

La escalada del cannabis

(The ascent in cannabis use)

Es preocupante que España sea, según diversos indicadores, el primer país en consumo de cannabis de Europa. Y más preocupante si cabe que haya tan poca conciencia del problema entre nosotros. En efecto, en el último informe del Observatorio Europeo sobre la Droga¹ se indica que ha probado esta sustancia alguna vez en la vida un 29% de nuestra población general (sólo nos supera Dinamarca con un 31% y el Reino Unido con un 30%); si nos referimos a la población estudiantil de 15-16 años, la frecuencia es del 41%, sólo superada por la República Checa con un 44%; si hablamos de uso durante el último año en la población general, la frecuencia española es la más alta con un 11,3% (la media europea está en el 7%); finalmente, si nos referimos al uso durante el último mes en la población adulta, el porcentaje más alto nuevamente es español con el 7,6%, cuando la media europea es de alrededor del 4%. Dos cuestiones más nos deberían preocupar. La primera es que los datos apuntan a que este consumo no está sólo ligado a la juventud, sino que tiende a prolongarse hasta las edades adultas¹. La segunda es la rapidez con que se están produciendo estos cambios en España, pues es, junto con Bélgica, el país europeo donde el consumo ha crecido más rápidamente.

Para complementar esta información, cabe mencionar que en los últimos 10 años el consumo habitual entre la población escolarizada de 14-18 años ha aumentado 13 puntos (del 12,2% en el año 1994, al 25% en 2004); y las demandas asistenciales entre los menores de edad sitúan al cannabis en el primer lugar, con un 52% del total, mientras que 5 años antes representaba sólo el 20,6%². En los últimos 10 años, entre los jóvenes de 14-18 años ha descendido en 21 puntos la percepción de riesgo respecto al uso experimental y 10 respecto al uso habitual.

En este descenso de la percepción de riesgo tenemos posiblemente una de las explicaciones de este aumento del consumo. En un seguimiento desde el año 1976 hasta 1996 de las razones que explicaban los aumentos y las disminuciones anuales entre la población americana en el consumo de diversas drogas —entre ellas el cannabis— se halló que algunos factores, como el seguimiento de los estudios, la participación en actividades antisociales o el número de salidas, eran buenos factores predictores del uso³. Pero lo único que realmente explicaba los cambios históricos año tras año eran las modificaciones en la percepción del riesgo o las va-

riaciones en la desaprobación de una determinada droga. Hasta se ha llegado a pensar que las otras variables señaladas antes ejercen su acción a través de los cambios en la percepción en el riesgo y su desaprobación.

En la revisión de estudios longitudinales sobre las causas de inicio al consumo que aparece en este número de GACETA SANITARIA⁴ se señalan como razones más frecuentes el sexo masculino, el consumo de tabaco y alcohol, tener una relación problemática con los padres y el consumo de cannabis por parte de los amigos. Se trata de variables personales e interpersonales bien conocidas, que obviamente son claves para conocer algo más sobre estos inicios en el consumo. Pero no son estas variables personales las que nos ayudarán a entender el porqué de esta escalada en el consumo de cannabis en nuestro país. Tenemos que acudir para ello a explicaciones como la legitimación cultural de los consumos que se está produciendo⁵ y la baja percepción del riesgo. Además, esta baja percepción del riesgo es importante no sólo para iniciarse, sino también para seguir consumiendo⁶.

La cuestión del sexo también es central dentro del cambio cultural y los aumentos de consumo, puesto que justamente algunos aumentos globales son debidos principalmente a las mujeres, coincidiendo incluso con descensos entre los varones⁷. Estábamos acostumbrados hasta ahora a que esta convergencia de ambos géneros fuese sobre todo en relación con las frecuencias, pero ya en el último informe ESPAD⁸, realizado entre estudiantes de 15-16 años de edad, encontramos que, por primera vez, la embriaguez era más frecuente entre las mujeres en ciertos países, como el Reino Unido, Irlanda y Noruega.

Es evidente que haber probado el cannabis no significa, ni mucho menos, un consumo habitual. Pero diversos estudios longitudinales señalan que entre un 9 y un 14% de todas las personas que lo han probado acabarán siendo consumidores dependientes⁹. Las razones de esta dependencia son diversas. Entre otras causas, cabe citar las posibilidades adictivas de la propia sustancia y también la herencia. Haber probado el cannabis depende básicamente del ambiente, pero el uso frecuente, el abuso y la dependencia están relacionados significativamente con la herencia, según ciertos estudios realizados en gemelos^{10,11}. Parece lógico que aunque este consumo masivo dependa originariamente de causas culturales —hay otras razo-

nes, además, como la gran accesibilidad, que también es más alta en España¹²— la interacción con la droga y la herencia puede llevar a que haya más consumidores habituales, que es lo que de hecho está ocurriendo.

Amador Calafat Far

Director de la revista Adicciones.

Presidente de Irefrea.

Bibliografía

1. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). The state of the drugs problem in Europe. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2006.
2. Plan Nacional sobre Drogas. Informe 2004 del Observatorio Español sobre Drogas. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas; 2005.
3. Johnston LD, O'Malley PM. Explaining recent increases in student' marijuana use: impact of perceived risks and disapproval, 1976 through 1996. *Am J Public Health.* 1998; 887-92.
4. 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.
5. Calafat A, Juan M, Becoña E, Fernández C, Gil E, Llopis JJ. Organización y estrategias de la cultura pro cannabis. *Adicciones.* 2002;12 Supl:232-74.
6. Bailey S, Flewelling RL, Rachal JV. Predicting continued use of marijuana among adolescents. *J Health Soc Behav.* 1992; 33:51-66.
7. Plan Nacional sobre Drogas. Informe n.º 4. Observatorio español sobre drogas. Madrid: Ministerio del Interior, Plan Nacional sobre drogas, Observatorio español sobre drogas; 2001.
8. Hibell B, Andersson B, Bjarnasson T, Ahlström S, Balakireva O, Kokkevi A, et al. The 2003 ESPAD Report: alcohol and other drugs use among students in 30 European countries. Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs; 2004.
9. Anthony JC, Warner LA, Kessler RC. Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances and inhalants: basic findings from the National Comorbidity Survey. *Exp Clin Psychopharmacol.* 1994;2:244-68.
10. Kendler KS, Prescott CA. Cannabis use, abuse, and dependence in a population-based sample of female twins. *Am J Psychiatry.* 1998;155:1016-22.
11. Lynskey MT, Heath AC, Nelson EC, Bucholz KK, Madden PA, Slutske WS, et al. Genetic and environmental contributions to cannabis dependence in a national young adult twin sample. *Psychol Med.* 2002;32:195-207.
12. EOS Gallup Europe. Young people and drugs. Flash Eurobarometer 2004;158 [consultado 20/1/2005]. Disponible en: http://europa.eu.int/comm/public_opinion/flash/fl158_en.pdf

