

El cielo revuelto del cannabis: ¿hay nueces para tanto ruido?

(The cannabis epidemic in perspective: can a solution be found?)

Introducción

El cannabis es la droga psicoactiva ilegal más extendida en el mundo. En Europa su consumo alcanza máximos históricos, aunque hay signos de cambio de tendencia¹. A partir de los datos publicados² se estima que en España hay más de 2 millones de consumidores mensuales y alrededor de medio millón de consumidores diarios. El consumo se inicia en edades muy tempranas, y muchos jóvenes perciben que esta sustancia no supone grandes riesgos^{2,3}. Y es que hay evidencias que, tomadas aisladamente, pueden contribuir a reforzar esta idea. De hecho, no suele haber muertes por intoxicación aguda y, hasta hace poco, el uso de los servicios de salud por problemas relacionados con el cannabis ha sido escaso^{1,2}. Además, la mayoría de los usuarios de cannabis no experimenta problemas agudos graves tras el consumo, y algunos de ellos, como los problemas cognitivos (de atención, concentración, memoria a corto plazo, asociación de ideas) o perceptivos, suelen estar bien controlados por parte de los usuarios, dada la rápida biodisponibilidad del tetrahidrocannabinol (THC) inhalado. Por otra parte, cuando se producen síntomas psicóticos agudos o reacciones de pánico en usuarios poco experimentados o que consumen altas dosis, suelen remitir al pasar el efecto del THC o tras algunos días o semanas⁴. Parece también que los déficit psicomotores y cognitivos (atención, memoria y aprendizaje), que a veces aparecen en los consumidores regulares, se suelen recuperar al dejar de consumir.

Sin embargo, desde mediados de los años noventa han aumentado mucho el número de consumidores recreativos y los patrones de consumo diarios o casi diarios. Paralelamente, han aumentado los problemas por cannabis atendidos en los centros de drogodependencias y en los servicios hospitalarios de urgencias^{1,2,5}, y se han acumulado evidencias que relacionan el uso de cannabis con problemas de salud a largo plazo, principalmente de naturaleza psicopatológica, y con un mayor riesgo de accidentes y lesiones. Todo esto ha contribuido a que se dispare la alarma entre las autoridades y los profesionales, que están reforzando los programas y las políticas públicas para reducir el número de consumidores y retrasar la edad de inicio en el consumo³.

¿Hay realmente motivos para tanta preocupación?

Sin duda, hay motivos para preocuparse, aunque no para una alarma desmedida. Veamos las razones. El temor al cannabis deriva sobre todo de la aceptación de 2 ideas: *a)* puede inducir el uso de drogas más peligrosas, como cocaína o heroína (teoría de la escalada o de la puerta de acceso)⁶, y *b)* puede producir problemas físicos, psicológicos o sociales importantes, que hasta ahora habían pasado desapercibidos por la dificultad de desentrañar las relaciones de causalidad.

La teoría de la escalada está bastante cuestionada. Es cierto que el uso de cannabis suele iniciarse antes que el de cocaína o heroína, pero la prelación no es prueba suficiente de causalidad. Es cierto también que los usuarios de cannabis tienen más riesgo de usar otras drogas (y más riesgo cuanto antes y más intensamente consumen cannabis)⁷, pero esto parece explicarse más por factores psicosociales (los usuarios de cannabis y los de otras drogas comparten perfiles ambientales o individuales) o juridicopolíticos (el cannabis comparte canales de distribución con otras drogas) que por los factores fisiológicos que en origen parecía invocar esta teoría (sensibilización por cannabis de los circuitos cerebrales de recompensa), aunque no se descarta que estos últimos factores faciliten el consumo de otras drogas⁸⁻¹².

En cuanto a la segunda idea, hoy día se sabe que el uso de cannabis puede generar o precipitar problemas de salud importantes que, dada la extensión del consumo, pueden tener relevancia para la salud pública. De hecho, se acumulan las pruebas que relacionan el uso de cannabis con un mayor riesgo de problemas de salud mental a largo plazo¹³. En concreto, el uso de cannabis en la adolescencia aumenta el riesgo de desarrollar síntomas o cuadros psicóticos, como esquizofrenia o depresión, sobre todo en los usuarios que inician pronto el consumo, en los más frecuentes e intensivos, y en los predispuestos a la psicosis^{14,15}. Estos hechos parecen estar aceptados por la mayoría, aunque se discute si la relación es o no causal, ya que muchos de estos usuarios pueden tener una predisposición especial y además a menudo consumen también otras drogas. En cualquier caso, no hay duda de que el cannabis puede precipitar o exacerbar la psicosis en personas vulnerables.

Por otra parte, los fumadores regulares de cannabis pueden tener problemas respiratorios parecidos a los de los fumadores de tabaco, incluido un mayor riesgo de desarrollar infecciones respiratorias, bronquitis, enfisema y cáncer de pulmón¹⁶. Tras fumar cannabis aumenta el riesgo cardiovascular en las personas con una enfermedad previa, debido seguramente al aumento de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca provocados por esta sustancia. Entre un 7 y un 10% de los consumidores regulares de cannabis puede llegar a desarrollar dependencia¹⁷.

Los estudios experimentales han mostrado repetidamente que el THC limita, de forma dependiente de la dosis, las capacidades psicomotoras y para conducir vehículos. Los estudios epidemiológicos de casos y controles muestran, en general, que los individuos que conducen bajo los efectos del cannabis tienen un riesgo mayor de accidentes¹⁸. Por ejemplo, en un amplio estudio francés, conducir bajo los efectos del cannabis aumentaba alrededor de 3 veces el riesgo de accidente de tráfico mortal, en función de la dosis. Se estimó que la proporción de accidentes de tráfico mortales atribuibles al cannabis era de un 2,5%, unas 10 veces menor que la atribuible al alcohol¹⁹. Sin embargo, con respecto a los accidentes, a menudo los estudios epidemiológicos han ofrecido resultados contradictorios²⁰, posiblemente porque han empleado como indicador de uso de cannabis la presencia de un metabolito inactivo del THC, que puede persistir durante días o semanas en los fluidos biológicos y que, por tanto, más que un indicador de uso en las horas previas al accidente suele serlo de uso en el pasado reciente¹⁸.

Se discute si el peor rendimiento escolar observado en los consumidores de cannabis es consecuencia de un efecto directo de éste en las capacidades cognitivas o la motivación, o más bien un reflejo del contexto social en que se produce el consumo de cannabis²¹.

¿Y entonces, qué hacer?

Desde luego, no caer en exageraciones ni mistificaciones. A pesar de que está claro que las repercusiones del uso de cannabis no son baladíes, éste no causa ni de lejos los principales problemas sociosanitarios de nuestros adolescentes y jóvenes. Sin apartarnos del campo de las drogas psicoactivas, los problemas derivados del tabaco y el alcohol tienen una dimensión mucho mayor.

Desde una perspectiva preventiva, es interesante identificar los factores asociados al inicio en el uso del cannabis: el sexo masculino, el uso previo de alcohol y tabaco, las actitudes favorables al uso, las relaciones

problemáticas con los padres, el uso de cannabis entre los amigos, el pasar el tiempo de ocio en bares y discotecas, y la disponibilidad de cannabis en el entorno²²⁻²⁵. Necesariamente, también debe desempeñar un papel importante el bajo riesgo percibido ante el consumo de esta droga^{2,3}. Estos factores son bastante similares a los de inicio en el consumo de otras drogas psicoactivas, y pueden ayudar a orientar los programas de prevención universal que pretenden reducir el número de jóvenes que experimentan con el cannabis o retrasar la edad de los que lo hacen. Los trabajos dirigidos a identificar estos factores, así como las circunstancias de inicio en el consumo o las razones o expectativas de las personas que se inician, como el que se incluye en este número de GACETA SANITARIA²⁶, son bienvenidos. Sin embargo, para contener y reducir el volumen de problemas graves asociados al consumo de cannabis es también importante, y quizás más eficiente desde una perspectiva de salud pública, desarrollar programas orientados a reducir el consumo problemático de esta droga o la progresión en el consumo entre los que la han probado o la consumen esporádicamente. Y llegados a este punto, constatamos una gran falta de información. Para empezar, no hay definiciones ni instrumentos ampliamente aceptados que permitan medir y hacer un seguimiento del consumo problemático, aunque se están intentando validar algunas escalas con este fin, como la Severity Dependence Scale²⁷ y, más recientemente, el Cannabis Abuse Screening Test²⁸. Una buena aproximación al consumo problemático puede ser el consumo regular o frecuente (semanal o diario), ya que hay muchas evidencias de que los problemas son mucho más frecuentes en este subgrupo de consumidores^{14,15,29}. Los pocos estudios publicados sobre progresión en el consumo de cannabis señalan que los factores asociados a dicha progresión pueden ser bastante similares a los factores de riesgo para el inicio en el consumo. En concreto, un estudio australiano identifica la disponibilidad, el uso de cannabis por los padres, las conductas antisociales y el consumo de alcohol y tabaco³⁰.

En resumen, los programas de prevención universal en la escuela siguen siendo necesarios, pero hay que reforzar los programas selectivos dirigidos a prevenir el consumo frecuente o intensivo de cannabis, así como el consumo en adolescentes psicológicamente vulnerables.

Gregorio Barrio^a / Noelia Llorens^b

^aDepartamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad Complutense, Madrid, España;

^bInstituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero, Universidad de Valencia, España.

Bibliografía

1. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe anual 2007. El problema de la drogodependencia en Europa. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 2007.
2. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Informe 2004. Madrid: Ministerio del Interior; 2005.
3. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe sobre cannabis. Comisión Clínica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
4. Grotenhermen F. The toxicology of cannabis and cannabis prohibition. *Chem Biodivers*. 2007;4:1744-69.
5. United Nations Office on Drug and Crime (UNODC). 2007 World drug report. Vienna: United Nations Office on Drug and Crime; 2007.
6. Kandel D. Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*. 1975;190:912-4.
7. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Cannabis use and other illicit drug use: testing the cannabis gateway hypothesis. *Addiction*. 2006;101:556-69.
8. Morral AR, McCaffrey DF, Paddock SM. Reassessing the marijuana gateway effect. *Addiction*. 2002;97:1493-504.
9. Hall WD, Lynskey M. Is cannabis a gateway drug? Testing hypotheses about the relationship between cannabis use and the use of other illicit drugs. *Drug Alcohol Rev*. 2005;24:39-48.
10. Lessem JM, Hopfer CJ, Haberstick BC, Timberlake D, Ehringer MA, Smolen A, et al. Relationship between adolescent marijuana use and young adult illicit drug use. *Behav Genet*. 2006;36:498-506.
11. Tarter RE, Vanyukov M, Kirisci L, Reynolds M, Clark DB. Predictors of marijuana use in adolescents before and after licit drug use: examination of the gateway hypothesis. *Am J Psychiatry*. 2006;163:2134-40.
12. Agrawal A, Lynskey MT, Bucholz KK, Martin NG, Madden PA, Heath AC. Contrasting models of genetic co-morbidity for cannabis and other illicit drugs in adult Australian twins. *Psycho Med*. 2007;37:49-60.
13. De Irala J, Ruiz-Canela M, Martínez-González MA. Causal relationship between cannabis use and psychotic symptoms or depression. Should we wait and see? A public health perspective. *Med Sci Monit*. 2005;11:RA355-8.
14. 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;325:1212-3.
15. 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*. 2005;330:11.
16. Taylor DR, Hall W. Respiratory health effects of cannabis: position statement of the Thoracic Society of Australia and New Zealand. *Inter Med J*. 2003;33:310-3.
17. Kalant H. Adverse effects of cannabis on health: an update of the literature since 1996. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2004;28:849-63.
18. Ramaekers JG, Berghaus G, Van Laar M, Drummer OH. Dose related risk of motor vehicle crashes after cannabis use. *Drug Alcohol Depend*. 2004;73:109-19.
19. Laumon B, Gadegbeku B, Martin JL, Biecheler MB. Cannabis intoxication and fatal road crashes in France: population based case-control study. *BMJ*. 2005;331:1371.
20. Bates MN, Blakely TA. Role of cannabis in motor vehicle crashes. *Epidemiol Rev*. 1999;21:222-32.
21. Fergusson DM, Horwood LJ, Beauvais AL. Cannabis and educational achievement. *Addiction*. 2003;98:1681-92.
22. Guxens M, Nebot M, Ariza C, Ochoa D. Factors associated with the onset of cannabis use: a systematic review of cohort studies. *Gac Sanit*. 2007;21:252-60.
23. Agrawal A, Lynskey MT, Bucholz KK, Madden PA, Heath AC. Correlates of cannabis initiation in a longitudinal sample of young women: the importance of peer influences. *Prev Med*. 2007;45:31-4.
24. Guxens M, Nebot M, Ariza C. Age and sex differences in factors associated with the onset of cannabis use: a cohort study. *Drug Alcohol Depend*. 2007;88:234-43.
25. Kokkevi A, Richardson C, Florescu S, Kuzman M, Stergar E. Psychosocial correlates of substance use in adolescence: a cross-national study in six European countries. *Drug Alcohol Depend*. 2007;86:67-74.
26. 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. *Gac Sanit*. 2008;22:321-9.
27. Martin G, Copeland J, Gates P, Gilmour S. The Severity of Dependence Scale (SDS) in an adolescent population of cannabis users: reliability, validity and diagnostic cut-off. *Drug Alcohol Depend*. 2006;83:90-3.
28. Legleye S, Karila B, Beck F, Reynaud M. Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *J Substance Use*. 2007;12:233-42.
29. Fergusson DM, Horwood LJ, Swain-Campbell N. Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood. *Addiction*. 2002;97:1123-35.
30. Coffey C, Lynskey M, Wolfe R, Patton GC. Initiation and progression of cannabis use in a population-based Australian adolescent longitudinal study. *Addiction*. 2000;95:1679-90.