlled trial of a novel cannabis use intervention delivered by telephone. *Addiction*, 107, 2149-2158. doi: 10.1111/j.1360-0443.2012.03953.x.
- Greydanus, D. E., Hawver, E. K., Greydanus, M. M. y Merrick, J. (2013). Marijuana: current concepts. *Frontiers in Public Health*, 1, 1-17. doi: 10.3389/fpubh.2013.00042.
- Gutiérrez, L., De Irala, J. y Martínez, M. A. (2006). Efectos del cannabis sobre la salud mental en jóvenes consumidores. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 50, 1, 3-10.
- Hendriks, V., van der Schee, E. y Blanken, P. (2011). Treatment of adolescents with a cannabis use disorder: main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in The Netherlands. *Drug and Alcohol Dependence*, 119, 64-71. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2011.05.021.
- Hoch, E., Bühringer, G., Pixa, A., Dittmer, K., Henker, J., Seifert, A. y Wittchen, H. U. (2014). CANDIS treatment program for cannabis use disorders: findings from a randomized multi-site translational trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 134, 185-193. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.09.028.
- Hoch, E., Noack, R., Henker, J., Pixa, A., Höfler, M., Behrendt, S.,...Wittchen, H. U. (2012). Efficacy of a targeted cognitive-behavioral treatment program for cannabis use disorders (CANDIS\*). *European Neuropsychopharmacology*, 22, 267-280. doi:10.1016/j.euroneuro.2011.07.014.

- Kadden, R. M., Litt, M. D., Kabela-Cormier, E. y Petry, N. M. (2007). Abstinence rates following behavioral treatments for marijuana dependence. *Addictive Behaviors*, 32, 1220-1236. doi: 10.1016/j.addbeh.2006.08.009.
- Litt, M. D., Kadden, R. M. y Petry, N. M. (2013). Behavioral treatment for marijuana dependence: randomized trial of contingency management and self-efficacy enhancement. *Addictive Behaviors*, 38, 1764-1775. doi: 10.1016/j.addbeh.2012.08.011.
- Litt, M. D., Kadden, R. M., Kabela-Cormier, E. y Petry, N. M. (2008). Coping skills training and contingency management treatments for marijuana dependence: exploring mechanisms of behavior change. *Addiction*, 103, 638-648. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02137.x.
- Martin, G. y Copeland, J. (2008). The Adolescent Cannabis Check-Up: randomized trial of a brief intervention for young cannabis users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 407-414. doi: 10.1016/j.jsat.2007.07.004.
- Martin, G., Copeland, J. y Swift, W. (2005). The Adolescent Cannabis Check-Up: feasibility of a brief intervention for young cannabis users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 29, 207-213. doi: 10.1016/j.jsat.2005.06.005.
- Palfai, T. P., Saitz, R., Winter, M., Brown, T. A., Kypri, K., Goodness, T. M.,... Lu, J. (2014). Web-based screening and brief intervention for student marijuana use in a university health center: pilot study to examine the implementation of eCHECKUP TO GO in different contexts. *Addictive Behaviors*, 39, 1346-1352. doi: 10.1016/j.addbeh.2014.04.025.
- Plan Nacional sobre Drogas (2009). *Cannabis II. Informe nº 4 de la Comisión Clínica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Recuperado de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/CannabisII.pdf>
- Plan Nacional sobre Drogas (2016). Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. *Informe 2016. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de [http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2016\\_INFORME\\_OEDT.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2016_INFORME_OEDT.pdf)
- Quiroga, M. (2000a). Cannabis: efectos nocivos sobre la salud física. *Adicciones*, 12 (Supl.2), 117-133.
- Quiroga, M. (2000b). Cannabis: efectos nocivos sobre la salud mental. *Adicciones*, 12 (Supl.2), 135-147.
- Ramos, J., Rubio, M. y de Miguel, R. (2007). Efectos producidos por el consumo de cannabis: aspectos neuroquímicos. En Sociedad Española de investigación en cannabinoides (Eds.), *Aspectos psiquiátricos del consumo de cannabis* (pp. 11-14). Madrid: Sociedad Española de investigación en cannabinoides (SEIC).
- Rigter, H., Henderson, C. E., Pelc, I., Tossman, P., Phan, O., Hendriks, V.,... Rowe, C. L. (2013). Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: a randomised controlled trial in western European outpatient settings. *Drug and Alcohol Dependence*, 130, 85-93. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2012.10.013.
- Rooke, S., Copeland, J., Norberg, M., Hine, D. y McCambridge, J. (2013). Effectiveness of a self-guided web-based cannabis treatment program: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 15. doi: 10.2196/jmir.2256.
- Stanger, C., Budney, A. J., Kamon, J. L. y Thostensen, J. (2009). A randomized trial of contingency management for adolescent marijuana abuse and dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 105, 240-247. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2009.07.009.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2016). *World Drug Report 2016*. Recuperado de: [https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR\\_2016\\_Chapter\\_1\\_Cannabis.pdf](https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_Chapter_1_Cannabis.pdf).
- U.S. Department of Health & Human Services.(2011). *Estadísticas sobre los tratamientos para la drogadicción*. EEUU, Departamento de Salud y Servicios Humanos, National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health.
- Walker, D. D., Roffman, R. A., Stephens, R. S., Wakana, K. y Berghuis, J. (2006). Motivational enhancement therapy for adolescent marijuana users: a preliminary randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 628-632. doi: 10.1037/0022-006X.74.3.628.
- Walker, D. D., Stephens, R., Roffman, R., DeMarce, J., Lozano, B., Towe, S. y Berg, B. (2011). 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*, 25, 474-484. doi: 10.1037/a0024076.