



ORIGINAL

Cannabis: una sustancia que afecta al desarrollo de las habilidades de comunicación y al uso del lenguaje de los adolescentes consumidores. Revisión sobre algunos aspectos

Rafael Díaz Fernández^{a,*}, María Sierra Berdejo^b y Carlos Salavera^c

^aDoctor en Sociología y Psicólogo, Profesor Universidad de Zaragoza, España

^bPsicóloga, Profesora Universidad de Zaragoza, España

^cUniversidad de Zaragoza, España

PALABRAS CLAVE

Cannabis;
Adolescentes;
Uso del lenguaje;
Habilidades
de comunicación

Resumen El consumo de cannabis por los adolescentes y jóvenes produce efectos negativos sobre su salud biopsicosocial, ya sea de modo temporal, porque esta sustancia disminuye la función normal del cerebro, por efecto inmediato del consumo y como depresor del sistema nervioso central, o de forma permanente, cuando el tóxico ha generado cambios estructurales y daños graves en el tejido cerebral.

En este artículo pretendemos mostrar los efectos del consumo de cannabis en el lenguaje y la comunicación a partir de los resultados obtenidos mediante la observación y el análisis de casos en tratamiento por consumo de esta sustancia. Los jóvenes observados tenían edades comprendidas entre los 16 y los 22 años.

Haremos, para ello, referencia a algunos aspectos que rodean esta situación, entre éstos: los datos de consumo que nos permiten conocer la extensión poblacional a la que afecta este problema; las características de la sustancia y la edad de inicio como factor determinante de la aparición y gravedad de las consecuencias en el lenguaje y la comunicación, en proceso de evolución y continuo aprendizaje, a través de la interacción social; la facilidad de acceso de la población joven a una droga ilegal; algunos de los efectos y riesgos del consumo como consecuencia de su efecto sobre el sistema nervioso central; los elementos necesarios que intervienen en el aprendizaje que se ven directamente afectados por el consumo de cannabis; la influencia del consumo de cannabis en el lenguaje y la comunicación interpersonal. El artículo finaliza con la repercusión, en estos aspectos concretos, observados a través de los casos de jóvenes en tratamiento.

© 2011 AELFA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rdf@unizar.es (R. Díaz Fernández).

KEYWORDS

Cannabis;
Teenagers;
Language use;
Communications skills

Cannabis: A review of some aspects of its effects on communication and language skills in adolescent users

Abstract The use of cannabis by adolescents and young people produces negatives effects on their biopsychosocial health. This may be temporary, as this substance reduces normal brain function and depresses the central nervous system due to its immediate effects, or permanent, when the drug has caused serious structural changes and damage in the brain tissue.

In this article we show how cannabis consumption affects language and communication on the basis of results obtained by the observation and analysis of cases on treatment due to consuming this substance. The young people observed were between sixteen and twenty two years old.

We will describe some aspects surrounding this situation, including: consumption data, which may let us know the extent to which the population is affected by this problem; the characteristics of the substance and the age of starting as a determining factor of the appearance and severity of the consequences on language and communication, on the development and continuous learning process through social interaction; the easy access of the young population to a illegal drug; some of the consequences and risks of using it as a result of its effect on the central nervous system; the elements required to intervene in the learning process and how they may be directly affected by the cannabis consumption: the influence of cannabis consumption on language and interpersonal communication.

© 2011 AELFA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Revisión teórica**Datos de interés**

En todo el mundo, el cannabis es la droga ilegal más consumida. En Europa, casi el total de la población la ha consumido a lo largo de su vida. En concreto, el 22% de los europeos entre 15 y 64 años.

España se encontraba entre los países europeos con mayor prevalencia anual de consumo, en la población general y escolar, en 2007.

Entre la población de 15-24 años, la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses ascendía a un 29%, la más alta de la Comunidad Europea.

El cannabis también es la droga ilegal más consumida entre los jóvenes españoles de 14 a 18 años, y el 36,2% lo ha consumido alguna vez en la vida.

La mayor prevalencia de consumo de cannabis, en Europa, durante el último mes entre jóvenes de 15 a 16 años se encuentra en España y asciende a un 20%, según datos del estudio ESPAD¹ de 2007 reflejados en el Informe Anual 2009.

La evolución de las admisiones a tratamiento por consumo de cannabis, en Aragón, desde 2003 fue ascendente de forma continuada y la droga por la que más tratamientos se iniciaron entre los jóvenes de 14 a 20 años, según se desprende del II Plan de Drogodependencias y otras Conductas Adictivas del Gobierno de Aragón 2010-2016. Este dato nos permite observar que, efectivamente, el consumo de cannabis genera importantes problemas de salud a los consumidores.

El cannabis y el riesgo de su consumo

Cannabis sativa es una planta de efectos psicoactivos con más de 400 componentes químicos. De ellos se conocen aproximadamente 60 cannabinoides únicos de la especie. Entre éstos se encuentra el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), responsable de los efectos psicoactivos, el cannabimol y el cannabidiol con efectos sedantes y ansiolíticos.

Para su consumo se presenta tanto en forma de hachís² como triturado seco de flores, hojas y pequeños tallos de la propia planta triturada (marihuana o maría), y también como aceite. Habitualmente se consume fumada, mezclada con tabaco o directamente, mediante vaporizadores. El aceite se utiliza también por vía oral.

La riqueza de THC en el hachís y el aceite es superior que en la marihuana (Ashton, 2001). En los últimos años, la potencia del cannabis ha aumentado progresivamente, fruto de las técnicas de autocultivo y la selección genética de las variantes más psicoactivas.

El consumo de cannabis ha aumentado en los últimos años hasta llegar a ser la droga ilegal más consumida en la sociedad española. Y ello ha ido unido a un descenso en la edad de inició en los últimos 14 años. Si en 1994 la edad de inicio era de 15,1 años en los varones y de 15,2 años en las mujeres, en 2008 la edad de inicio se situaba en los 14,6 para los varones y en 14,7 para las mujeres. Este dato es de suma importancia, ya que uno de los factores que determinan la aparición y la gravedad de las consecuencias negativas del consumo de cannabis parece tener relación con la edad de inicio y el consumo a edades tempranas. Los problemas y los trastornos entre los jóvenes que iniciaron los consumos de cannabis antes de los 16 años parecen ser más pronunciados. Esto podría ser debido a que el cannabis provoca cam-

1. El estudio ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) es un proyecto Europeo de encuestas escolares sobre el alcohol y otras drogas que utiliza métodos e instrumentos normalizados para medir el consumo de drogas y alcohol entre muestras representativas de escolares de 15 a 16 años. Las encuestas realizadas son de 1995, 1999, 2003 y 2007.

2. Hachis, es un exudado resinoso de la planta.

bios neurobiológicos durante determinados períodos del desarrollo del cerebro como afirmaba, en el Informe de 2009, la Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas, basándose en los estudios de Pistis (2004) y Ehrenreich (1999). Además, según este mismo Informe, el cannabis se asocia a mayores problemas de déficit neuropsicológicos. Estos déficit se reflejan en un empeoramiento del rendimiento escolar, como han demostrado algunos autores (Gudlowski et al, 2008; Pope et al, 2003; Fergusson et al, 2002; Hall et al, 2001).

La aparición de trastornos mentales, el consumo problemático de cannabis u otras drogas en edades posteriores y la mayor dificultad para abandonar el consumo también se asocian al inicio temprano de consumo de cannabis.

La facilidad de acceso a una droga ilegal

Con el cannabis la población se encuentra ante la paradoja de tener que convivir con una droga ilegal³ pero que al mismo tiempo goza de gran permisividad social y aceptación. Es una sustancia tóxica muy accesible a cualquier grupo de población potencialmente consumidora, adolescentes, jóvenes, adultos y enfermos crónicos, y al mismo tiempo no está sometida a unos mínimos controles legales de “calidad”, ya que se adquiere en mercados ilegales.

Se observan dos discursos en torno a esta droga: el que se muestra partidario de la sustancia, extendido en las últimas décadas, que ha favorecido su difusión y su consumo con argumentos tan simples como “es una planta natural”, “es una sustancia terapéutica”, “es más sano fumar cannabis que fumar tabaco”, “es relajante” que, al mismo tiempo, ponen de manifiesto la existencia de grandes necesidades y encierran en sí mismos grandes carencias de nuestra sociedad actual. Nos referimos a la búsqueda de lo natural en una sociedad cuyo modelo social es demasiado artificial, industrializado, en cierto modo enfermo e insostenible y que genera necesidades terapéuticas, cuyos miembros buscan la evasión en un mundo que les resulta excesivamente opresor y tenso, en el que necesitan relajarse. Por eso el discurso ha hecho eco, se ha transmitido y expandido como un tsunami, y la disertación opuesta no ha sido un obstáculo insalvable, solo la lejanía⁵ ha generado protección.

3. El tráfico ilegal de cannabis y sus derivados como el de cualquier otro estupefaciente, está castigado en el derecho español como delito, en el artículo 368 del Código Penal vigente. El cannabis está considerado como droga que no causa grave daño a la salud. El Código Penal no considera delito, en ningún caso, el consumo, la posesión para el propio consumo y el consumo de Cannabis, siempre que sea para el propio consumo del poseedor según el Informe de la Comisión Clínica de la Dirección General para el Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD) sobre Cannabis 2009.

4. Se argumenta que es una sustancia terapéutica pero no se tienen en cuenta que cualquier uso terapéutico requerirá para su uso, la intervención de un médico que realice el diagnóstico, seleccione el tratamiento, emita una prescripción que se ajuste a las necesidades del paciente y haga un seguimiento de la eficacia o de la toxicidad de la sustancia administrada en forma de medicamento así como de la evolución de la enfermedad.

5. Entendemos por lejanía, no la distancia física entre la sustancia y el individuo, sino una lejanía construida a base de factores de protección que hagan menos vulnerable al individuo frente al consumo.

Frente a este discurso favorable encontramos el opuesto, que aparentemente es la base sustentadora del mantenimiento de su ilegalidad, a pesar de su extendido consumo. Un discurso cuyo contenido nos transmite información sobre los efectos de su consumo en distintos sistemas del organismo humano: en el sistema nervioso central, en el sistema cardiovascular, en el sistema respiratorio, en el sistema inmunológico, en el sistema endocrino y reproductor. Que nos aporta información sobre la nocividad para la salud de una sustancia que puede dar lugar a una serie de trastornos mentales descritos en los principales sistemas⁶ internacionales de clasificación de las enfermedades, de trastornos por consumo, abuso y dependencia. Un discurso basado en investigaciones, evidencias y duras realidades vividas por aquellos que han adquirido una dependencia de esta sustancia, y acuden a las consultas para solicitar un tratamiento, nada simple, que requiere una combinación de tratamientos farmacológico, sintomático⁷, psicológico y social.

El cannabis es una droga muy accesible para el colectivo de adolescentes y jóvenes, tanto por su abundancia como por su precio, modo de producción, distribución y porque no se han invertido recursos suficientes para generar un desarrollo sostenible que genere un bienestar social en la población para hacer frente a sus necesidades vitales en una sociedad aparentemente desarrollada.

Algunos efectos y riesgos del consumo de cannabis

El consumo de cannabis tiene una importante repercusión negativa sobre los individuos. La principal sustancia psicoactiva del cannabis, el THC, constituye, en bajas dosis, un depresor del SNC que disminuye la función normal del cerebro. A mayores dosis tiene efectos alucinógenos como el LSD (Pascual, Rubio y Martínez, 2002). Entre las acciones depresoras y las alucinógenas se producen otros efectos que pueden afectar a la atención, la memoria, la percepción, la conciencia y los movimientos.

Entre los efectos más relevantes se encuentran los psicológicos, como puede ser el estado de somnolencia. Los efectos cognitivos se manifiestan principalmente a través de alteraciones de la memoria a corto plazo y las dificultades para la concentración. Los que afectan al rendimiento psicomotor se observan porque se produce un enlentecimiento en la velocidad de reacción y también por la aparición de problemas para mantener la atención y una importante incoordinación motora.

Los efectos que produce el consumo de cannabis en el tejido cerebral afectan a su funcionamiento, en especial cuando el consumo se inicia en la adolescencia, que es la etapa de maduración del cerebro. Su uso diario y durante

6. Principales sistemas internacionales de clasificación de las enfermedades: Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (OMS, 1992), el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) (Asociación Americana de Psiquiatría, APA, 2000).

7. Tratamiento farmacológico sintomático: para disminuir los síntomas de abstinencia, ansiedad, labilidad emocional, dificultad para dormir y escalofríos, ya que no se dispone de ningún fármaco que haya demostrado su eficacia en el tratamiento de desintoxicación y deshabituación de la dependencia de Cannabis.

períodos prolongados provoca cambios estructurales y daños graves en el tejido cerebral. Estos efectos varían con la dosis, la vía de administración, la mayor o menor vulnerabilidad a los efectos psicoactivos y la situación de consumo.

Los síntomas se inician tras su consumo, pasados entre 10 y 20 minutos, prolongándose por un espacio de tiempo máximo de aproximadamente 3 horas (Bowman, 1984).

Las alteraciones neurocognitivas se normalizan de una manera progresiva cuando se deja de consumir, pero también se ha demostrado que si el inicio en el consumo de cannabis se ha producido a una edad temprana algunas de las alteraciones cerebrales persisten (Pope, Gruber, Hudson, Cohane, Huestis, Yurgelun-Todd, 2003).

El conocimiento y el aprendizaje que están íntimamente relacionados con la memoria y la atención se ven afectados de manera especialmente negativa con su consumo, sobre todo cuando hay dependencia de esta sustancia.

También resulta relevante la aparición del denominado “síndrome amotivacional⁸” que se asocia al consumo crónico y se caracteriza por la conducta de abandono y por la pérdida de interés generalizado. Esta pérdida de interés llega a un extremo tal que las posibilidades de interacción con otras personas se van reduciendo hasta ser prácticamente nulas y, por lo tanto, si la interacción es nula, los problemas de comunicación se agravan.

Importantes son las secuelas que produce el consumo de cannabis a nivel psicológico y social, y la repercusión en el lenguaje y la comunicación, existiendo una amplia relación entre el consumo de cannabis y la obtención de niveles de estudios más bajos.

Centrándonos en los riesgos, el consumo prolongado⁹ de cannabis constituye uno de los factores que impiden llevar una vida plena, sana, de calidad, ya que influye en los procesos cognitivos, convirtiendo los pensamientos y las creencias en irracionales, y provocando el inicio y mantenimiento de un estilo de vida poco saludable, donde los conflictos pasan a formar parte de las vivencias de sus consumidores. Así, nos encontramos con adolescentes que entre el engaño, el conflicto y la desmotivación van adquiriendo un estilo de comunicación muy limitado, poco fluido. Las alteraciones en su percepción sobre la realidad que viven, en su memoria, hacen que vayan alejándose de un aprendizaje normalizado y del mantenimiento de sus habilidades comunicativas.

Cuando un adolescente fuma cannabis está intentando representar el papel de adulto, imita a un adulto consumidor de estas sustancias. Se ha producido un aprendizaje por observación de otros modelos, bien sean del grupo de iguales, o de otros grupos de mayores o adultos cercanos, representando para el adolescente un adelanto de su mayoría de edad, aunque ello signifique la transgresión de las normas familiares, sociales o sanitarias aprendidas, con la finalidad de hacer ver o creerse más mayor delante del grupo de amigos y amigas sin ser consciente del riesgo que conlleva el consumo.

Elementos que favorecen el aprendizaje y se ven afectados por el consumo de cannabis

Entre los componentes que el aprendizaje humano requiere para el procesamiento de la información se encuentran: la atención, la percepción y la memoria. Unos componentes que, a su vez, se encuentran directamente afectados cuando se produce consumo de cannabis.

La atención se basa en el enfoque hacia un estímulo y es el primer paso que se da para llevar a cabo cualquier tipo de aprendizaje. La atención es interpretada como el proceso de selección de algunos de los datos posibles. La capacidad de atención es limitada y solo se atiende a unos cuantos estímulos cada vez (Schunk, 1997). Además, los procesos de atención son deliberados y por ello requieren de una actividad consciente, es decir, de la capacidad para percibir estímulos y comprender así lo que sucede en el entorno.

Uno de los efectos que tiene el consumo de cannabis es la afectación de la atención, que se traduce en una disminución de la capacidad para enfocarse y que impedirá la adecuada recepción de los estímulos. Sin enfoque sobre el estímulo es difícil poder iniciar cualquier tipo de actividad orientada al aprendizaje.

En íntima relación con la atención se encuentra la concentración, que consiste en centrar toda la atención de la mente en la actividad que se esté realizando y anular el resto de objetos que impidan esa focalización. El cannabis tiene propiedades relajantes que impiden la focalización en el estímulo que requiere atención, al tiempo que impiden eliminar los estímulos negativos.

La percepción también es otro de los componentes que se ve perjudicado por este tóxico. La percepción es el significado que se asigna a las entradas recibidas del entorno, a través de los sentidos, que posteriormente deben mantenerse en el registro sensorial para compararse con los conocimientos que se guardan en la memoria a largo plazo (MLP).

La memoria de trabajo (MT) o memoria a corto plazo (MCP) es el lugar donde se transfieren los estímulos después de ser capaces de mantener la atención sobre ellos y percibirlos. La MT o MCP recibe la información, la almacena y la relaciona con la información que se encuentra en la MLP. Si el funcionamiento de la MCP se encuentra disminuido, no será posible que realice esta función y cumpla con su cometido.

El movimiento es otra de las actividades en las que repercute negativamente el cannabis, para quienes lo consumen. La importancia de los efectos del cannabis sobre el movimiento, y respecto al tema que estamos tratando en este artículo, reside en la relación que existe entre estas dos actividades: el lenguaje y el movimiento. Ambas acompañan al ser humano desde su nacimiento, son mecánicas y se apoyan la una en la otra. El movimiento genera lenguaje, es comunicación en sí mismo. El lenguaje se ve influido por el movimiento, según se manifieste el movimiento, la producción del lenguaje y la comunicación puede mejorar o empeorar, ejemplo de ello son determinadas enfermedades que afectan al movimiento y repercuten en su producción (Parkinson, Alzheimer, etc.); de hecho, cuando se interviene terapéuticamente sobre ellas, se tiende a conectar estas dos actividades. El cannabis produce enlentecimiento de movimientos, una consecuencia que interfiere en el proceso comunicativo, y automáticamente repercutirá en el lenguaje y dificultará la comunicación interpersonal, incidiendo de

8. Síndrome amotivacional: se ha descrito en consumidores de dosis elevadas y durante un tiempo prolongado. Estaría caracterizado por un deterioro en la personalidad del sujeto, pérdida de energía, abulia e importante limitación de sus actividades habituales.

9. Entendemos por consumo prolongado aquel que consiste en fumar más de 5 cigarrillos (porros) diarios según informe Mundial sobre drogas 2010.

forma directa en la capacidad de las personas para establecer contacto con otro u otros, con la finalidad de transmitir información. El acto comunicativo puede responder a diversas finalidades, entre ellas: la transmisión de información, el intento de influir en los otros, la manifestación de los propios estados o pensamientos, la realización de actos.

El lenguaje humano verbal tal como lo define Lecours y cols. (1979) “es el resultado de una actividad nerviosa compleja que permite la comunicación interindividual de estados psíquicos a través de la materialización de signos multimodales que simbolizan estos estados de acuerdo con una convención propia de una comunidad lingüística”.

La consideración del concepto de lenguaje como actividad (Vygotsky, 1977) su naturaleza multicompetencial (Rondal, 2002) y su base comunicativa (Puyuelo, 2002) lo insertan dentro del mundo de lo social. La actividad verbal que realizan las personas se lleva a cabo en interacción directa con otras. Esto conduce al hecho de que la evolución del lenguaje y las formas concretas que adopta según las circunstancias dependen de las interacciones que se establezcan. Si las interacciones se interrumpen, tienen interferencias, no son de calidad, la evolución en el desarrollo del lenguaje se va a ver afectada.

El lenguaje está en constante evolución; entre los 13 y los 15 años se adquiere una mejor comprensión y uso de los significados abstractos, los refranes o las metáforas.

Entre los 13 y 16 años la evolución continúa para aproximarse al dominio del lenguaje abstracto, al del adulto. Ejemplos de ello son el uso del sarcasmo, la broma, la metáfora, el doble sentido. Se produce una mayor consciencia de las diferentes perspectivas de los interlocutores y un aumento de la capacidad para mantener el tema de conversación de manera adecuada (Puyuelo, 2002).

Si el consumo de cannabis está presente en estas edades, recordemos que la edad de inicio en el consumo se encuentra entre los 14,6 y los 14,7 años, puede impedir que se concluya con éxito el proceso normal de evolución de la adquisición y desarrollo del lenguaje, ya que el funcionamiento del cerebro se va a ver afectado por un tóxico que va tener una repercusión en la atención, la concentración, la percepción y la memoria.

El paradigma habitual del procesamiento de la información se basa en la existencia de dos almacenes (Schunck, 1997), una doble memoria a la que ya hemos hecho referencia: MT, o MCP y MLP.

De acuerdo con este modelo, y desde el punto de vista del procesamiento de la información, el aprendizaje del ser humano requiere la puesta en marcha de diferentes procesos que se suceden en un período concreto: atención, percepción, codificación, almacenamiento y recuperación.

La atención cumple la función de filtro, ya que solo se puede prestar atención a una cantidad limitada de estímulos. Durante este proceso, la atención selecciona unos pocos de los muchos datos disponibles. Una atención deficitaria se encuentra asociada a problemas de aprendizaje.

La información entra a la MT, o MCP, por los registros sensoriales, especialmente el icónico (visual) y el ecoico (auditivo), pero también de los otros sentidos: olfato, gusto y tacto.

Es a través del proceso de percepción que se asigna significado a las entradas del exterior recibidas por parte de los sentidos. Para que una entrada pueda ser percibida es necesario que se mantenga en el registro sensorial al menos un

instante, una fracción de segundo, en la forma en que se recibió (visual, auditiva, sonora, olfativa o táctil).

Si por efecto de un tóxico el proceso de atención no cumple su función de filtro de los estímulos, es decir, no se produce una focalización en el estímulo seleccionado, y por lo tanto, no se produce una adecuada entrada del estímulo, el inicio del procesamiento de la información no va a tener un buen comienzo. Si además la percepción se ve igualmente afectada de forma negativa, aunque la focalización sea la adecuada y permita la entrada del estímulo seleccionado, es posible que no se asigne a las entradas un significado adecuado.

Cuando llega el momento del proceso de retención, repaso y vinculación de la información, la MT o MCP la vincula a la información que se encuentra en la MLP, donde se codifica y almacena. Estos últimos procesos de codificación y almacenamiento necesitan también un funcionamiento óptimo del cerebro que se ve afectado negativamente con el consumo de cannabis, dificultando la realización de esta función que debe realizar la memoria.

Si nos introducimos en la dimensión pragmática o funcional y social del lenguaje, como el uso y sus aspectos interactivos, de acuerdo con Puyuelo (2002), el lenguaje tiene la característica de ser una producción que se realiza en diferentes contextos, de modo que varía según es ese contexto en el que se produce y según el interlocutor. Por eso, un buen uso del lenguaje requiere esa adaptación al contexto en que se produce la comunicación. El cannabis disminuye la capacidad de adaptación del lenguaje al contexto en que se produce y el desarrollo de habilidades de comunicación.

La conversación permite a las personas mostrar el nivel de desarrollo que tiene del lenguaje y de la comunicación. “La conversación consiste en una mezcla de solución de problemas y transmisión de la información y en el mantenimiento de las relaciones sociales y disfrute de la interacción de los demás” (Caballo, 1993: 89). A partir de los fallos en la conversación podemos constatar aquellos aspectos que han sufrido en su evolución un paréntesis o no se han desarrollado de forma adecuada. Algunos de los fallos que se producen en la conversación son: el uso inapropiado de elementos verbales, no emplear o responder a señales de sincronización, fallar en suministrar o responder a las señales de atención y de retroalimentación (Trower, Bryant y Argyle, 1978).

Efectos del consumo de cannabis en el lenguaje y la comunicación

Los comentarios y las observaciones que realizamos a continuación proceden de una investigación con adolescentes que en su inicio se fijó como objetivo preferente la percepción social del consumo de cannabis por los jóvenes. Durante el transcurso de la investigación se obtuvieron estas apreciaciones que esperamos poder ampliar en el futuro.

Los datos se obtuvieron a través de todo un proceso en el que se combinó metodología cualitativa y cuantitativa. Los instrumentos de recogida de datos utilizados fueron la entrevista personal, la observación, el cuestionario y los grupos de discusión. Algunos de los datos se observan desde hace 14 años realizando tratamientos por consumo de cannabis. La principal droga de consumo problemático para la población objeto de estudio y por la que habían

iniciado tratamiento, era el cannabis. Se habían iniciado primero en el consumo de tabaco y alcohol, para continuar con el consumo de cannabis, al mismo tiempo que en algunos casos habían probado otras drogas ilegales, también, accesibles.

A través de una muestra, de 68 casos, hemos observado como el consumo de cannabis afectaba al lenguaje y la comunicación. El análisis de los datos obtenidos ha permitido comprobar el deterioro en aspectos concretos de la capacidad de comunicación y del uso del lenguaje.

En primer lugar, los jóvenes en estudio presentaron una elevada disminución de interacciones y estas interacciones, a su vez, eran cada vez menos diversificadas respecto al número de contextos en los que se producían. Esto constituía uno de los factores negativos para el desarrollo de la comunicación de estos jóvenes partiendo de la consideración de “la comunicación como proceso de interacción” (Watzlawick, Beavin, Jackson, 1998). Esta falta de interacción produjo, como consecuencia, el cese en el aumento del vocabulario a una velocidad acelerada, que es como se produce en condiciones de normalidad, en los adolescentes (Berger, Thomson, 1997) de modo que el progreso en el dominio del lenguaje se había paralizado. Al mismo tiempo se observó que no habían desarrollado un estilo personal en la forma de hablar. Su vocabulario y su estilo eran muy similares: escaso vocabulario, frases cortas, etc.

La situación de consumo generaba un importante aislamiento y un aumento de las dificultades de comunicación fuera de los círculos de consumo, hasta el punto de que las interacciones de estos jóvenes se producían con el único objetivo de conseguir la sustancia y en los contextos donde se podía adquirir y consumir. Su vida giraba en torno a la sustancia.

Tenían dificultades en el uso del lenguaje, ya que sus recursos en vocabulario eran muy limitados, y ello les conducía a la incapacidad para adaptarse a los diferentes interlocutores, es decir, a variar el uso del lenguaje en función del contexto en el que se encontraban.

Las interacciones, en consecuencia, que se producían en contextos, como el familiar, el escolar y en la comunidad producían conflictos, ya que por su edad estaban obligados a permanecer en ellos, pero sin ningún tipo de motivación y estímulo. El consumo de cannabis había generado problemas de lenguaje, comunicación y como consecuencia afectaba a su rendimiento escolar.

La falta de motivación y la pérdida de energía para realizar cualquier actividad era una característica que todos los casos compartían y se manifestaba también en un enlentecimiento de la expresión oral.

Se había producido tal estancamiento en el desarrollo del lenguaje escrito que el aprendizaje de etapas anteriores parecía haber sufrido un retroceso. Las faltas de ortografía eran abundantes y la concordancia entre las partes de una oración era frecuente en su expresión escrita.

La manifestación oral y escrita parecía responder a un nivel de desarrollo lingüístico inferior al de su edad cronológica, les convertía en más vulnerables y les predisponía al fracaso en la transición hacia el uso estratégico del lenguaje.

Tenían importantes dificultades para empatizar con los demás y por lo tanto para situarse en el lugar del otro y conseguir así una comprensión de la comunicación basada en el lenguaje no verbal.

Se habían acostumbrado a hacer un uso del lenguaje limitado y pobre, tanto en su forma oral como escrita, incluso aun cuando los conocimientos acumulados a lo largo de su vida eran más amplios de lo que mostraban en su utilización.

Si el aislamiento era uno de los aspectos que les caracterizaba, el inicio del tratamiento iba acompañado de dificultades para expresarse y era necesario insistir con múltiples preguntas para que fueran capaces de expresar sus sentimientos. Ellos mismos revelaban que les costaba mucho hablar, que no estaban acostumbrados a expresar lo que pensaban o sentían, que “no eran muy habladores”, como ellos mismos manifestaban, lo que demostraba que habían comenzado el consumo de cannabis antes de los 16 años, una edad en la que todavía no tenían un dominio sobre el lenguaje abstracto y, por lo tanto, el desarrollo de su lenguaje se había quedado en un estadio inferior al esperado para su edad. Así, se constataba que la percepción que tenían de determinadas situaciones les llevaba a afrontar la resolución de problemas de una forma poco madura para su edad cronológica y de manera poco eficaz.

El fracaso escolar, que todos ellos habían soportado, era algo que tenían en común y que había coincidido con el inicio en su consumo de drogas, primero legales (tabaco y alcohol) y después ilegales (cannabis).

Uno de los métodos que existen para identificar a los alumnos que atienden de los que no pueden hacerlo es observar signos físicos como ponerse a escribir. Su capacidad de atención en el aula había disminuido, eran incapaces de comenzar a trabajar después de recibir las instrucciones. La imposibilidad para el control de la atención se encuentra íntimamente relacionada con los problemas de aprendizaje y con el fracaso escolar.

La dificultad para concentrarse en el estudio era uno de los problemas que manifestaban. El consumo de cannabis parecía haberles conducido a la incapacidad de mantener la atención necesaria y la concentración suficiente para realizar una actividad cognoscitiva, lo que les había llevado a un abandono de los estudios, con cursos y etapas sin finalizar.

Culpabilizaban al cannabis de haberles ocasionado problemas de memoria que repercutían en las dificultades que tenían para el estudio. Olvidaban fácilmente que habían hecho durante la semana anterior, sobre todo cuando se les pedía que recordaran que día de la semana habían realizado una determinada actividad.

Ninguno de los jóvenes en estudio superaba los 22 años, pero a esa edad ya estaban en tratamiento. En un período no superior a los 6 años, el estilo de vida que habían adoptado les había conducido al abandono de las actividades de la vida diaria y a alejarse de los cauces normalizados de socialización.

El distanciamiento de su normalización social les impedía tener interacciones con otros individuos y colectivos, lo que dificultaba el mantenimiento de una comunicación activa.

A pesar de que eran mayores de edad o estaban cerca de los 18 años (al inicio del tratamiento), seguían manteniendo una gran dependencia familiar y una gran falta de autonomía y madurez.

Se sometían a tratamiento porque se veían presionados por sus familias, ante la situación insostenible que vivían: abandono de estudios, falta de hábitos, inactividad, desmotivación, problemas de lenguaje y comunicación que les había conducido a generar un ambiente familiar muy enrarecido, conducta inadecuada en todos los contextos y problemas con la justicia.

El síndrome amotivacional que experimentaban estos jóvenes tras consumos prolongados les aislaba de la familia, de los compañeros, de cualquier actividad normalizada incluida la comunicación.

En general, utilizaban un vocabulario poco extenso, con producción de frases de longitud corta y de poca complejidad. Aunque en la medida que desaparecía el consumo eran capaces de recurrir al vocabulario que habían adquirido a lo largo de su vida y a la utilización de frases más complejas. En todos los casos referían que tenían problemas de concentración para realizar actividades de carácter intelectual como el estudio, la lectura, o cualquier actividad que requiera una atención sostenida.

Las dificultades en el lenguaje expresivo habían interferido en su rendimiento académico y en la comunicación social, entrando en un círculo en el que a mayor dificultad en la comunicación y en las posibilidades de interacción, mayor aislamiento.

En las habilidades conversacionales también se observó una importante carencia, tanto por lo que respecta al inicio como al mantenimiento y finalización de éstas. Esto permite entender o dar una explicación a los conflictos conversacionales en los que continuamente se ven inmersos, en los diferentes contextos en los que se encuentran e interaccionan.

Bibliografía recomendada

- Ashton, Ch. (2001). *Pharmacology and effects of cannabis: a brief review*. Br. J. Psychiatry, 178.
- Berger, K., Thompson, R. (1997). *Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1998). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Editorial Herder. Séptima edición.
- Bowman, W.C. y Rand, M. J. (1984). *Farmacología. Bases bioquímicas y Patológicas. Aplicaciones Clínicas*. México: Ed. Interamericana. Segunda edición.
- Caballo, V. (1993). *Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales*. Madrid: Siglo XXI
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas (2006). *Informe de la Comisión Clínica de la DGPNSD sobre Cannabis*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas. (2009). *Informe de la Comisión Clínica de la DGPNSD sobre Cannabis*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas y el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2009). *Informe sobre consumo problemático de Cannabis en estudiantes españoles de 14 a 18 años: validación de escalas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Martínez, M., Rubio, G. (2002). *Manual de Drogodependencias para enfermería*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2009). *Informe Anual 2009. El problema de la drogodependencia en Europa*. Lisboa: Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías.
- Pope, Hg Jr., Gruber, A.J., Hudson, JI., Cohane, G., Huestis, MA., Yurgelun-Todd, D., (2003). Early-onset Cannabis use and cognitive deficits: what is the nature of the association. *Drug Alcohol Depend* 69; 303-310.
- Puyuelo, M., Rondal, J. y Wiig, E. (2002). *Evaluación del Lenguaje*. Barcelona: Masson.
- Schunk, D. (1997). *Teorías del Aprendizaje*. México: Prentice Hall.
- Trower, P., Bryant, B. y Argyle, M. (1978). *Social skills and mental health*. Londres: Methven and Co., Ltd.
- Valles, A., Valles, C. (1996). *Las habilidades sociales en la escuela*. Madrid: EOS.