

**NUEVAS APORTACIONES SOBRE  
EL CONSUMO DE CANNABIS  
DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES  
Y DE LA SALUD**

Antonio Rial Boubeta  
Patricia Gómez Salgado  
Manuel Isorna Folgar  
(coords.)





**Nuevas aportaciones sobre el consumo de cannabis  
desde las ciencias sociales y de la salud**

**Edita: Concello de Catoira**

**2020**

© Edita: Andavira · Concello de Catoira (2020)

© Antonio Rial Boubeta, Patricia Gómez Salgado y Manuel Isorna Folgar (coords.)

Diseño de cuberta: Dixital 21, S. L.

Impresión y encadernación: Tórculo Comunicación Gráfica, S. A.

Impreso en España · *Printed in Spain*

Los capítulos del presente libro constituye una selección de las comunicaciones orales y póster presentados en el II Congreso internacional sobre cannabis y sus derivados, celebrado en Catoira (Pontevedra) el 7-9 noviembre de 2019.

Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de esta obra, o su incorporación a un sistema informático, o su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otro) no está permitida sin el permiso previo por escrito de los propietarios de derechos de autor.

La infracción de tales derechos puede constituir un delito contra la propiedad intelectual.

Depósito legal: C 1557-2020

ISBN: 978-84-122887-5-9

## ÍNDICE

PRÓLOGO .....	7
INFLUENCIA DEL TRAP EN EL CONSUMO DE CANNABIS EN ADOLESCENTES ..	9
HIPERÉMESIS POR CANNABIS. LAS OPORTUNIDADES PERDIDAS Y EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. SERIE DE CASOS.....	17
ANÁLISIS DE LA LEGISLACIÓN CANNÁBICA CON FINES TERAPÉUTICOS: UNA PROPUESTA DEL LEY PARA EL CASO ESPAÑOL .....	25
CANNABIS, BOTELLÓN Y ASALTO SEXUAL: ENTRE LA VULNERABILIDAD Y LA SUMISIÓN QUÍMICA.....	33
EL AUTOCULTIVO EN EL MARCO JURÍDICO DEL ACCESO AL CANNABIS CON FINES MEDICINALES.....	41
CONSUMO DE DROGAS DE LOS MENORES INFRACTORES INTERNOS EN UN CENTRO TERAPÉUTICO .....	49
NECESIDAD Y PROPUESTA DE LEY SOBRE AUTOCULTIVO DE CANNABIS ADAPTADA AL CONTEXTO ESPAÑOL.....	61
INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA ANTE DENUNCIAS POR DROGAS ILEGALES EN MENORES.....	67
ESTUDIO PILOTO DEL CUESTIONARIO DE CONSUMO, CULTIVO Y LEGISLACIÓN CANNÁBICA.....	75
INSEGURIDAD JURÍDICA EN LOS NEGOCIOS RELACIONADOS CON LA VENTA DE PRODUCTOS CON CBD: UN ESTUDIO DE CASO .....	83
APLICACIONES MÓVILES SOBRE CANNABIS. TIPOS Y CONTENIDO. CANNABIS Y PARADIGMAS DE PREVENCIÓN .....	87
DOCTORA, MI HIJO HA CAMBIADO .....	95
EL USO DEL CANNABIS EN EL DOLOR NEUROPÁTICO: UN ESTUDIO DE CASO. .	99
ACTIVIDAD PARLAMENTARIA EN RELACIÓN CON LA CONCESIÓN DE LICENCIAS PARA CULTIVO DE CANNABIS .....	107
MAESTROS ALERTAS VS PADRES DORMIDOS. PERCEPCIÓN DEL RIESGO DE LOS DIFERENTES PERSONAJES EDUCATIVOS, ANTE EL CONSUMO DE CANNABIS EN LA ADOLESCENCIA .....	115

CONSUMO DE CANNABIS EN MENORES DE EDAD DEL CONCELLO DE VIGO: PREVALENCIA Y VARIABLES ASOCIADAS .....	123
EL CONSUMO DE CANNABIS EN CACHIMBA. ALGO MÁS QUE UNA MODA O RITUAL .....	131
CONSUMO DE CANNABIS ENTRE LOS ADOLESCENTES DEL AYUNTAMIENTO DE RIVEIRA. REPENSANDO LA PREVENCIÓN ESCOLAR .....	139
LUGAR DE RESIDENCIA, CONSUMO DE CANNABIS EN UNIVERSITARIOS Y PROBLEMAS ASOCIADOS. ....	147
URGENCIAS HOSPITALARIAS POR CANNABIS 2014-2017 EN CATALUNYA.....	155
CANNABIS Y HOSPITAL DE DIA PARA PERSONAS CON DEPENDENCIA A SUSTANCIAS .....	163
EVOLUCIÓN DE LOS NIVELES DE DEPENDENCIA Y EDADES DE INICIO EN EL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y CANNABIS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS .....	167
ESTUDIO PILOTO SOBRE MOTIVACIONES EN LA CONTINUACIÓN DEL CONSUMO DE CANNABIS POR PARTE DE PERSONAS USUARIAS CON FINES TERAPEUTICOS.....	173
¿POR QUÉ ES IMPORTANTE EL CONSUMO DE CANNABIS EN LA ADOLESCENCIA? AVISO PARA NAVEGANTES.....	181
EVOLUCIÓN DEL PERFIL DE CONSUMIDORES DE CANNABIS EN PROGRAMAS DE ATENCIÓN JURÍDICO SOCIAL .....	187
CONSUMO DE CANNABIS ¿ES NECESARIO UN ABORDAJE DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO? .....	191
ORIGEN ESPAÑOL DE LAS PRINCIPALES VARIEDADES DE CANNABIS CON NIVELES ALTOS DE CBD.....	197

## PRÓLOGO

D. ALBERTO GARCÍA GARCÍA-ALCALDE AYUNTAMIENTO DE CATOIRA

El consumo de cannabis y sus problemas asociados configuran uno de los principales problemas de salud pública en nuestro país y por supuesto en cada uno de los ayuntamientos que lo conforman. La progresiva normalización de los consumos está incidiendo en el futuro de las personas que lo consumen directamente pero también indirectamente en los servicios sanitarios y por supuesto en los servicios sociales de los ayuntamientos debido a los problemas que acarrea a nivel personal, familiar y social (Ej fracaso escolar, accidentes tráfico, peor funcionamiento familiar, trapicheos, incapacidades por enfermedad mental, etc.)

En el presente libro que tengo el placer de prologar, se recoge una selección de las comunicaciones y póster presentados durante la celebración del II Congreso Internacional sobre cannabis y sus derivados: salud, educación y ley que se celebró en Catoira durante el 7 y 9 de noviembre de 2019. En el aparecen recogidos capítulos que tratan sobre aspectos sanitarios, culturales, económicos y sociales/antropológicos del consumo del cannabis.

Este libro es un ejemplo de lo mucho que interesa y preocupa el consumo de cannabis en la población en general, pero particularmente en los más Jóvenes. No debemos olvidar que es la droga ilegal más consumida en España tanto por adultos como por adolescentes y jóvenes.

Se suele indicar que existe una “excesiva información sobre drogas”, pero en el caso del cannabis, tal y como ha quedado reflejado durante la celebración del II Congreso Internacional, lo que existe es una “excesiva desinformación” sobre esta sustancia psicotrópica y sobre todo de las posibles secuelas que su consumo puede acarrear a los consumidores. Es por ello que, libros como el actual son necesarios para proporcionar a la población información científica sobre esta sustancia y así mejorar la calidad de vida de nuestra ciudadanía.

Solo me resta desearles que disfruten de esta publicación y reiterar mi agradecimiento a todas las personas e instituciones que han contribuido para que el congreso y el presente libro se hayan hecho realidad en Catoira.

Alberto García García  
Alcalde-presidente Ayuntamiento de Catoira





## **INFLUENCIA DEL TRAP EN EL CONSUMO DE CANNABIS EN ADOLESCENTES**

Rodrigo Alonso Costas, María Novelle Figueroa y Ana Vázquez Gago

Asociación ÉRGUETE (Vigo, España)

**Contacto:** [direccion@erguetevigo.org](mailto:direccion@erguetevigo.org)

## INTRODUCCIÓN

El cannabis, según los estudios realizados (ESTUDES 2018), constituye la tercera droga más extendida entre los estudiantes, para ambos sexos, de 14 a 18 años y la sustancia ilegal con mayor prevalencia. Ésta es mayor según se va incrementando la edad, oscilando entre un 12,3% entre los más jóvenes y un 38,7% entre los estudiantes de 18 años. También se observa cierta diferencia por sexo. En 2018, la prevalencia de consumo alguna vez en la vida entre los varones (34,5%) supera por 3 puntos la obtenida entre las chicas, si bien de nuevo observamos que de manera evolutiva, la proporción de consumidores aumenta más en el caso de las chicas. Desde el año 2000, la edad de inicio de consumo se ha ido situando, por término medio, entre los 14,6 y los 14,9 años, siendo actualmente consumida por un total del 26,3 % de los estudiantes (Edades 2017- 2018).

Por otra parte, la música es, y siempre ha sido, uno de los factores más importantes en la formación de la cultura juvenil, y a su vez, en la formación, influencia e interiorización de actitudes, creencias, valores, costumbres, estados de ánimo y comportamientos, como puede ser el consumo de sustancias (y otras conductas de riesgo) o la percepción del riesgo sobre el mismo. Los y las adolescentes son los más propensos a ser influenciados por los nuevos estilos musicales. Construyen su identidad con el vestuario, la estética, el lenguaje, la imagen...y la música. El deseo de ser independiente de la familia lo va a suplir con la dependencia de un grupo. En los grupos en los cuales, el elemento de unión, es la música, las creencias se generan a partir de ella, que es la que determina la forma de vestirse, de moverse, la forma de hablar, etc.

Ya sea por buscar una identidad diferenciada, ocupar el tiempo libre, evitar el sentimiento de soledad, o encontrar un grupo de personas en el que ampararse. El hecho es que una de las actividades que más se realiza durante la adolescencia es escuchar música. La música es un elemento que influye cada día más en la etapa adolescente. Pero la música actual se caracteriza por tener cada día más mensajes violentos, sexuales y promiscuos, además en los videos musicales se muestran cada vez con menos ropa, se muestran realizando conductas de riesgo como el consumo de drogas y emiten mensajes sexuales que la juventud busca seguir. Un ejemplo de esto se puede ver en el TRAP, una especie de ramificación del RAP, tan presente en el panorama musical en la actualidad. De sus letras, es sabido que no contienen mensajes positivos, pero aun así gran cantidad de chicos y chicas adolescentes evitan demonizarla para cantarlas y bailarlas.

El cannabis lidera y protagoniza los videos, las letras y reportajes de nuestros traperos y traperas con mayor reconocimiento a nivel nacional y mundial. La relación entre las drogas y el nuevo género musical de nuestra generación milenial no es novedad, pero quizá la postura y la insistente difusión y vinculación entre ellas sí.

El análisis realizado en los diferentes talleres teórico-prácticos del programa de prevención que llevamos a cabo, bajo una metodología descriptiva y meramente observacional, nos plantea dudas: nuevo fenómeno mundial, moda pasajera, una trampa como su significado ya indica, papel y responsabilidad en adultos, referencias vulgares para la juventud ... siempre bajo un denominador común: Si amas el TRAP, las drogas, el sexo y la dura crítica a la crisis laboral estarán presentes y justificadas.

Los y las adolescentes y la población de jóvenes son el grupo social más vulnerable, ya que en esta etapa es frecuente dejarse llevar por los estímulos externos, mientras que se desautoriza a las figuras de autoridad, como son las familias y todos los equipos educativos de su centro de referencia. Este colectivo tan vulnerable a la etapa de desarrollo indicada, requiere de estímulos sanos, que les proporcionen herramientas para una mejor toma de decisiones, que promuevan el aprendizaje y la identificación con modelos adecuados de conducta. Por eso es importante no perder de vista que la música no es solo un pasatiempo, sino que figura como elemento muy potente para la formación y educación.

Nuestro principal interés se basa en recoger argumentos y pruebas de cómo es la relación de nuestros y nuestras adolescentes con el Trap y su combinación y atracción definitiva con el cannabis.

## **OBJETIVOS**

- Situar dentro del panorama musical actual la influencia que el género TRAP está teniendo en la población adolescente.
- Identificar con qué frecuencia escuchan los y las adolescentes la música TRAP y el nivel de repeticiones con que lo escuchan.
- Interpretar y analizar los cambios comportamentales y actitudinales que provoca el nuevo género musical en el día a día de la población más vulnerable, los y las adolescentes.
- Descodificar el lenguaje y texto del TRAP para obtener un mayor conocimiento de su significado y justificar así la peligrosidad de escuchar continuamente este tipo de mensajes y textos.
- Interpretar los cambios que el género TRAP está provocando en las prácticas y conductas sexuales actuales. Reflexionar en qué medida las personas seguidoras de este estilo han visto modificada su manera de vivir y sentir las relaciones afectivo-sexuales.
- Conocer el consumo activo y real que los y las adolescentes están teniendo de determinadas sustancias, en concreto observar si ha incrementado poderosamente el consumo de marihuana y LEAN en aquellas personas que siguen y escuchan con frecuencia el TRAP.
- Cuantificar la repercusión de escuchar música TRAP en el consumo de determinadas sustancias e interpretar dichas conclusiones.
- Explorar y relacionar la posible vinculación de escuchar TRAP y la disminución de percepción de riesgo de consumo en adolescentes.
- Conseguir que la población adolescente preste atención al significado de la música y de las palabras. El sonido del TRAP no es solo una melodía si no que da voz a un determinado malestar social y es interesante también estar de acuerdo o no con lo que representa.
- Analizar y vincular la posible incidencia de inicio de consumo de LEAN una vez se haya comenzado a escuchar TRAP.
- Medir la repercusión de la música TRAP en el consumo abusivo de Marihuana.
- Comparar la conducta de jóvenes que escuchan TRAP con quienes no lo escuchan.

## **METODOLOGÍA**

### **ESTUDIO EXPLORATORIO**

La metodología desarrollada en el proyecto parte de una base exploratoria donde se utilizan básicamente diferentes herramientas que consideramos imprescindibles a la hora de reunir y cuantificar toda la información necesaria para este análisis.

En un primer lugar nos hemos introducido y acercado en todo lo relacionado con este nuevo género musical, perfil de personas destinatarias que lo escuchan, medios más conocidos donde se reproducen, y por último el comportamiento, valores y actitudes vinculadas con este seguimiento. De entrada, hemos seleccionado las canciones, plataformas y cantantes más reconocidos y reconocidas dentro de nuestro panorama mundial. De cada canción y cantante hemos extraído y seleccionado tanto textos o grupo de letras como aquellas imágenes que nos parecían más significativas y repetitivas.

A lo largo de todo este estudio se han combinado otros instrumentos como los cuestionarios o las entrevistas individuales dirigidas a ese determinado número de población adolescente. Con estos

dos registros, se busca documentar y analizar los principales cambios de actitud y de comportamiento generados desde el momento que una persona empieza a seguir de manera continuada el género TRAP.

**a) Análisis del contenido**

Para el análisis de la incidencia de este género musical se tomaron como muestra 3 canciones de cada uno de los 10 traperos y traperas con más reconocimiento a nivel mundial, sumando así un total de 30 canciones como estudio de trabajo. Para esta selección tomamos como referencia las tres plataformas de reproducción musical más utilizadas entre nuestra población adolescente: Spotify, Deezer y Youtube.

Los 10 representantes del TRAP con mayor número de seguidores y seguidoras utilizados como muestra para recogida de datos son los siguientes:

Bad Bunny	Lil Pump	Kid keo	Bad Gyal	Cecilio G
C Tangana	Dellafuente	Paulo Londra	La Zowie	Yung Beef

Una vez seleccionada la representación más adecuada para este análisis, se analizan las canciones de cada uno de ellos y ellas. Para el estudio se descifran tanto textos como imágenes y se crea un archivo de los textos y fotos más repetitivas y descriptivas.

Entre las canciones seleccionadas destacamos los siguientes aspectos claves: SEXO, DROGA, Y LENGUAJE SEXISTA. En cada uno de estos 3 referentes, se repiten siempre las palabras y las connotaciones que detallamos a continuación:

- En relación con palabras y frases con contenido sexista se destaca: perra, zorra, maldita puta, guarra y puta.
- En referencia a los distintos tipos de sustancias que se consumen: LEAN, Marihuana, Porro, Alcohol, Molly.
- En cuanto a referencias de contenido y comportamiento sexual: follar, meterla, chúpamela, sexo atrevido.

Perra	Zorra	Puta	Guarra	Maldita puta
Sexo	Métemela	Sexo atrevido	Chúpamela	Follar
Marihuana	Alcohol	Lean	Porro	Molly

### b) Entrevistas individuales

A través de las entrevistas realizadas a la población tomada como muestra se observa y se detecta que el hecho de seguir y escuchar este fenómeno musical diariamente genera y provoca determinados cambios actitudinales y comportamentales que se ven acentuados especialmente por la letra, el lenguaje, imágenes, mensajes y provocaciones de cada uno de los autores y autoras. Por este motivo, se decide utilizar las entrevistas como otro método activo y continuado donde explorar resultados que nos lleven a conclusiones más completas y cualitativas.

Otra de las técnicas utilizadas como método principal de investigación son los cuestionarios. El motivo de esta combinación es porque consideramos que a través del cuestionario, siendo cerrado y más objetivo, quedan plasmados otro tipo de datos, referencias, vivencias y creencias que mediante la entrevista se puedan llegar a escapar, incluso la peligrosidad de obviar.

### ESTUDIO AD HOC

Las necesidades y problemas detectados en el estudio exploratorio derivaron en la propuesta de un nuevo estudio de carácter sistemático. El diseño de este estudio ad hoc se basa en la búsqueda de datos específicos sobre la posible influencia de determinados estilos musicales en el incentivo al consumo de cannabis. El grupo objetivo al que va dirigido el estudio es el de la población adolescente y estudiante de los cursos de 2º y 3º de la E.S.O y la F.P. Básica durante el presente curso académico 2019/2020. El género musical elegido, TRAP, dispone actualmente de una gran notoriedad sobre la población adolescente con gran presencia en los medios audiovisuales, redes sociales y festivales. El TRAP es una ramificación del RAP, tiene sus orígenes principalmente en el sur de EEUU y se asocia generalmente con lugares donde se realizaba venta de drogas o con personas y sitios vinculados a esta actividad y que en cierta forma se transforman y *se atrapan* con este estilo de vida.

La necesidad de conseguir datos específicos en este terreno viene derivado por la escasez de estudios en los que poder basarse. Para solventar esta situación nos hemos visto en la necesidad de diseñar un cuestionario ad hoc que indague sobre las creencias de la población adolescente acerca del TRAP. Su facilidad de aplicación a un mayor número de personas permitirá recolectar datos para responder a la hipótesis de la investigación. Mediante la creación de un cuestionario, se pretende estudiar las relaciones entre determinadas características de esta población y la influencia que pueden tener distintas variables.

Este cuestionario estará construido con preguntas cuyo objetivo será indagar sobre las creencias de la población adolescente acerca de si este género musical les está influyendo a la hora de consumir, si notan cambios en su actitud cuando escuchan esta música, qué estilo de vida fomenta, qué

relaciones sexuales y afectivas conlleva, qué valores piensan que promueve y si se identifican o no con ellos.

En cuanto al diseño del mismo, el criterio elegido es que sean preguntas cerradas quedando la contestación preformulada para facilitar la comparación de las respuestas y permitir el análisis estadístico de los resultados. Los ítems de las respuestas se corresponden con una escala tipo Likert pidiendo a las personas que elijan uno de los cinco puntos de la escala que se utilizará para medir actitudes en las que se incluyen procesos cognitivos, conductuales, afectivos y también adictivos. La forma de aplicar el cuestionario consistirá en entregárselo a cada persona participante y que señale su respuesta en el mismo. Se prestará especial atención a la formulación de las preguntas para que estas resulten claras y comprensibles, estén libres de prejuicios, estén redactadas bajo un lenguaje inclusivo y sean acordes a la edad de la muestra. Esta manera de proceder resulta de suma importancia para nuestra entidad, siendo esta perspectiva de trabajo inherente a nuestra práctica diaria.

Para obtener y enriquecer los datos que pueda aportar el cuestionario se plantea administrarlo en tres ayuntamientos: Redondela, Moaña y Bueu. La elección de estos ayuntamientos no es trivial ya que forman parte de la red de actuación de la Oficina Técnica de Prevención de la Asociación Érguete. En concreto, en estos ayuntamientos la Asociación Érguete, mediante su equipo de intervención, colabora con el Plan Integral de Prevención de Conductas Adictivas de la Xunta de Galicia con el objetivo de ayudar a la población adolescente a anticipar y afrontar situaciones de riesgo de consumo de sustancias u otras adicciones. Dentro de estos ayuntamientos, la actividad se desarrollará en nueve institutos a estudiantes de los cursos de 2º y 3º de la E.S.O y la F.P. Básica durante el curso académico 2019/2020. El tamaño total de la muestra será aproximadamente de 350 estudiantes.

La selección de la muestra, por lo tanto, es intencional ya que se ajusta al propósito del estudio y es representativa ya que se espera que refleje adecuadamente las cuestiones de interés de la población adolescente.

<b>PERÍODO</b>	<b>ACCIÓN</b>
<b>Septiembre - Octubre 2019</b>	Revisión documental y diseño metodológico.
<b>Noviembre - Diciembre 2019</b>	Diseño del instrumento.
<b>Enero - Mayo 2020</b>	Recogida, codificación y grabación de datos.
<b>Junio - Julio 2020</b>	Análisis de datos y elaboración del informe final.
<b>Octubre - Noviembre 2020</b>	Difusión de resultados y proyección social.

El rango de edad de la muestra se toma principalmente porque el cannabis es una de las sustancias con más prevalencia entre estudiantes de 14 a 18 años siendo la edad media de inicio de consumo los 15 años.

El objeto de estudio es comprobar si se produce interacción entre el pensamiento y la conducta de consumo de cannabis con el género TRAP. Con el estudio pretendemos observar si estas variables se asocian o correlacionan de alguna manera. Especificamos las siguientes variables:

- Pensamiento adolescente: Esta variable ofrecerá información sobre sus creencias, estilos de vida y valores.
- Conducta: Esta variable ofrecerá información sobre las acciones y/o reacciones hacia el consumo de cannabis.
- Género TRAP: Estilo musical con mezclas de hip-hop, reggaetón, rap y electrónica, caracterizado por contener letras explícitas que hacen alusión al consumo de diferentes sustancias.

La presente investigación está definida bajo un plan de trabajo que se desarrollará en distintas fases dando lugar al siguiente cronograma:

### **RESULTADOS ESPERADOS**

Nuestro objetivo general con este estudio es revelar en los términos más específicos posibles si el contenido de la letra e imágenes de este género musical puede influir en la conducta de nuestros y nuestras adolescentes. A día de hoy, esta sección está todavía pendiente de un posible cambio en la planificación de sus fases, ya que al no disponer actualmente de todos los posibles datos no sería correcto emitir cualquier tipo de resultado con un cronograma exacto.

Al mismo tiempo, cabe destacar que el acceso a la música se somete a continuos cambios y se consigue actualmente de una manera muy sencilla, existen muchos medios y plataformas para obtenerla incluso de forma gratuita y sin ningún tipo de restricciones. Esta circunstancia podemos medirla como algo muy positivo si hablamos en términos de difusión y riqueza cultural, pero resulta más compleja si nos referimos a poder cuantificarla de una manera más exhaustiva.

Bajo todos estos parámetros, nuestra idea es poder analizar todos los datos posibles a través de diferentes técnicas, siendo la entrevista y el cuestionario los que consideremos más completos, veraces, incluso utilizados. Una vez obtengamos todas estas conclusiones podremos obtener los resultados y determinar entonces de qué manera influye el nuevo género musical en el comportamiento y conducta adictiva entre las personas más jóvenes.

### **CONCLUSIONES**

La música es definida como un medio de expresión donde a través de su melodía, gestos, letras se permite un tipo de ritmo y de respuestas indeterminadas vinculadas únicamente con aquellas personas que la escuchan. Esta nueva propuesta musical busca, con su letra, dar a conocer determinados sentimientos, deseos y experiencias de protesta, de contracultura incluso, que consiguen ser identificadas por los y las seguidoras, consiguiendo en este caso ser especialmente viral y reconocida entre la población adolescente. Expresiones, palabras, imágenes que hasta hace poco sonaban como vulgares e irrespetuosas, ahora son modelos, no impresionan, y pasan a estar en boca de casi todos nuestros y nuestras jóvenes.

Nuestra inquietud y curiosidad analítica por este nuevo fenómeno y modelo musical, nos lleva por lo tanto a comenzar esta investigación como ya planteamos en el presente curso 2019/ 2020. Pretende ofrecer información respecto al grado de influencia del TRAP en la construcción e

identidad adolescente, influencia marcada en estos momentos por patrones de comportamiento asociados al inicio de consumo de determinadas sustancias, con especial atención al cannabis.

En la fase inicial se realizó un estudio exploratorio de carácter cualitativo analizando tanto material gráfico y textual como el contenido obtenido a través de entrevistas individuales. Este primer estudio constata ya la presencia de mensajes claramente perjudiciales y negativos y de ahí surge la necesidad de realizar un estudio sistemático para evaluar de manera mucho más precisa y científica la influencia que el TRAP está teniendo en el consumo de cannabis en adolescentes.

Concluir que el objeto este estudio es fundamentalmente ilusionante y con un gran interés A NIVEL APLICADO, ya que actúa en un ámbito de gran relevancia y repercusión social como es el de la salud en la adolescencia. A su vez, consideramos de especial importancia que la población a la que nos estamos dirigiendo tenga toda la información necesaria sobre esta posible influencia, para que después puedan tomar decisiones desde una perspectiva crítica y basada en criterios propios.

## REFERENCIAS

- Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) 1994-2018. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas Secretaría de Estado de Servicios Sociales Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social
- ENCUESTA SOBRE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN ESPAÑA (EDADES), 1995-2017.
- Castro Córdoba, Ernesto. (2019) El TRAP. Filosofía Milennial para la crisis en España. Madrid. Errata Naturae.
- César Pereiro Gómez, César y Fernández Miranda, Juan José (coordinadores) (2018). Guía de adicciones para especialistas en formación. Valencia. Socidrogalcohol.
- Isorna Folgar, Manuel (2017). Cannabis: Efectos, riesgos y beneficios terapéuticos. Monografías da Universidade de Vigo. Servizo de publicacións.
- Martínez Patricia, Elena Rodríguez y San Julián Ignacio Megías Quirós. (2019). Distintas miradas y actitudes, distintos riesgos. ellas y ellos frente a los consumos de drogas. Madrid. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD).



**HIPERÉMESIS POR CANNABIS. LAS OPORTUNIDADES PERDIDAS Y EL  
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. SERIE DE CASOS**

Fernando Alonso Ecenarro, Benjamín Climent Díaz y Sara Carrascosa García

Unidad de Toxicología Clínica. Servicio Medicina Interna, Consorcio Hospital General  
Universitario de Valencia, España

**Contacto:** [f.alonsoecenarro@gmail.com](mailto:f.alonsoecenarro@gmail.com)

## INTRODUCCIÓN

El cannabis es la droga ilegal más consumida en el mundo, según la UNODC (World Drug Report, 2019) se estima que un 3,8% de la población mundial (rango 3,3-4,4%) entre los 15 y los 64 años ha consumido cannabis al menos una vez en 2017. Además, genera un elevado número de atenciones en los servicios de urgencias que se han incrementado significativamente en los últimos años de forma secundaria a un aumento en el consumo y a un aumento en la potencia de los preparados, así como a la aparición de los cannabinoides sintéticos (World Drug Report, 2019). Este último grupo simula los efectos del trans-delta9-tetrahidrocannabinol (THC) que es el principal componente, responsable de los efectos psicoactivos del cannabis, presentando una alta potencia debido a un agonismo completo sobre sus receptores.

El síndrome de hiperémesis por cannabis se describe por primera vez en el año 2004 (Allen, De Moore, Heddle, & Twartz, 2004) como vómitos cíclicos incoercibles acompañados por dolor abdominal en pacientes que presentan un consumo de cannabis prolongado en el tiempo, además de un alivio de los síntomas con baños de agua caliente, conllevando una conducta compulsiva asociada. El diagnóstico se basa en una serie de criterios diagnósticos descritos en el año 2012 (Simonetto, Oxentenko, Herman, & Szostek, 2012) y el tratamiento antiemético habitual no es efectivo (se entienden como antieméticos habituales los antagonistas de los receptores dopaminérgicos y antagonistas de los receptores serotoninérgicos 5-HT y los procinéticos) cediendo la clínica solamente durante los periodos de abstinencia y reapareciendo durante los periodos de consumo.

Se han descrito tres etapas según la sintomatología presentada (Kheifets et al., 2019):

- **Prodrómica:** consistente en hiporexia y dolor abdominal difuso, con aumento del tono vagal, así como náuseas que pueden preceder a los vómitos semanas o meses.
- **Hiperémesis:** habitualmente los vómitos persisten durante horas e incluso días con un aumento del dolor abdominal.
- **Recuperación:** tras el cese del consumo de cannabis durante varios días se resuelven los síntomas y se vuelve a la situación basal.

El riesgo de desarrollar hiperémesis por cannabis en consumidores habituales depende de diferentes factores, siendo la mayoría de estos desconocidos. En la mayoría de los casos los pacientes consultan en el servicio de urgencias en repetidas ocasiones siendo sometidos a múltiples exploraciones complementarias sin llegar a un diagnóstico certero ni a un tratamiento efectivo con las consecuencias físicas, psicológicas y sociales derivadas de todo esto.

Desde su primera descripción, son abundantes las publicaciones y series de casos que recogen este síndrome, abordando las diferentes teorías etiopatogénicas, los algoritmos diagnósticos, así como de tratamiento.

<b>Esencial para el diagnóstico</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Uso de cannabis durante más de un año.</li></ul>
<b>Criterios mayores</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Náuseas y vómitos cíclicos.</li><li><input type="checkbox"/> Resolución con el cese del consumo de cannabis.</li><li><input type="checkbox"/> Mejoría de los síntomas con baños de agua caliente.</li><li><input type="checkbox"/> Dolor abdominal epigástrico o periumbilical.</li><li><input type="checkbox"/> Frecuencia semanal.</li></ul>
<b>Criterios de apoyo</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Edad menor de 50 años.</li><li><input type="checkbox"/> Pérdida de peso superior a 5 kilogramos.</li><li><input type="checkbox"/> Síntomas predominantemente matutinos.</li><li><input type="checkbox"/> Hábito intestinal normal.</li><li><input type="checkbox"/> Pruebas complementarias (laboratorio, radiografías, endoscopias) sin hallazgos.</li></ul>

Tabla 1. Criterios diagnósticos propuestos para el Síndrome de Hiperémesis por Cannabis

## OBJETIVOS

En el presente trabajo se pretende analizar los 5 casos nuevos de hiperémesis por cannabis diagnosticados en la Unidad de Toxicología Clínica del Hospital General de Valencia entre los años 2018 y 2019, haciendo especial hincapié en la importancia del diagnóstico diferencial y del abordaje integral necesario a la hora de enfrentarse a este síndrome. Se revisará el mecanismo del vómito y sus etiologías más frecuentes, abordando los mecanismos fisiopatológicos implicados.

## METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio retrospectivo de los 5 pacientes diagnosticados de síndrome de hiperémesis por cannabis en el Hospital General de Valencia a los que se tuvo acceso desde las interconsultas, la hospitalización o las consultas externas realizadas a la Unidad de Toxicología Clínica durante los años 2018 y 2019. En todos los casos que ha sido posible, se analizaron los criterios diagnósticos propuestos (Simonetto et al., 2012) considerando el uso de cannabis durante un periodo prolongado de tiempo como el requisito fundamental añadiéndose a este diferentes criterios mayores (náuseas y vómitos cíclicos, resolución con el cese del consumo, alivio de los síntomas con baños de agua caliente y dolor abdominal) y otros criterios de apoyo (edad menor de 50 años, pérdida de peso mayor a 5 kilogramos, síntomas predominantemente matutinos, hábito intestinal normal y estudios diagnósticos complementarios sin otros hallazgos). Además, se contabilizó el tiempo de evolución desde la primera consulta en un servicio de urgencias hospitalarias hasta el diagnóstico definitivo, haciendo constar la especialidad médica o quirúrgica desde la que se solicitaba la evaluación inicial por la Unidad de Toxicología clínica, así como las pruebas médicas realizadas durante el diagnóstico diferencial. También se estudió el policonsumo de cannabis con otras drogas legales e ilegales.

## RESULTADOS

Se describen 5 casos, 3 de ellos eran varones y la edad mediana fue de 20 años. El servicio de derivación en 2 de los casos fue Medicina Digestiva con un tiempo medio hasta el diagnóstico de 4,2 años (DS  $\pm$  3,9). Las consultas en Urgencias de forma repetida sin diagnóstico se realizaron en todos los casos, los vómitos cíclicos incoercibles eran el síntoma común a todos ellos, así como la mejoría del cuadro con baños de agua caliente. Otros criterios como la pérdida de peso o el predominio matinal no fueron comunes. El total de los casos al alta continuaron tratamiento para el cese de consumo y en todos ellos la reducción del consumo produjo una mejoría de los síntomas,

cediendo totalmente en aquellos que lograron la abstinencia definitiva. En ninguno de los casos fueron efectivos los antieméticos convencionales (metoclopramida y ondansetrón). En el 100% se descartó patología orgánica destacando el uso de pruebas complementarias como hemograma, bioquímica, coagulación y gasometría, así como de ecografía abdominal en todos los casos; además, en 3 de ellos se solicitaron pruebas endoscópicas con toma de biopsias y en 2 de se realizó una Tomografía axial computarizada (TAC) torácica, abdominal y pélvica. En 2 de los pacientes se detectó policonsumo de otras sustancias siendo éstas el alcohol de baja graduación y el tabaco. En ninguno se recogió el consumo de otras sustancias. A continuación, se presenta una tabla resumen de los diferentes casos.

	A	B	C	D	E
Edad (años)	20	19	43	23	18
Sexo	Varón	Varón	Varón	Mujer	Mujer
Número de unidades consumidas (fumadas)/día	6	5	3	7	10
Uso de otros tóxicos	No	Alcohol, tabaco	Tabaco	No	No
Vómitos cíclicos	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Baños de agua caliente	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Mejoría con la abstinencia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Pérdida de peso <sup>1</sup>	No	No	No	Sí	Sí
Síntomas matinales	No	No	Sí	No	No
Hábito intestinal normal	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Organicidad descartada (pruebas realizadas)	Analítica Ecografía abdominal	Analítica Ecografía abdominal Endoscopia	Analítica Ecografía abdominal Endoscopia	Analítica Ecografía abdominal Endoscopia TAC-TAP <sup>2</sup>	Analítica Ecografía abdominal TAC-TAP <sup>2</sup>
Tiempo hasta el diagnóstico (años)	1	3	11	3	3
Servicio de ingreso/derivación	Urgencias	Medicina Digestiva	Enfermedades Infecciosas	Psiquiatría	Medicina Digestiva
Inefectividad de antieméticos <sup>3</sup>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Visitas previas a Urgencias	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Tabla 2. Características clínicas de los casos recogidos

1. De tres de los pacientes no existen datos, dado que no se preguntó directamente por este signo y no consta en la historia clínica.

2. TAC-TAP: Tomografía axial computarizada torácica, abdominal y pélvica

3. Antieméticos convencionales (metoclopramida y ondansetrón).

## CONCLUSIONES

Durante siglos el cannabis ha sido una droga de uso común con fines recreativos y terapéuticos a lo largo de todo el mundo. Su principal componente, el THC se une a los receptores cannabinoides tipo 1 y 2 (CB1 y CB2) dando lugar a sus efectos. El receptor CB1 se localiza de forma predominante en el sistema nervioso central, mientras que el CB2 lo hace en el sistema nervioso periférico y el sistema digestivo (Ye, Cao, Wang, & Zhou, 2019). Entre los efectos terapéuticos destacan el uso de esta sustancia como antiemético, calmante y estimulante del apetito. El síndrome de hiperémesis por cannabis no tiene una fisiopatología aclarada en el momento actual y la evidencia que existe al respecto es baja. Diferentes publicaciones recogen el origen del efecto antiemético del cannabis en la unión del THC con el receptor CB1 como agonista parcial en dosis bajas, mientras que cuando se suministra a dosis altas podría presentar un efecto emetógeno (Woods, Wright, Gee, & Scobey, 2016). Además, se postula la susceptibilidad genética en algunos individuos que presentan una alteración del citocromo p450 que daría lugar a un aumento en la concentración del THC, o a una sobreacumulación en los tejidos grasos (Allen et al., 2004). Otros autores recogen una disregulación en el control de la temperatura a nivel hipotalámico e incluso una vasoconstricción de capilares superficiales con una vasodilatación de capilares profundos, lo que explicaría el efecto positivo de los baños de agua caliente (Allen et al., 2004). Más recientemente algunos autores han descrito el papel del receptor de potencial transitorio V1 (TRPV-1) cuyo efecto regulador junto con el CB1 podría jugar un papel en las náuseas y los vómitos, así como en las conductas asociadas a este síndrome (Richards, Lapoint, & Burillo-Putze, 2018).

La fisiopatología de las náuseas y vómitos presenta una alta complejidad y múltiples vías para su producción. El vómito es un reflejo que se activa mediante quimiorreceptores debido a un estímulo preexistente (toxinas, distensión gástrica, emociones, traumatismos, dolor etc.). Existen varias vías que lo inducen: el área postrema en el suelo del cuarto ventrículo y el núcleo del tracto solitario que funciona como generador del vómito integrando los diferentes estímulos recibidos son las más importantes («American gastroenterological association medical position statement: Nausea and vomiting», 2001).

Los vómitos son un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias, que habitualmente se resuelven con tratamiento convencional y sin necesidad de estudios asociados. En ocasiones requieren por su intensidad, repercusión clínica, refractariedad o recurrencia de la realización de un amplio y complejo diagnóstico diferencial. Para el abordaje de los vómitos es necesaria la realización de una historia clínica detallada, además de una exploración física exhaustiva que dirija la sospecha clínica. En segundo lugar, se deben de plantear las diferentes pruebas complementarias, entre las que es necesario destacar, el hemograma, bioquímica, coagulación y gasometría venosa, así como las pruebas de imagen (ecografía abdominal y tomografía computarizada) y las pruebas endoscópicas. Con la integración de todos los datos pueden plantearse las diferentes hipótesis diagnósticas (Montoro, Lera, & Ducons, s. f.).

<p><b>Trastornos endocrinometabólicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Diabetes (descompensación aguda)</li> <li><input type="checkbox"/> Uremia</li> <li><input type="checkbox"/> Alteraciones tiroideas</li> <li><input type="checkbox"/> Alteraciones paratiroides</li> <li><input type="checkbox"/> Enfermedad de Addison</li> <li><input type="checkbox"/> Porfiria aguda intermitente</li> <li><input type="checkbox"/> Embarazo</li> </ul>
<p><b>Causas infecciosas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Gastroenteritis (viral o bacteriana)</li> <li><input type="checkbox"/> Hepatitis</li> <li><input type="checkbox"/> Infecciones no gastrointestinales (meningitis, otitis, pielonefritis)</li> </ul>
<p><b>Causas viscerales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>Extraintestinales:</b> Cardiovasculares, nefrourológicas, ginecológicas.</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Intestinales/peritoneo/vía biliar:</b> cólico biliar, colecistitis aguda, colangitis aguda, pancreatitis aguda, apendicitis aguda, hepatitis aguda, gastroduodenitis, diverticulitis aguda, enfermedad inflamatoria intestinal, obstrucción intestinal, funcional/dismotilidad, tumoral.</li> </ul>
<p><b>Trastornos del Sistema nervioso central:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Hipertensión intracraneal: tumores, hemorragia cerebral, absceso, hidrocefalia.</li> <li><input type="checkbox"/> Alteraciones vestibulares/ORL<sup>1</sup>: cinetosis, laberintitis, vértigo posicional paroxístico benigno, tumores.</li> <li><input type="checkbox"/> Migraña</li> </ul>
<p><b>Trastornos psiquiátricos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Trastornos de la conducta alimentaria</li> <li><input type="checkbox"/> Trastornos ansioso-depresivos</li> <li><input type="checkbox"/> Dolor</li> <li><input type="checkbox"/> Vómitos psicógenos</li> </ul>
<p><b>Trastornos relacionados con el uso de fármacos o sustancias:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Fármacos quimioterápicos: cisplatino, mostaza nitrogenada, dacarbacina, metotrexate, citarabina</li> <li><input type="checkbox"/> Analgésicos: AINEs<sup>2</sup>, opiáceos</li> <li><input type="checkbox"/> Fármacos del sistema cardiovascular: digoxina, antiarrítmicos, antihipertensivos</li> <li><input type="checkbox"/> Antidiabéticos</li> <li><input type="checkbox"/> Antibióticos</li> <li><input type="checkbox"/> Diuréticos</li> <li><input type="checkbox"/> Hormonoterapia</li> <li><input type="checkbox"/> Fármacos SNC<sup>3</sup>: antiparkinsonianos, anticonvulsivantes</li> <li><input type="checkbox"/> Anestésicos</li> <li><input type="checkbox"/> Inmunosupresores</li> <li><input type="checkbox"/> Nicotina</li> <li><input type="checkbox"/> Abuso de alcohol</li> <li><input type="checkbox"/> Síndrome de hiperémesis por cannabis</li> </ul>
<p><b>Otros:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Náuseas y vómitos postoperatorios</li> <li>- Síndrome de vómitos cíclicos</li> </ul>

Tabla 3. Causas más frecuentes de vómitos. Diagnóstico diferencial

1. ORL: otorrinolaringológico

2. AINEs: Antiinflamatorios no esteroideos

3. SNC: Sistema nervioso central

Los 5 pacientes diagnosticados de síndrome de hiperémesis por cannabis en la Unidad de Toxicología Clínica del Hospital General de Valencia, cumplieron los criterios diagnósticos propuestos por Simonetto. De forma similar a lo observado en otras publicaciones (Narváez et al., 2016) todos ellos eran de edad joven, varones y con un inicio de los vómitos cíclicos de más de un año de evolución. Además, todos ellos pasaron por diferentes especialistas sin lograr el diagnóstico y solicitaron asistencia en múltiples ocasiones en el servicio de urgencias. No se recogieron complicaciones asociadas a la realización de las diferentes exploraciones complementarias.

En todos los pacientes la clave para el diagnóstico la ofreció la mejoría de la sintomatología con baños de agua caliente, de forma análoga a lo observado por diferentes autores que llegan incluso a describir este signo clínico como patognomónico (Wallace, Andrews, Garmany, & Jelley, 2011) dado lo específico de la conducta y su repetición habitual durante la fase hiperemética.

En el total de los casos descritos los antieméticos convencionales no mostraron efectividad para abortar la fase hiperemética al igual que en publicaciones previas (Richards, Gordon, Danielson, & Moulin, 2017) y sólo en uno de ellos, en una de las asistencias en el servicio de urgencias, se recoge la administración de haloperidol con mejoría parcial, aunque esta no fue correctamente recogida en el informe.

Durante el seguimiento de estos pacientes diagnosticados, destaca la abstinencia como única medida para la mejoría evidente y sostenida. A pesar de los esfuerzos multidisciplinarios para conseguirla no se logró en todos los casos.

Actualmente estamos asistiendo a un incremento exponencial en el diagnóstico de hiperémesis por cannabis. Postulamos que esto puede ser debido a dos factores principales: una generalización en el consumo en los últimos años debido a su uso recreativo, en especial entre los adolescentes y adultos jóvenes, y a un aumento de la concentración de THC en los preparados y cambios en sus características junto con la aparición de los cannabinoides sintéticos. Consideramos de gran importancia la elaboración de un amplio diagnóstico diferencial en un síntoma tan común como los vómitos de repetición debiendo incluir los tóxicos entre sus posibles causas y los síndromes derivados de estos. El conocimiento de la existencia de este síndrome y de sus características haciendo especial hincapié en los baños de agua caliente como característica diferencial, es muy importante para un diagnóstico correcto y así lograr evitar la realización repetida de exploraciones diagnósticas y el retraso en el inicio de un abordaje integral destinado al cese del consumo.

## REFERENCIAS

- Allen, J. H., De Moore, G. M., Heddle, R., & Twartz, J. C. (2004). Cannabinoid hyperemesis: Cyclical hyperemesis in association with chronic cannabis abuse. *Gut*, 53(11), 1566-1570. <https://doi.org/10.1136/gut.2003.036350>
- American gastroenterological association medical position statement: Nausea and vomiting. (2001). *Gastroenterology*, 120(1), 261-262. <https://doi.org/10.1053/gast.2001.20515>
- Kheifets, M., Karniel, E., Landa, D., Vons, S. A., Meridor, K., & Charach, G. (2019). Resolution of cannabinoid hyperemesis syndrome with benzodiazepines: A case series. *Israel Medical Association Journal*, 21(6), 404-407.
- Montoro, M. A., Lera, I., & Ducons, J. (s. f.). *Náuseas y vómitos*.
- Narváez, C. C., Gilbert, M. M., De Santiago, E. B., Farreres, J. B., Servén, E. G., & Crespillo, J. C. (2016). Síndrome de hiperemesis cannabinoide. Reporte de seis nuevos casos clínicos y resumen de casos previos publicados. *Adicciones*, 28(2), 90-98. <https://doi.org/10.20882/adicciones.776>
- Richards, J. R., Gordon, B. K., Danielson, A. R., & Moulin, A. K. (2017). Pharmacologic Treatment of Cannabinoid Hyperemesis Syndrome: A Systematic Review. *Pharmacotherapy*, Vol. 37. <https://doi.org/10.1002/phar.1931>

- Richards, J. R., Lapoint, J. M., & Burillo-Putze, G. (2018). Cannabinoid hyperemesis syndrome: potential mechanisms for the benefit of capsaicin and hot water hydrotherapy in treatment. *Clinical Toxicology*, Vol. 56. <https://doi.org/10.1080/15563650.2017.1349910>
- Simonetto, D. A., Oxentenko, A. S., Herman, M. L., & Szostek, J. H. (2012). Cannabinoid hyperemesis: A case series of 98 patients. *Mayo Clinic Proceedings*, 87(2), 114-119. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2011.10.005>
- Wallace, E. A., Andrews, S. E., Garmany, C. L., & Jelley, M. J. (2011, septiembre). Cannabinoid hyperemesis syndrome: Literature review and proposed diagnosis and treatment algorithm. *Southern Medical Journal*, Vol. 104, pp. 659-664. <https://doi.org/10.1097/SMJ.0b013e3182297d57>
- Woods, J. A., Wright, N. J. D., Gee, J., & Scobey, M. W. (2016). Cannabinoid hyperemesis syndrome: An emerging drug-induced disease. *American Journal of Therapeutics*, 23(2), e601-e605. <https://doi.org/10.1097/MJT.0000000000000034>
- Ye, L., Cao, Z., Wang, W., & Zhou, N. (2019). New Insights in Cannabinoid Receptor Structure and Signaling. *Current Molecular Pharmacology*, 12(3), 239-248. <https://doi.org/10.2174/1874467212666190215112036>



## **ANÁLISIS DE LA LEGISLACIÓN CANNÁBICA CON FINES TERAPÉUTICOS: UNA PROPUESTA DEL LEY PARA EL CASO ESPAÑOL**

Francisco Azorín<sup>1a</sup>, Héctor Brotons<sup>1</sup>, Hugo Madera<sup>1</sup>, Mario Land<sup>1</sup>, Noemí Sánchez-Nàcher<sup>2</sup> y  
Xabier Xubert<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Observatorio Europeo del Consumo y Cultivo de Cannabis (OECCC)*

<sup>2</sup> *Universitat de València*

**Contacto:** [notificacionesazorin@gmail.com](mailto:notificacionesazorin@gmail.com)

## INTRODUCCIÓN

En España, según la reciente encuesta del CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas, 2018), el 84% de los encuestados se mostraba a favor de la regulación del cannabis medicinal. De ello puede inferirse que una posible legislación del cannabis habría de basarse en los principios de evidencia científica, salud pública y respeto a los derechos fundamentales, criterios de especial relevancia en el caso concreto del acceso al cannabis con fines medicinales.

### **Convenios, flexibilidad y UNGASS 2016**

En líneas generales podemos afirmar que los convenios no prohíben el uso medicinal del cannabis ni la investigación científica. De hecho, en la redacción original de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, enmendada por el Protocolo de 1972 de modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, se explicita que:

*La Junta, en cooperación con los gobiernos y con sujeción a las disposiciones de la presente Convención, tratará de limitar el cultivo, la producción, la fabricación y el uso de estupefacientes a la cantidad adecuada necesaria para fines médicos y científicos, de asegurar su disponibilidad para tales fines y de impedir el cultivo, la producción, la fabricación, el tráfico y el uso ilícitos de estupefacientes” (Naciones Unidas, 1972, p.21).*

Es decir, los usos médicos y de investigación científica fueron excluidos de la prohibición, si bien la implementación posterior de la normativa ha dificultado en gran medida dichos usos.

La problemática surge al clasificar al cannabis en la lista IV de la Convención Única de 1961, donde se encuentran las sustancias más peligrosas con poco o nulo valor terapéutico. Esta clasificación se llevó a cabo sin la elaboración de un informe científico de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre los riesgos de la sustancia y su valor terapéutico. De hecho, su inclusión en dichas listas (I y IV), se debe más a criterios morales, raciales y económicos, que a motivos de salud pública. Así, hace poco tiempo y por petición de diferentes instituciones internacionales, el Comité de expertos en drogodependencias de la OMS (World Health Organization, 2019) se ha reunido para reevaluar la clasificación del cannabis en estos tratados y ha decidido recomendar su exclusión de la lista IV, ya que las sustancias que se encuentran en esa lista son susceptibles de uso indebido, efectos nocivos o incluso muerte, consecuencias que el cannabis está lejos de producir. Además, se le reconoce valor terapéutico, lo que exige su exclusión de la lista IV, donde, como hemos dicho, se encuentran las sustancias más peligrosas, con poco o nulo valor terapéutico.

No obstante lo anterior, ya existen medicamentos autorizados tanto de THC sintético como a base de derivados del cannabis (con sus nombres comerciales Sativex, Cesamet, Marinol y Epidiolex), si bien estos no han cumplido las expectativas de los pacientes en cuanto a su eficacia, además de tener un coste anual difícilmente asumible por la mayoría de pacientes, que podría estar en torno a los 32.500 euros. (United States Securities and Exchange Commission, 2018).

### **Regulaciones en el Derecho comparado**

Tanto en Europa como en el resto del mundo existen países que han desarrollado programas de cannabis terapéutico (Rodríguez y Barrón, 2019), habiendo regulaciones adaptadas para ello.

Así, en Europa han optado por este tipo de normativas países como Alemania, República Checa, Italia, Francia, etc., mientras que en América del Norte ya son 33 estados de Estados Unidos los que han regulado el cannabis con fines medicinales. Canadá, por su parte, reguló el cannabis para usos medicinales en el año 2001 y California en 1996, a los que habría que sumar los 10 estados de EE.UU y Canadá, que han regulado esta planta para usos lúdicos, siendo Canadá el primer país del G7 que lo hace.

En América del Sur, finalmente, ya han dictado normas en este sentido los siguientes países: Uruguay, Colombia, Chile, Puerto Rico, Perú, Argentina y México, optando Uruguay por regular además el acceso al cannabis recreativo en 2013 y estando previsto que sea México el siguiente país en hacerlo.

## **OBJETIVO**

El objetivo del presente trabajo es plantear la propuesta de un marco regulador en línea con las nuevas tendencias internacionales, que ofrezca seguridad jurídica al usuario medicinal o terapéutico de cannabis y que regule tres vías de acceso fundamentales: el autocultivo, las asociaciones de enfermos y la venta en farmacias, para, con todo ello, construir en el estado español un marco regulador que proteja los derechos fundamentales de los enfermos, posibilite el acceso al cannabis con garantías y con un precio justo, y evite que las licencias para cultivar esta sustancia se concedan sin un procedimiento claro y transparente.

## **METODOLOGÍA**

La propuesta ha sido redactada realizando una revisión exhaustiva de las diferentes regulaciones del Derecho comparado (Rodríguez y Barrón, 2019), tomando como referente principalmente la regulación colombiana, canadiense, portuguesa, y teniendo en cuenta la propuesta realizada por la Fundación Daya en Chile. Esta propuesta se enmarca dentro de la normativa que permite el uso del cannabis con fines medicinales o terapéuticos y que abarca tanto los convenios internacionales, como el Derecho de la Unión Europea y la Constitución Española. Además, se ha considerado especialmente la Decisión Marco 2004/757 JAI del Consejo de la Unión Europea, que en su art. 2.2 excluye el autoconsumo de cannabis del ámbito punitivo de las legislaciones nacionales.

## **RESULTADOS**

Después de analizar las normativas estatales en la materia, así como el marco jurídico supranacional que tiene que tener en cuenta esta ley, y la realidad social existente en España, se ha llegado a concluir una propuesta cuyos ejes fundamentales permiten un acceso al cannabis medicinal a la par que establecen una serie de garantías y respetan los derechos fundamentales.

### **1.- Acceso a la planta a través del autocultivo medicinal.**

El Título Primero menciona los aspectos relativos a los particulares que abogan por la libertad para automedicarse, además de exponer los límites legales en el cultivo y los usos del cannabis en espacios públicos. En él se establecen los márgenes legales para el autocultivo de cannabis definido como psicoactivo y no psicoactivo, y la necesidad de una receta médica que acredite estar realizando un tratamiento terapéutico con cannabis para disfrutar de una seguridad legal plena. Los márgenes se adecuan a nuestra propuesta del autocultivo, siendo 3650 gramos el límite, y ofreciendo un límite ampliado de 9250 gramos para aquellos usuarios terapéuticos que utilicen extractos o aceites. Además, se establece en 15 el número de plantas en exterior o 3 metros cuadrados en interior, que a priori no serían susceptibles de sobrepasar el límite de 3650 gramos establecido. Aquellas plantaciones que superen alguno de estos dos límites serán objeto de inspección obligatoria y podrán ser sancionadas con el pago de una multa, siempre que no se disfrute del margen ampliado. También se tienen en cuenta aquellos actos de cultivo destinados a la preservación de genéticas, ofreciendo un espacio legal para su cultivo y, por otro lado, el cultivo de cannabis no psicoactivo estaría permitido con receta médica hasta la cantidad de 3.650 gramos.

Asimismo, se regulan los usos del cannabis en la vía pública, siendo sometidos a los artículos 7 y 8 de la Ley 42/2010, de 30 de diciembre, aquellos usos inhalados del cannabis. No obstante, se da margen a la vaporización del cannabis a aquellos pacientes que por su enfermedad y circunstancia lo necesiten.

Otras cuestiones resueltas en torno a la vía pública es la de establecer márgenes legales de tenencia o transporte. Así, el usuario terapéutico podría transportar hasta 100 gramos por la vía pública siempre que se portasen ocultos y sin realizar ostentación, y se podrían transportar cantidades superiores comunicándolo al Instituto Español del Cannabis Medicinal. Además, dicho usuario debería ir siempre en posesión de la receta médica que acreditase su uso terapéutico del cannabis.

Finalmente se establece un régimen sancionador para aquellas conductas que superasen los márgenes legales establecidos para el cultivo, la tenencia y la no identificación como usuario terapéutico, además de penalizar su reincidencia.

## 2.- Adquisición en asociaciones de cultivadores con fines terapéuticos.

El Quinto Título establece otra forma de autocultivo para los usuarios terapéuticos del cannabis, en este caso de tipo colectivo: se ofrece el derecho a que estos usuarios puedan asociarse para autoabastecer su consumo. El consumo y la distribución del cannabis estaría así permitido en un establecimiento privado, al que se denomina club de usuarios terapéuticos de cannabis.

En primer lugar, se establece la reglamentación a la cual estaría sujeta la asociación. Estas asociaciones deberían estar inscritas en el Registro Nacional de Asociaciones y pedir una autorización de cultivo al Instituto Español del Cannabis Medicinal. La vigencia de las autorizaciones estaría además sujeta a la cancelación de la autorización o disolución de la asociación.

En segundo lugar, se reglamenta el registro de los usuarios. Los usuarios pertenecientes a una asociación, deberían ser mayores de edad y estar en posesión de una receta médica que acreditase la realización de un tratamiento terapéutico con cannabis. Los socios disfrutarían del derecho a participar en las actividades de la asociación, a recibir información respecto al cannabis y sus análisis, a consultar su ficha de consumo, a modificar su previsión de consumo y a ser informados de programas de detección precoz para los consumos abusivos. Por otro lado, los socios tendrían el deber de consumir la sustancia en las condiciones establecidas por la ley, evitar aquel consumo que pudiera perjudicar a terceras personas, cumplir la normativa de la asociación, facilitar y comunicar a la asociación la información que requiriera y los cambios que se produjesen, hacer un uso correcto de las instalaciones y cumplir con los demás deberes incluidos en los estatutos de la asociación.

En tercer lugar, se establecen las obligaciones documentales de las asociaciones. Todas las asociaciones deberían tener actualizados dos documentos, el libro de asociados, donde aparecería la información relativa a la identificación de todos los usuarios, y el libro de registro de autoabastecimiento, donde aparecerían todos los socios inscritos con sus respectivas peticiones de consumo y su consumo real.

En cuarto lugar, se establece toda la reglamentación relativa al cultivo para el autoabastecimiento y distribución del cannabis. La cantidad de cultivo no podría superar los 365 kilogramos al año y debería estar sujeta a la previsión de consumo de todos los asociados. En aquellos casos en que el cultivo no se encontrase en el mismo establecimiento del club de la asociación, y se requiriera de transporte, se debería realizar un informe pericial de la cosecha o derivado a transportar y enviarlo al Instituto Español del Cannabis Medicinal. La distribución debería realizarse siempre en la propia sede del club.

## 3.- Sistema de tramitación de licencias para el cultivo con fines medicinales.

En el Título tercero se presenta la reglamentación y control bajo el Instituto Español del Cannabis Medicinal a la que estarían sujetas las licencias para el cultivo de cannabis psicoactivo. Debido a la diferenciación de las distintas actividades posibles en torno al cultivo y fabricación de derivados de

cannabis, se han estipulado tres tipos de licencia distintas: una para los cultivos destinados al uso terapéutico o la fabricación de derivados; otro para los cultivos destinados a la investigación y certificación de semillas para una posterior distribución; y, por último, otro tipo para aquellos profesionales o empresas que dediquen su actividad a la fabricación de derivados. Todas las licencias tendrían una duración de cinco años, sin perjuicio de aquellas sanciones que las extingan.

Para mejorar la transparencia en los procesos de solicitud se han clarificado los trámites disponibles para la gestión de licencias, la documentación requerida para llevar a cabo las actividades y los procesos de tramitación que deberían superar las solicitudes. En los trámites relativos a la gestión de licencias se ha tenido en cuenta la renovación de la solicitud, su modificación y el establecimiento de prórrogas para la finalización de aquellos cultivos que no desearan renovar de forma completa su licencia. La documentación necesaria se ha dividido en información general y específica, siendo la información general requerida la misma en todas las licencias y difiriendo la información específica requerida dependiendo del tipo de licencia que se estuviera solicitando y acorde con las diferencias en la actividad a realizar. También se establecen los plazos de tiempo para la duración de los trámites y la presentación de requerimientos, además de las decisiones resultado de la evaluación de la solicitud.

Por último, se establecen las medidas de control necesarias a las que estarían sujetas las actividades bajo licencia.

#### 4.-Desarrollo de mecanismos que ofrezcan seguridad jurídica a cultivadores.

En el Segundo Título, para asegurar un control especializado de todas aquellas actividades relacionadas con la planta Cannabis Sativa L, se propone la constitución de un órgano con el nombre de Instituto Español del Cannabis Medicinal conectado con el Ministerio de Sanidad, el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación y el Ministerio del Interior. Dicho órgano se encargaría de controlar e inspeccionar el conjunto de cultivos que se realizarían dentro del Estado, a partir de la gestión en la concesión de licencias, el seguimiento y evaluación de cultivos, el control de las variedades, la sanción y denuncia de aquellas conductas penalizadas o no permitidas en esta ley, y la promoción de investigación y difusión de información científica en torno al cannabis.

La creación de este órgano estaría sujeta a la Ley 40/2015, del 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, e indicaría la fórmula organizativa a la que deberían adaptarse en lo sucesivo tanto los organismos públicos existentes, como los que hubieran de crearse en el futuro. Teniendo en cuenta esta legislación, así como las propuestas de la comisión de seguimiento de la aplicación de la Ley del Cannabis Medicinal y Terapéutico, se crearía el Estatuto definitivo del Instituto Español del Cannabis.

#### 5.- Venta de cannabis medicinal en dependencias farmacéuticas.

Además de regular el acceso medicinal a esta sustancia permitiendo el autocultivo personal o colectivo de la sustancia como mecanismo para garantizar un acceso justo y respetuoso con los derechos fundamentales, y que además tenga un coste asumible por los enfermos, se aboga porque el Estado pueda financiar tratamientos con cannabis a enfermos que lo necesiten, y que esta sustancia la proporcione el sistema de salud, bajo prescripción médica y de forma gratuita a los enfermos que la requieran.

## CONCLUSIONES

Dados los avances internacionales en el marco sanitario y jurídico que afecta a la sustancia, así como el respeto a la libertad y dignidad de los enfermos que deciden usar esta sustancia para paliar los dolores inherentes a diferentes enfermedades y a su malestar derivado, parece adecuado sugerir

una adaptación del marco jurídico nacional que permita adaptar nuestra legislación a los nuevos tiempos y necesidades sociales.

De este modo, la propuesta planteada podría responder de forma eficaz, por un lado, al anquilosamiento legislativo de las diferentes administraciones, y por otro, dar respuesta al débil vínculo creado entre política y sociedad, situación que ha marcado hasta ahora el sentido de la regulación.

La propuesta del Observatorio Europeo del Consumo y Cultivo de Cannabis se construye mediante la comparación de distintos ordenamientos jurídicos de países extranjeros o estados americanos que ya llevan tiempo implementando un sistema legal de acceso a esta planta medicinal, para, después de conjugarla con nuestra realidad social y adecuarla a nuestro marco legal, así como al Derecho de la Unión Europea y a los convenios internacionales de fiscalización de sustancias estupefacientes, sacar las siguientes conclusiones:

1.- El respeto a los derechos fundamentales, así como el derecho de acceso al cannabis con garantías y sin precios abusivos, hace que sea estrictamente necesario que el autocultivo de cannabis se permita también a los enfermos.

2.- La realidad social del estado español así como la necesidad por parte de los enfermos que no tienen los medios o los espacios para cultivar, hace necesario que se permita la unión de enfermos que quieran cultivar para, mediante el marco legal de una Asociación de Consumidores Terapéuticos de Cannabis, poder acceder a una sustancia de calidad y sin costes excesivos.

3.- La tramitación de las licencias en el estado español se hace en base a la Ley 17/1967, que es pre constitucional y no es clara y taxativa, siendo la concesión de las mismas muy poco transparente, lo que afecta al derecho a la libre competencia de mercado. Se propone la creación del Instituto Español del Cannabis Medicinal para regular todo lo relativo a la concesión de estas licencias.

4.- El Instituto Español del Cannabis Medicinal se encargará del control y fiscalización de los cultivos de cannabis así como de su seguimiento, evaluación y control de variedades.

5.- El estado español debe garantizar el acceso al cannabis a los enfermos mediante su venta en farmacias con prescripción médica y de forma gratuita.

## REFERENCIAS

Centro de Investigaciones Sociológicas (2018). *Barómetro CIS: Noviembre 2018*. Recuperado de <https://bit.ly/38BFYF7>

Decisión marco 2004/757/JAI del Consejo, de 25 de octubre de 2004, relativa al establecimiento de disposiciones mínimas de los elementos constitutivos de delitos y las penas aplicables en el ámbito del tráfico ilícito de drogas. Publicada en *Diario Oficial de la Unión Europea* (DOUE), n° 335, de 11 de noviembre de 2004.

Decreto 613 de 2017, de 10 de abril, por el cual se reglamenta la Ley 1787 de 2016 y se subroga el Título 11 de la Parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, en relación con el acceso seguro e informado al uso médico y científico del cannabis. Publicado en el *Diario Oficial* n° CLII, de 10 de abril de 2017. Colombia.

Ley 19.172, de 7 de enero de 2014, Marihuana y sus derivados: Control y regulación del estado de la importación, adquisición, almacenamiento, comercialización y distribución. Publicada en el *Diario Oficial* n° 28878, de 7 de enero de 2014. Uruguay

Organización de Naciones Unidas. (1972). Convención Única de 1961 sobre estupefacientes, enmendada por el protocolo de 1972 de modificación de la convención única de 1961 sobre estupefacientes. Recuperado de <https://bit.ly/38KvvHh>

- Proyecto de ley que modifica la Ley N°20.000, que sustituye la Ley N°19.366, que sanciona el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas; y artículo 98 del código sanitario, con el objeto de despenalizar el expendio de la marihuana medicinal y el autocultivo de cannabis. Publicado en *Boletín* n° 9496-11. Chile.
- Regulatory Access to Cannabis for Medical Purposes Regulation. Publicado en *Canada Gazette* part. II, vol 150, n° 17, de 24 de agosto de 2016 (SOR/2016-230).
- Rodríguez, J.M. y Barrón, M.A. (2019). Aspectos relevantes en la regulación del cannabis: países seleccionados. *Temas estratégicos*, 74, 3-35.
- United States Securities and Exchange Commission. (2018). Transition Report Pursuant to Section 13 or 15(d) of the securities exchange act of 1934. Recuperado de <https://bit.ly/321MkfA>
- World Health Organization. (2019). *WHO Expert Committee on Drug Dependence: forty-first report*. World Health Organization. Recuperado de: <https://bit.ly/3f999lm>





**CANNABIS, BOTELLÓN Y ASALTO SEXUAL:  
ENTRE LA VULNERABILIDAD Y LA SUMISIÓN QUÍMICA**

Carmen Barreiro<sup>1</sup>, Teresa Braña<sup>1</sup>, Sandra Feijóo<sup>1</sup>, Rebeca Calvo<sup>1</sup>, Manuel Isorna<sup>2</sup> y Antonio Rial<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Psicología del Consumidor y Usuario (Universidad de Santiago de Compostela);

<sup>2</sup>Universidad de Vigo

**Contacto:** [antonio.rial.boubeta@usc.es](mailto:antonio.rial.boubeta@usc.es)

## INTRODUCCIÓN

El uso de drogas como facilitadores del asalto sexual [DFAS] constituye un tópico que viene preocupando a las autoridades desde hace más de una década. Ya en 2008 el European Monitoring Centre for Drugs and Drug Adiction publicó un monográfico sobre el tema en el que se advertía de la tendencia creciente del problema (EMCDDA, 2008), acentuado por la expansión de un patrón de consumo de alcohol en forma de atracón, conocido como *binge drinking*, la aparición de nuevas sustancias psicoactivas [NSP] o el repunte en el consumo de cannabis y sus derivados, unido a un patrón de riesgo cada vez mayor y a edades cada vez más precoces (Rial, Burkhart, Isorna, Barreiro, Varela y Golpe, 2019). En los últimos años estamos asistiendo desgraciadamente al aumento de actitudes y conductas sexistas y, por extensión, al uso cada vez mayor de las drogas como facilitadoras de conductas que podrían catalogarse como Abuso o Asalto sexual o, de ser el caso, también de Sumisión Química (Isorna y Rial, 2015; Isorna, Souto, Rial, McCartan y Alías, 2017). La sumisión química, descrita como el uso de drogas para disminuir o anular la voluntad, no se limita al abuso sexual, sin embargo, este es el supuesto donde más se encuentran este tipo de casos las y los profesionales sanitarios y miembros de fuerzas y cuerpos de seguridad (Torres-Fernández, 2019). Sin embargo, apenas existen en nuestro país estudios empíricos realizados bajo parámetros científicos, que permitan disponer de datos fiables al respecto y mucho menos analizar de forma precisa este fenómeno cada vez más preocupante.

Por otra parte, un reciente trabajo realizado por Panyella, Agustina y Martín (2019) recoge, a partir del análisis de 102 sentencias correspondientes al período 1999-2016, que en el 76% de los casos no se puede hablar propiamente de “Sumisión Química” sino más bien de “Vulnerabilidad Química”, ya que las víctimas se encontraban bajo los efectos del alcohol o de sustancias en el momento del asalto sexual, consumidas éstas de manera presumiblemente voluntaria. Ello, amén de la controversia que suscita, revela que una parte importante de la prevención posiblemente deba llevarse a cabo desde una perspectiva más global, vinculada a la prevención del consumo de alcohol y otras drogas en la población juvenil y, en particular el cannabis y sus derivados. El cannabis es la segunda droga hallada en mayor medida en las analíticas toxicológicas de las víctimas de sumisión química, sólo superada por el alcohol (EMCDDA, 2008).

## OBJETIVOS

El presente trabajo se planteó con el objetivo general no sólo de aportar datos acerca del posible uso que jóvenes y adolescentes hacen de las drogas como facilitadoras del denominado “asalto sexual”, que tanta alarma social está generando y que visualizamos en los lamentables casos de las diferentes “manadas”, sino también poder caracterizar y comprender mejor los contextos y perfiles de consumo, convencidos de que un avance en este conocimiento habrá de traducirse en una labor de prevención más eficaz.

## METODOLOGÍA

### Participantes

El presente estudio se corresponde con la fase piloto de un trabajo más amplio llevado a cabo en la comunidad gallega, fruto de una colaboración entre investigadores de la Universidad de Santiago de Compostela y la Universidad de Vigo. Esta primera aproximación empírica se llevó a cabo con una muestra de 1.568 estudiantes de diferentes niveles (2º ciclo de la ESO, Ciclos formativos de Formación Profesional, Bachillerato y Universidad), con edades comprendidas entre 14 y 24 años (Media= 16,61; DT=2,52), 48,5% eran hombres y 51,5% mujeres. Participaron en esta fase un total de 16 centros educativos de las 4 provincias gallegas, tanto públicos como concertados, seleccionados mediante un muestreo intencionado.

### **Instrumentos**

Se incluyeron preguntas de elaboración propia indagando acerca de distintas conductas vinculadas a la sumisión química, empezando por el conocimiento de personas que invitan a alcohol u otras drogas para ligar, aumentando progresivamente la gravedad de la conducta hasta acabar registrando agresiones sexuales bajo el efecto de las drogas. Para registrar el consumo voluntario de drogas se incluyeron ítems extraídos de la última edición del ESTUDES y del ESPAD, e instrumentos de cribado específicos como el AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*; adaptada y validada al contexto español por Rial, Golpe, Araujo, Braña y Varela, 2017) para evaluar el consumo de riesgo de alcohol o el CRAFFT (*Substance Abuse Screening Test*; adaptada y validada al contexto español por Rial et al., 2019) para el consumo de riesgo de drogas en general. También se incluyeron preguntas de elaboración propia sobre conductas de riesgo en la red como son el *sexting* o el contacto con desconocidos, y un cuestionario de cribado del Uso Problemático de Internet, el EUPI-a (*Escala de Uso Problemático de Internet en adolescentes*; Rial, Gómez, Isorna, Araujo y Varela, 2015).

### **Procedimiento**

La recogida de datos se llevó a cabo mediante un cuestionario autoadministrado, en un pase colectivo a grupos reducidos (20-25 sujetos), en los propios centros educativos. Los participantes fueron debidamente informados del objetivo del estudio, garantizando el anonimato de sus respuestas y su participación fue totalmente voluntaria. El tiempo de cumplimentación del cuestionario fue de en torno a 30 minutos. El trabajo contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad de Santiago de Compostela.

### **Análisis de datos**

Tras un primer análisis descriptivo, se realizó una tabulación bivariada, aplicando contrastes  $\chi^2$  para la comparación de porcentajes. Los análisis fueron realizados con el paquete estadístico *IBM SPSS Statistics 25* (IBM Corp. Released, 2017).

### **RESULTADOS**

En la Tabla 1 se presentan las tasas de respuestas afirmativas a una serie de preguntas acerca de conductas vinculadas a la sumisión química. En la tabla se incluyen las respuestas tanto globales para toda la muestra como segmentadas por sexo (hombres o mujeres) y por edad (menores o mayores de 18 años). Puede percibirse que las mujeres tienden a informar de mayores tasas de sumisión química que los hombres, sin embargo, son estos últimos quienes denuncian más cuando les sucede y también tienden a acudir en mayor medida a urgencias o a un servicio médico. En el caso de la edad, reportan más intentos de sumisión con drogas y abuso sexual el grupo mayor de 18 años, pero ya antes de los 18 se sufren estas conductas. Entre estas tasas, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas por sexo en los ítems: “¿Conoces a alguien que suela invitar a alcohol u otras drogas como método para ligar?” ( $\chi^2 = 4,62$ ;  $p < 0,05$ ); “¿En alguna ocasión a ti te han invitado a alcohol u otras drogas para intentar ligar contigo?” ( $\chi^2 = 110,68$ ;  $p < 0,001$ ); “¿En alguna ocasión a ti te han dado alcohol u otras drogas para intentar aprovecharse sexualmente de ti?” ( $\chi^2 = 21,83$ ;  $p < 0,001$ ); y “¿En alguna ocasión se han llegado a aprovechar sexualmente de ti tras haberte dado alcohol u otras drogas?” ( $\chi^2 = 3,82$ ;  $p < 0,05$ ). En cuanto a la edad, se han encontrado diferencias significativas en los ítems: “¿Conoces a alguien que suela invitar a alcohol u otras drogas como método para ligar?” ( $\chi^2 = 12,89$ ;  $p < 0,001$ ); “¿En alguna ocasión a ti te han invitado a alcohol u otras drogas para intentar ligar contigo?” ( $\chi^2 = 53,96$ ;  $p < 0,001$ ); y “¿En alguna ocasión a ti te han dado alcohol u otras drogas para intentar aprovecharse sexualmente de ti?” ( $\chi^2 = 4,71$ ;  $p < 0,05$ ).

**Tabla 1.**

Tasas de sumisión química entre la juventud gallega. Global y segmentadas por sexo y edad

	Global	SEXO		EDAD	
		Hombres	Mujeres	< 18 años	> 18 años
¿Conoces a alguien que suele invitar a alcohol u otras drogas como método para ligar?	47%	43,7%	49,7%	43,8%	54,8%
¿En alguna ocasión a ti te han invitado a alcohol u otras drogas para intentar ligar contigo?	37,7%	22,7%	50,8%	31,3%	53%
¿Conoces a alguien a quien le hayan dado alcohol u otras drogas para aprovecharse sexualmente de él /ella?	19,3%	18,6%	20,1%	19%	20%
¿En alguna ocasión a ti te han dado alcohol u otras drogas para intentar aprovecharse sexualmente de ti?	7,2%	3,6%	10,4%	6,2%	9,7%
¿En alguna ocasión se han llegado a aprovechar sexualmente de ti tras haberte dado alcohol u otras drogas?	2,9%	1,9%	3,8%	2,4%	4,1%
En caso afirmativo...					
¿Has llegado a denunciarlo?	10,3%	25%	3,7%	13	6,3
¿Has tenido que acudir a urgencias o a un servicio médico?	15,4%	33,3	7,4	12,5	17,4

Por otra parte, se exploraron posibles variables asociadas a la sumisión química como podrían ser el consumo de cannabis y otras drogas. Todos los consumos evaluados presentaron mayores tasas entre quienes habían sido víctima de sumisión química: cannabis durante el último mes; cannabis en cachimba; jarabe violeta (purple drank, sizzurp o lean drink); mezcla de Jägermeister con Red Bull; Nuevas Substancias Psicoactivas [NSP]; y consumo de riesgo de drogas en general (registrados como positivos en CRAFFT). Del mismo modo, las víctimas presentaron mayores porcentajes en los ítems vinculados al consumo de alcohol como son hacer botellón; emborracharse; el *binge drinking*, y también presentaron mayores tasas de positivos en el AUDIT. Casi todas estas diferencias resultaron estadísticamente significativas, salvo por el consumo de NSP. A pesar de triplicarse la tasa entre las víctimas de sumisión química, la submuestra que había consumido NSP era demasiado pequeña para que el estadístico  $\chi^2$  mostrase diferencias significativas.

**Tabla 2**  
Posibles variables asociadas: consumo de cannabis y otras drogas

Consumo	Víctima	No Víctima	$\chi^2$	<i>p</i>
Cannabis durante el último mes	7,2%	2,2%	11,94	< 0,05
Cannabis en cachimba	9,1%	2,6%	7,29	< 0,05
Jarabe Violeta	11,1%	2,4%	15,13	< 0,001
Jägermeister con Red Bull	5,5%	1,7%	13,17	< 0,001
Consumo NSP	6,5%	2,7%	1,86	0,172
Positivo CRAFFT	5,9%	0,5%	32,18	< 0,001
Hacer botellón durante el último mes	5,1%	1,3%	15,53	< 0,001
Borrachera durante el último mes	6,4%	1,8%	17,58	< 0,001
Binge drinking durante el último mes	7,3%	1,9%	19,02	< 0,001
Positivo AUDIT	5,6%	1,1%	21,83	< 0,001

Finalmente, de forma descriptiva se exploró la posible relación con conductas de riesgo en la Red. Por una parte, se incluyeron ítems acerca del intercambio de imágenes o vídeos de contenido erótico o pornográfico, también llamado *sexting*, tanto activo (envío de contenido) como pasivo (recepción de dicho contenido) y los intentos de chantaje con la difusión de un contenido erótico o pornográfico (sextorsión). Por otra parte, dos preguntas hacían referencia al contacto con personas desconocidas *online* y llegar a quedar presencialmente con dichas personas. Finalmente, también se evaluó el Uso Problemático de Internet gracias a la aplicación del EUPI-a. Todas estas variables mostraron tasas más elevadas entre las víctimas de sumisión química en comparación con quienes no la había sufrido, tal y como puede percibirse en la Figura 1.

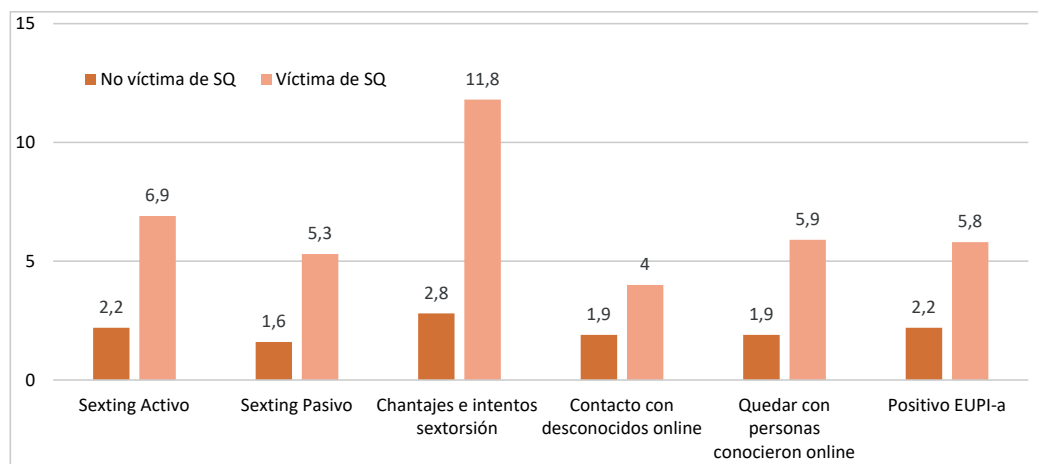


Figura 1. Posibles variables asociadas: conductas de riesgo en la red

## CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio muestran que el 37,7% de las/os jóvenes consultadas/os refiere haber sido invitada/o en alguna ocasión a alcohol u otras drogas para intentar ligar con él/ella (el 71% chicas). Al 7,2% le han dado alguna vez alcohol u otras drogas con la intención de aprovecharse sexualmente de él/ella y un 2,9% informa de que llegaron a hacerlo, lo que en cifras poblacionales se correspondería con alrededor de 150.000 casos en toda España. Las víctimas son mayoritariamente mujeres (3 de cada 4) y 1 de cada 3 son menores de 18 años. Los porcentajes son sensiblemente mayores entre la población universitaria, situándose por encima del 6%. De esta cifra, sólo el 15,4% acude a urgencias o a un servicio médico y sólo 1 de cada 10 llega a denunciarlo (en el caso de las chicas sólo el 3,7%). Una baja tasa de denuncia es frecuente en el caso de los delitos de agresión sexual, y que la agresión haya sido percibida como tal es uno de los elementos facilitadores para que las víctimas denuncien (Gancedo, Amado y Arce, 2018). Estar bajo el efecto de las DFAS produce que la víctima no tenga recuerdos claros de los sucesos y convierte a las agresiones con sumisión química en delitos especialmente difíciles de procesar (Torres-Fernández, 2019).

Por otra parte, se ha podido comprobar que participar regularmente en un Botellón, emborracharse, consumir alcohol en forma de atracón o *binge drinking* o dar positivo en el AUDIT, implica un riesgo de sufrir asalto sexual entre 3 y 5 veces mayor, lo cual coincide con buena parte de la literatura científica que señala al alcohol como la principal droga facilitadora del asalto sexual (EMCDDA, 2008; Isorna et al., 2017). Cuando el análisis se realiza para el resto de las sustancias, en especial el cannabis, puede comprobarse una vez más como las víctimas presentan claramente un “perfil de riesgo”, en términos de consumos y, en consecuencia, de vulnerabilidad. La tasa de victimización se multiplica por 3 o por 4 entre las/os consumidoras/es de cannabis, lo cual podría indicar que en muchos casos quien comete la agresión sexual aprovecha el estado de vulnerabilidad química de la víctima (Panyella, Agustina y Martín, 2019). La mayor tasa de victimización parece ser extensiva al uso problemático de Internet, con tasas de *sexting* (tanto activo, como pasivo) significativamente mayores, al igual que de contacto con desconocidos *online*. Cabe destacar que 11,8% de las víctimas de agresión sexual reporta además haber sufrido intentos de chantaje o sextorsión, mientras que entre las no víctimas esta tasa se sitúa en un 2,8%. Siendo este trabajo de carácter correlacional, es imposible saber si la sextorsión se ha producido antes de la agresión o incluso a raíz de esta, tal y como en el caso de “La Manada” se difundieron fotografías de la víctima siendo agredida que contribuyeron a revictimizarla (Observatorio Violencia, 2020).

Aunque de carácter exploratorio, los datos de este estudio parecen revelar que estamos ante un problema creciente y realmente preocupante, que parece haberse “instalado” entre las prácticas de jóvenes y adolescentes casi de manera trivial. Afecta sobre todo a las mujeres, posee además serias consecuencias y no es denunciado en casi el 90% de las ocasiones. Este fenómeno debe concentrar políticas específicas en términos de prevención, tanto en lo que se refiere a los agresores como a las víctimas, ya que los patrones y ambientes de consumo constituyen un claro factor de riesgo. Aunque ello no debe interpretarse en ningún caso como justificación de conductas deplorables como el asalto sexual (y es imprescindible hacer un trabajo intensivo con los agresores), sí permite caracterizar mejor los escenarios en los que suele llevarse a cabo y debe ayudarnos a mejorar la prevención. El consumo de alcohol y otras drogas está instaurado como una forma de ocio para adolescentes y jóvenes no sólo aceptable sino incluso deseable en nuestra sociedad (Isorna et al., 2017; PND, 2009). Sin embargo, ese mismo consumo posiciona a las personas en una situación de vulnerabilidad a ser agredidas (Panyella, Agustina y Martín, 2019). Ambos aspectos deben ser tenidos en cuenta en aras de aspirar a una prevención integral y realmente eficaz.

A pesar de que los datos recogidos permiten disponer de cifras estimativas del problema, el hecho de no haber utilizado una estrategia de muestreo probabilística, el reducido tamaño muestral y su naturaleza correlacional suponen las principales limitaciones del presente trabajo, y conllevan a que los resultados deban ser interpretados necesariamente con cautela.

## REFERENCIAS

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA] (2008). *Sexual assaults facilitated by drugs or alcohol*. Recuperado de [https://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-datasheets/dfsa\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-datasheets/dfsa_en)
- Gancedo, Y., Amado, B. G. y Arce, R. (2018). Prevalencia de los delitos de agresión sexual en España. En Arias, E., Sanmarco, J. y Camplá, X. (Eds.) *Libro de actas XI Congreso Internacional de Psicología Jurídica y Forense* (pp. 247–249). Santiago de Compostela: Andavira.
- IBM Corp. Released (2017). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0* [Paquete estadístico]. Armonk, NY: IBM Corp.
- Isorna, M. y Rial, A. (2015). Drogas facilitadoras de asalto sexual y sumisión química. *Health and Addictions, 15*, 137–150. doi: 10.21134/haaj.v15i2.246
- Isorna, M., Souto, C., Rial, A., McCartan, K. y Alías, A. (2017). Drug-Facilitated Sexual Assault and Chemical Submission. *Psychology, Society & Education, 9*, 263–282. doi: 10.25115/psye.v9i2.701
- Legleye, S., Piontek, D., Kraus, L., Morand, E. y Falissard, B. (2013). Validation of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) using a latent class analysis of the DSM-IV among adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 22*(1), 16–26. doi:10.1002/mpr.1378
- Observatorio Violencia (2020). *Revictimización por la difusión de la identidad de víctimas de agresión sexual*. Recuperado de <http://observatorioviolencia.org> el 22 de junio de 2020.
- Panyella, M.N., Agustina, J.R. y Martín, C. (2019). Sumisión química versus vulnerabilidad química: análisis criminológico de los delitos sexuales facilitados mediante el uso de sustancias psicoactivas a partir de una muestra de sentencias. *Revista Española de Investigación Criminológica, 17*, 1–23. Recuperado de <https://reic.criminologia.net/index.php/journal/article/view/247>
- Plan Nacional sobre Drogas [PND] (2009). *Adolescentes y jóvenes: Ocio y uso del tiempo libre en España*. Madrid: Delegación del gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Rial, A., Burkhart, G., Isorna, M., Barreiro, C., Varela, J. y Golpe, S. (2019). Consumo de cannabis entre adolescentes: patrón de riesgo, implicaciones y posibles variables explicativas. *Adicciones, 31*, 64–77. doi: 10.20882/adicciones.1212
- Rial, A., Golpe, S., Araujo, M., Braña, T. y Varela, J. (2017). Validación del Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) en población adolescente española. *Psicología Conductual, 25*(2), 371–386. Recuperado de <https://www.behavioralpsycho.com/producto/validacion-del-test-de-identificacion-de-trastornos-por-consumo-de-alcohol-audit-en-poblacion-adolescente-espanola/>
- Rial, A., Gómez, P., Isorna, M., Araujo, M. y Varela, J. (2015). EUPI-a: Escala de Uso Problemático de Internet en adolescentes. Desarrollo y validación psicométrica. *Adicciones, 27*(1), 47-63. doi: 10.20882/adicciones.193.
- Rial, A., Harris, S. K., Knight, J. R., Araujo, M., Gómez, P., Braña, T., Varela, J. y Golpe, S. (2019). Validación empírica del CRAFFT Abuse Screening Test en una muestra de adolescentes españoles. *Adicciones, 31*(2), 160–169. doi: 10.20882/adicciones.31.2
- Torres-Fernández, (2019). Suministro de drogas a otra persona para anular su voluntad con fines delictivos: ¿mito o realidad? La llamada sumisión química en derecho penal: especial referencia a los delitos sexuales. *Estudios Penales y Criminológicos* [Avanve online]. doi: 10.15304/epc.39.6274

## Agradecimientos

Este trabajo se enmarca dentro de un proyecto de investigación financiado por el Plan Nacional sobre Drogas (Ref. 2018/008)





## **EL AUTOCULTIVO EN EL MARCO JURÍDICO DEL ACCESO AL CANNABIS CON FINES MEDICINALES**

Jorge Bergua<sup>1a</sup>, Francisco Azorín<sup>1</sup>, Héctor Brotons<sup>1</sup>, Marta De Luxán<sup>1</sup> y Antonio Cervero<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> *Observatorio Europeo del Consumo y Cultivo de Cannabis, España*

<sup>2</sup> *Universidad de Oviedo, España*

**Contacto:** [berguajorge6@gmail.com](mailto:berguajorge6@gmail.com)

## INTRODUCCIÓN

El desarrollo de las políticas de drogas en el mundo, inspiradas en los tres tratados y convenciones internacionales de fiscalización de 1961, 1971 y 1988, ha hecho prevalecer un paradigma jurídico fundamentalmente punitivo, una opción de la política que utiliza la coerción penal como recurso (Arana, 2005), y que ha empujado tradicionalmente a numerosos usuarios y pacientes de cannabis al mercado ilícito en el cual encontrar un tratamiento a sus diferentes dolencias y su sintomatología adversa. En este contexto la prohibición no ha hecho sino agravar la realidad social (González, 1991).

A pesar de que el cannabis aparece clasificado en las Listas anexas I y IV de la Convención Única sobre Estupefacientes de las Naciones Unidas de 1961, la misma Convención reconoció que “el uso médico de los estupefacientes continuará siendo indispensable para mitigar el dolor [...] y deben adoptarse las medidas necesarias para garantizar la disponibilidad de estupefacientes para tal fin” (ONU, 1975, p. 13). En el informe del año 2018 de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE, 2019), se recoge la declaración de su presidente, Viroj Sumyai, quien afirmó que, según la convención de la ONU de 1961, se permite el cannabis medicinal y los gobiernos pueden regularlo.

En 2019 la OMS, a través del Comité de Expertos en Farmacodependencia (ECDD), invitó a la ONU a evaluar el régimen de fiscalización que pesa sobre el cannabis y, apoyado en la certidumbre científica, llamó a hacer un reconocimiento generalizado de su valor medicinal, en relación a las evidencias existentes sobre su utilidad terapéutica (Callado, 2006; Sallés, 2006). Así, puede apreciarse cómo la evidencia clínica, resultado de observar experimentos que han venido desarrollándose en diferentes países de nuestro entorno, avala la eficacia terapéutica de cannabinoides como el THC o el CBD, tanto como analgésico para mitigar el dolor crónico no oncológico (Sánchez-Nácher, 2019), como antiemético o como estimulante del apetito en enfermos de cáncer sometidos a quimioterapia y en pacientes de sida (Muñoz y Soto, 2001).

Siguiendo lo anterior, y a pesar de encontrarnos en un escenario internacional normativamente fragmentado en torno a la cuestión del cannabis, algunos estados miembros de Naciones Unidas como Canadá, Estados Unidos, México, Colombia, Chile, Uruguay, Reino Unido, Francia, Portugal, República Checa y Filipinas, se han acogido a estas recomendaciones para integrar en sus respectivos marcos legislativos la regulación del cannabis con aplicaciones medicinales, configurando distintas vías de acceso al mismo con sustanciales diferencias en cuanto a su accesibilidad.

Con todo, el desarrollo de programas de políticas de regulación del cannabis medicinal, desde el enfoque de la salud pública, varía en función del grado de inclusividad que tengan en estos mismos programas los diferentes actores involucrados en la regulación.

Así, encontramos que Portugal ha optado por apuntalar la vía técnico-farmacéutica y una posición fundamentalmente economicista, en función de la cual únicamente determinadas corporaciones (con inversiones canadienses y estadounidenses) pueden producir cannabis terapéutico para su comercialización, encareciendo sustancialmente el coste del tratamiento con cannabis medicinal para usuarios y pacientes. Estos, además, no pueden cultivar para su abastecimiento y consumo personal, de forma que los autocultivadores medicinales aún sufren intervenciones y están expuestos al riesgo de cárcel quedando el cannabis exclusivamente en manos de la industria farmacéutica (Observatorio Europeo del Consumo y Cultivo de Cannabis, 2020a).

Continuado con lo anterior, “muchos pacientes perjudicados han optado por adquirir estos productos de cáñamo altos en CBD a otros países más tolerantes. Los que pasan a emplear el fármaco Epidiolex, incrementan considerablemente el coste de su tratamiento. Así, con extractos de cáñamo ricos CBD el coste del tratamiento anual entre 2000 a 4000 euros, según casos. En cambio,

el coste de tratamiento con Epidiolex oscilaría de 26000 euros a 40000 euros” (Observatorio Europeo del Consumo y Cultivo de Cannabis, 2020b, p.4)

La vía del autocultivo para pacientes y usuarios de cannabis medicinal conjuga indisolublemente la dimensión del cuidado de la salud pública y la inclusividad en estos mismos programas. A través de la práctica del autocultivo, las personas pueden obtener extractos ricos en cannabinoides encontrando el tratamiento que mejor se adapta y se ajusta a sus necesidades de bienestar real. Los resultados del estudio de Gamella y Jiménez (2003) estimaron que el autoabastecimiento por cultivo de cannabis al menos lo han practicado, alguna vez en la vida, más del 40% de los usuarios y un 12% lo hace de manera habitual, evidenciando que los consumidores tienden a rehuir de los circuitos ilícitos en los que no puede asegurar la calidad del producto, ni certificar si éste está adulterado o no.

De hecho, revisando la literatura jurídica y la legislación internacional, encontramos como el autocultivo de cannabis medicinal queda exento del régimen de fiscalización. En este sentido Manjón-Cabeza comenta que de las conclusiones alcanzadas durante la UNGASS 2016 se deduce que los tratados internacionales de fiscalización posibilitan su interpretación flexible dando la oportunidad a los Estados de diseñar soluciones nacionales, ofreciendo “a los Estados miembros la flexibilidad suficiente para formular y aplicar políticas nacionales en materia de drogas con arreglo a sus prioridades y necesidades” (Manjón-Cabeza, 2017, p. 287).

En cuanto al derecho europeo, la Decisión Marco del Consejo de 25 de octubre del 2004 (nº. 2004/757/JAI) (Unión Europea, 2004), “señala el cultivo de cannabis como una de las conductas punibles, si bien excluye esta conducta cuando sus autores hayan actuado exclusivamente con fines de consumo personal, tal como lo define la legislación nacional” (Observatorio Europeo del Consumo y Cultivo de Cannabis, 2020a, p. 133). En este mismo informe el OECCC concluye que, al figurar el cáñamo como alimento tradicional en los listados establecidos por la Unión Europea con anterioridad a 1997 (tal y como estableció en su día el Reglamento 258/1997 (Parlamento Europeo, 1997), que fue actualizado con el Reglamento (UE) 2015/2283) (Parlamento Europeo, 2015), existe la posibilidad de que los Estados miembros permitan la venta de productos alimenticios altos en CBD y con menos de 0,2% de THC, elaborados con semilla certificada (Observatorio Europeo del Consumo y Cultivo de Cannabis, 2020a). En este sentido, cabe apuntar además que el Protocolo STNAR/40 (UNODC, 2010) establece las diferencias entre cáñamo industrial y cannabis por el índice de psicoactividad, o mediante el método del porcentaje de THC inferior al 0,2%.

Finalmente, mencionar que el caso del CBD es particularmente relevante ya que en el año 2016 la OMS emitió un informe en el que concluye que el CBD no presenta un potencial adictivo ni psicoactivo en el consumo humano, ni, por consiguiente, es perjudicial para la salud, no apareciendo fiscalizado expresamente en los convenios internacionales como sustancia estupefaciente o psicotrópica. Como consecuencia, y si el CBD no es considerado sustancia estupefaciente, no debería estar incluido en el régimen de fiscalización de la Convención Única de 1961 ni su cultivo para consumo personal quedaría expresamente restringido según lo dispuesto en este mismo convenio.

## **OBJETIVO**

Teniendo en cuenta lo anterior, el objetivo de la presente investigación pasa por evidenciar la flexibilidad que los convenios de fiscalización, así como la legislación internacional, dejan a los marcos normativos nacionales para integrar el autocultivo de cannabis medicinal, conformando la vía de acceso prioritaria para usuarios y pacientes en la línea de la preservación de la accesibilidad a los programas de salud pública, y anteponiendo los derechos fundamentales de las personas consumidoras.

## **METODOLOGÍA**

La metodología que sustenta la investigación ha bebido de la revisión documental, a fin de obtener insumos teóricos suficientes que sostengan los resultados y conclusiones expuestos. Así, fundamentan el interés del presente trabajo: el estudio de los reglamentos comunitarios sujetos al derecho internacional, los convenios de fiscalización, los informes y protocolos de agencias y organismos internacionales, los reglamentos de funcionamiento del régimen del derecho europeo, así como la producción jurisprudencial de las legislaciones nacionales.

## **RESULTADOS**

La regulación sobre el cultivo de cannabis para el consumo propio es polémica y poco concreta, por lo que parecería necesario clarificarla, eliminando con ello la inseguridad jurídica de tantas personas que disponen de plantas de cannabis (Gamella y Jiménez, 2004), así como la inseguridad médica a la que se exponen cuando acuden al circuito ilícito, suprimiendo los riesgos de conseguir un producto de cannabis fraudulento del cual no puede asegurarse ni su origen, ni su calidad ni su composición química. En este sentido, cobra especial relevancia la necesidad de establecer modelos de accesibilidad al cannabis, lo que permitirá analizar más eficazmente la utilidad del cannabis para quienes lo usan con fines medicinales.

La inclusividad de los programas de políticas públicas de salud, entendidos en términos de democratización, es un indicador relevante para evaluar el alcance de estos mismos programas, asegurando que el acceso al tratamiento con cannabis medicinal es el objetivo declarado hacia el cual han de dirigirse los esfuerzos. Además, en este sentido, cobra especial relevancia la óptica de la ética en el diseño y la formulación de políticas públicas, y es que “la implementación exitosa de una política pública [...] supone también capacidad de adaptación y compromiso con los valores previamente asumidos” (Merino, 2008, p. 23).

Cuando únicamente se discurre en

la línea de preservar los beneficios económicos, los costes del tratamiento son muy elevados y la accesibilidad al cannabis es muy baja. En consecuencia, señala el Observatorio Europeo del Consumo y Cultivo de Cannabis: “es necesario que se regule el acceso a la flor del cannabis y no únicamente el acceso a medicamentos a base de cannabinoides sintéticos, ya sea únicamente THC (Sativex) o THC y CBD (Epidiolex)” (2020a, p.30).

El Observatorio Europeo del Consumo y Cultivo de Cannabis profundiza en este hecho, mencionando que:

La postura (...) de la Comisión Europea es la de aceptar únicamente la elaboración de productos que contengan CBD de origen sintético, ignorando la realidad de que el CBD puede tener su origen en cultivos de Cannabis Sativa L. lícitos como los empleados para fines hortícolas o industriales [...] quedando exentos del ámbito de fiscalización de la Convención Única de 1961 (2020c, p.39).

Y añade que:

La OMS ha manifestado en más de una ocasión que el CBD no cumple con los criterios para considerarlo una sustancia que cause daño a la salud, ni que pueda equipararse a cualquiera de las sustancias recogidas en las listas de fiscalización. Además, le ha reconocido un valor terapéutico sin contraindicaciones, debido a que no genera dependencia, careciendo además de efectos psicoactivos y tóxicos (2020c, p.39).

Sin embargo, de la investigación documental y las conclusiones de las autoridades internacionales en materia de salud, se podría deducir que, el CBD no está incluido en las listas de fiscalización de sustancias psicotrópicas, y por consiguiente no debería ser considerado estupefaciente. En adición, cultivar cáñamo rico en CBD para autoconsumo (obtenidos sin extracción a partir de semillas), o administrarse productos enriquecidos con CBD (obtenidos de la extracción de CBD purificado en

aceite), así como la comercialización de estos, debieran ser cauces de abastecimiento ya integrados en un marco regulatorio seguro, médica y jurídicamente, y respaldado por una producción legislativa completa, dónde quienes quisiesen disponer de esos productos para comenzar un tratamiento médico con cannabinoides, pudieran hacerlo con todas las garantías.

En este sentido, la Unión Europea estableció que el cannabis no sometido a fiscalización podrá ser comercializado bajo el Reglamento (UE) 2015/2238 del Parlamento Europeo y del Consejo de 25 de noviembre de 2015 relativo a los nuevos alimentos (Parlamento Europeo, 2015).

Así, el Observatorio Europeo del Consumo y Cultivo de Cannabis encuentra que:

En España el CBD aún no ha sido registrado como alimento en la “lista de suplementos alimenticios autorizados” de la AEMPS [...] el CBD no está definido en la Directiva 2002/46/CE del Parlamento Europeo (Parlamento Europeo, 2002) (transpuesta a la legislación española por el Real Decreto 1487/2009 que modifica desde el 16 de marzo de 2018 el Real Decreto 1130/2018) (2020c, p.14).

Concluyendo que:

Es necesario que la Unión Europea y las Naciones Unidas introduzcan las recomendaciones de la OMS en los convenios internacionales y no se someta a ningún tipo de fiscalización a los productos no medicinales que contengan CBD, independientemente de su origen, si por su contenido mínimo en THC no se consideran psicoactivos (2020c, p.39).

En definitiva, que deberían poder asegurarse los mecanismos y herramientas suficientes como para que quienes libremente, y amparados en sus derechos, decidan usar cannabis o empezar una terapia con cannabinoides naturales, puedan hacerlo como un tratamiento médico legítimo más, de origen natural, con plantas medicinales cultivadas.

De este modo, el Observatorio Europeo del Consumo y Cultivo de Cannabis apunta en la dirección de lograr consolidar:

Una regulación del acceso al cannabis medicinal de la forma que más respete los derechos de los pacientes, a la vez que el precio del medicamento, el tratamiento, la terapia o el suplemento alimentario, sea lo más reducido posible, y que se permita el autocultivo de cannabis con fines terapéuticos por parte de los enfermos como un derecho fundamental primario (2020a, p.33).

## **CONCLUSIONES**

Evaluar el rendimiento de las políticas públicas sobre cannabis en el mundo hasta la actualidad, observando los programas implementados y desarrollados por nuestros homólogos internacionales, nos permite extraer las experiencias más favorables en cuanto a su regulación y nos da la oportunidad de no incurrir en los mismos errores.

Garantizar la accesibilidad a los programas de salud pública con cannabis medicinal, pasa por integrar en la regulación el autocultivo individual o colectivo para consumo personal, como una herramienta que ofrezca todas las garantías a los pacientes para que dispongan del cannabis que necesitan para satisfacer su tratamiento terapéutico, sin incurrir con ello en ningún tipo de delito, ni haciéndoles ser objeto de la criminalización y la estigmatización social que supone acudir a los circuitos ilícitos. Así, tener en cuenta los derechos fundamentales de los usuarios, implica necesariamente integrar los mecanismos suficientes como para que el acceso al cannabis medicinal esté garantizado, independientemente de las condiciones y capacidades socioeconómicas de quienes buscan acceder al tratamiento.

Existen cauces jurídicos suficientes como para que las legislaciones nacionales integren, junto con la regulación del cannabis medicinal, la vía del autocultivo para el uso personal, entroncando con los valores de un Estado democrático y de derecho, y como un mecanismo que garantice la democratización y la inclusividad de los programas de políticas públicas de salud con cannabis, haciendo prevalecer la óptica de los derechos fundamentales y no así la de los beneficios económicos.

## REFERENCIAS

- Arana, X. (2005). Cannabis normalización y legalización. En Instituto Vasco de Criminología, *Eguzkilore Cuaderno de Instituto Vasco de Criminología*. (pp. 121-138). San Sebastián: Instituto Vasco de Criminología.
- Callado, L.F. (2006). Utilización terapéutica del cannabis. En X. Arana e I Márquez (eds.). *Cannabis: salud, legislación y políticas de intervención*. (pp. 73-90). Madrid: Dykinson.
- Directiva 2002/46/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 10 de junio de 2002, relativa a la aproximación de las legislaciones de los Estados miembros en materia de complementos alimenticios. En Diario Oficial L 183 de 12.7.2002.
- Gamella, J.F. y Jiménez, M.L. (2003). *El consumo prolongado de cannabis*. Pautas, tendencias y consecuencias. Madrid: Junta de Andalucía, Comisionado para la Drogas y FAD.
- Gamella, J.F. y Jiménez, M.L. (2004). La cultura cannábica en España: La construcción de una tradición ultramoderna. *Monografías Humanitas*, 5, 23-54.
- González, S. (1991). Aspectos de salud. En A. Escohotado, A. Baratta, S. González, M. Escribano, J. Zaragoza, C. González y J. Funes. *¿Legalizar las drogas? Criterios técnicos para el debate*. (pp. 77-102). Madrid: Ed. Popular S.A.
- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. (2019). *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (E/INCB/2017/1) completado con los informes (E/INCB/2018/1/Supp.1) y (E/INCB/2017/3)*. Viena: ONU.
- Manjón-Cabeza, A. (2017). Una evaluación de la UNGASS 2016. Especial énfasis en las políticas de cannabis. En D. Pere (coord.). *Las sendas de la regulación del cannabis en España* (pp. 284-297). Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Merino, M. (2008). La importancia de la ética en el análisis de las políticas públicas. *Revista del CLAD (Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo), Reforma y Democracia*, 41, 5-32.
- Muñoz, J. y Soto, S. (2001). El uso terapéutico del cannabis y la creación de establecimientos para su adquisición y consumo. *Revista de Derecho penal y Criminología*, 7, 49-94.
- Observatorio Europeo del Consumo y Cultivo de Cannabis (OECCC). (2020a). *Ley Cannabis Medicinal y terapéutico*. Madrid: Cannabis Research Institute.
- Observatorio Europeo del Consumo y Cultivo de Cannabis (OECCC). (2020b). *Sobre el cannabis medicinal en Europa*. Recuperado de <https://bit.ly/2ZBQLuM>
- Observatorio Europeo del Consumo y Cultivo de Cannabis (OECCC). (2020c). *CBD razones para la regulación inmediata*. Madrid: Cannabis Research Institute.
- ONU. (1975). Convención Única de 1961 sobre estupefacientes enmendada por el Protocolo 1972 de modificación de la Convención Única de 1961 sobre estupefacientes. En Boletín Oficial del Estado (BOE) nº 264, del 4 de noviembre de 1981, España.
- Parlamento Europeo. (1997). Reglamento (CE) N°. 258/97 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de enero de 1997 sobre nuevos alimentos y nuevos ingredientes alimentarios. 1997R0258. ES. 07.08.2009. 004.001.
- Parlamento Europeo. (2015). Reglamento (UE) 2015/2283 del Parlamento Europeo y del Consejo de 25 de noviembre de 2015 relativo a los nuevos alimentos, por el que se modifica el Reglamento (UE) no 1169/2011 del Parlamento Europeo y del Consejo y se derogan el Reglamento (CE) no 258/97 del Parlamento Europeo y del Consejo y el Reglamento (CE) no 1852/2001 de la Comisión. (L 327/1).

- Real Decreto 1487/2009, de 26 de septiembre, relativo a los complementos alimenticios. Publicado en *Boletín Oficial del Estado (BOE)* nº 244, de 9 de octubre de 2009. España.
- Sallés, J. (2006). Farmacología de los cannabinoides: mecanismos de tolerancia y dependencia. En X. Arana e I Márkez (eds.). *Cannabis: salud, legislación y políticas de intervención*. (pp. 61-72). Madrid: Dykinson.
- Sánchez-Nàcher, N. (2019). *Cannabis y dolor: ¿Podremos ver el bosque tras los árboles?* *Revista Española de Drogodependencias*, 44(3) 5-12.
- Unión Europea. (2004). Decisión Marco del Consejo de 25 de octubre del 2004 (nº. 2004/757/JAI) relativa al establecimiento de disposiciones mínimas de los elementos constitutivos de delitos y las penas aplicables en el ámbito del tráfico ilícito de drogas. En Diario Oficial de la Unión Europea, L 335/8, de 25 de octubre de 2004.
- UNODC (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito). (2010). Protocolo STNAR/40 de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito Métodos recomendados para la identificación y el análisis del cannabis y los productos del cannabis. Nueva York: Naciones Unidas.





**CONSUMO DE DROGAS DE LOS MENORES INFRACTORES INTERNOS EN UN  
CENTRO TERAPÉUTICO**

Montserrat Boscà Cotovad

Universidad de Vigo, España

**Contacto:** [montsebc05@yahoo.es](mailto:montsebc05@yahoo.es)

## INTRODUCCIÓN

Los menores infractores, aquellas personas mayores de catorce años y menores de dieciocho años que realizan hechos tipificados como delitos o faltas en el Código Penal o las Leyes penales especiales, muestran graves problemas de adaptación a su entorno debido a sus características personales, familiares y ambientales, así como trastornos de conducta, trastornos de atención, problemas de aprendizaje, absentismo y fracaso escolar, abuso de sustancias, dificultades cognitivas y escasas habilidades sociales. Por ello el objetivo de este trabajo es profundizar en una de sus problemáticas, el consumo de drogas, ya que se trata de un tema de actualidad y de gran interés para mí. Asimismo la adolescencia es una etapa favorecedora para la experimentación de sustancias adictivas, incluso muchos jóvenes identifican el consumo con la adquisición del estatus adulto. Además el consumo de sustancias toca aspectos importantes para el adolescente, como el control, la dependencia, el límite, y la propia capacidad de elaboración y afrontamiento (López y Castro, 2007). Por otro lado destacar que al comenzar este trabajo mi interés se centró, junto con esta problemática de consumo, en abordar los trastornos de conducta y las tipologías de delitos de este colectivo, sin embargo la Xunta de Galicia no me permitió analizar estos últimos datos.

Para ello el presente trabajo se enmarca en el Centro de Atención Específica C.A.E. Montefiz, de Ourense, dado que es donde se encuentran internos los menores participantes de este estudio.

Este centro tiene como objetivo la ejecución de medidas privativas de libertad con carácter terapéutico, en régimen cerrado, semiabierto o abierto, impuestas por los juzgados de menores de la Comunidad Autónoma de Galicia y derivadas de la aplicación de la Ley Orgánica 5/2000, Reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores (LORPM).

Los usuarios del centro son ingresados por la administración autonómica debido a razones de adicción o disfunciones psíquicas. Como veremos a lo largo del presente trabajo los menores internos presentan un patrón de consumo elevado, consumos que se relacionan con diversos factores de riesgo (contextuales, sociales y psicológicos) y se asocian al disfrute del ocio, a las relaciones sociales y a la búsqueda de nuevas sensaciones y experiencias (Espada, Méndez, Griffin y Botvin, 2003). Asimismo esta multicausalidad está estrechamente relacionada con la delincuencia juvenil, un fenómeno que causa gran preocupación social y que ha sufrido un incremento de 13 puntos desde el año 2003 (INJUVE 2008).

Esta realidad informa de un problema importante que no debemos dejar al margen, pues se trata de adolescentes que viven en ambientes familiares caóticos o multiproblemáticos y presentan trastornos de conducta, de atención, problemas de aprendizaje, absentismo y fracaso escolar, abuso de sustancias, dificultades cognitivas y escasas habilidades sociales (Garrido y Montoro, 1998).

Por todo ello es necesario abordar estas problemáticas desde los centros de atención a menores infractores mediante intervenciones educativas. Así este estudio pretende realizar una aproximación real a los hábitos de consumo de los menores internos en centros terapéuticos para poder trabajar la adquisición de hábitos saludables y de habilidades sociales con este colectivo conociendo su situación real.

El estudio se divide en dos grandes bloques, por un lado el bloque teórico y por otro el de carácter práctico. El primer bloque está dividido en cuatro apartados, en primer lugar se presenta una justificación sobre el porqué de la realización de este trabajo, en segundo lugar se realiza una aproximación a las características y perfiles de los menores infractores, así como un marco legislativo a nivel internacional, estatal y autonómico. El tercer apartado se centra en los menores infractores internos en centros terapéuticos, analizando su perfil social y psicológico. Para finalizar este primer bloque se describe el Centro de Atención Específica Montefiz (C.A.E. Montefiz), tanto

sus instalaciones, recursos e intervenciones como los menores en él internos, ya que es el centro en el que se ha desarrollado la parte práctica de este estudio.

El segundo bloque del trabajo se basa en la investigación y por ello en él se muestran los objetivos y las hipótesis planteadas, el material y los métodos utilizados y los resultados obtenidos.

Por último se exponen las principales conclusiones derivadas de los resultados obtenidos en la investigación, apuntando la necesidad de llevar a la práctica una intervención psicosocioeducativa de calidad que aborde la problemática de este colectivo.

## **MÉTODOLÓGÍA**

Para la realización de este estudio se ha utilizado una muestra total de 19 menores internos en el C.A.E. Montefiz (Ourense), que se encontraban cumpliendo una medida judicial privativa de libertad con carácter de internamiento terapéutico en régimen cerrado, semiabierto o abierto dictada por los Juzgados de Menores de la Comunidad Autónoma de Galicia. La muestra final fue de 19 menores, siendo 17 hombres y 2 mujeres, con una edad media de 17,31 años y una desviación típica de 1,29.

El presente trabajo es un estudio cuantitativo cuyo instrumento utilizado para la recogida de datos ha sido la Encuesta Estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES 2010), incluida en el Plan Estadístico Nacional de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas y vigente en el momento en que se realizó la presente investigación.

Este cuestionario ha sido cumplimentado de manera anónima y confidencial, preservando el anonimato de los menores mediante la codificación, de manera que no pudiera ser identificativo ni mencionar ningún dato personal que pudiese revelar información específica de algún menor. Todos los datos recogidos han sido tratados con las medidas de seguridad establecidas en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de carácter personal.

A través de este documento se ha extraído información relativa a variables demográficas (género, edad, país de nacimiento, nacionalidad del padre y de la madre, domicilio habitual, estatus laboral del padre y de la madre, nivel educativo del menor, del padre y de la madre y dinero semanal que dispone el menor) y variables psicosociales (frecuencia de salidas nocturnas, hora de llegada a casa durante el fin de semana, frecuencia y consumo de tabaco, frecuencia, lugar y modo de consumo de bebidas alcohólicas, frecuencia y consumo de tranquilizantes, frecuencia y consumo de cannabis, frecuencia y consumo de base, frecuencia y consumo de cocaína, frecuencia y consumo de éxtasis líquido, frecuencia y consumo de éxtasis, frecuencia y consumo de speed o anfetaminas, frecuencia y consumo de alucinógenos, frecuencia y consumo de heroína, frecuencia y consumo de inhalables volátiles, frecuencia y consumo de ketamina, frecuencia y consumo de spice, frecuencia y consumo de piperazinas, frecuencia y consumo de mefedrona, frecuencia y consumo de nexus, frecuencia y consumo de metanfetaminas, frecuencia y consumo de setas mágicas, frecuencia y consumo de research chemicals, frecuencia y consumo de legal highs, policonsumo, vías de administración, edad de comienzo de consumo de sustancias, consumo de los amigos, dificultad para conseguir las sustancias, permisividad de los padres hacia el tabaco y el alcohol, opinión sobre los problemas del consumo, vías de información sobre drogas y consecuencias del consumo de cannabis, relaciones familiares y grado de fijación de normas fuera y dentro de casa).

Además de la encuesta ESTUDES 2010 se ha incluido como material del estudio un anexo con el fin de conocer el tipo de vías de administración de los consumos de estos menores (tabaco, alcohol, tranquilizantes, cannabis, cocaína en polvo, éxtasis líquido, éxtasis, speed o anfetaminas, alucinógenos y heroína).

Una vez obtenida la información se procedió a la codificación de los datos mediante códigos numéricos asignados a cada variable en la base de datos. Para el análisis de los datos se ha utilizado la versión 17.0 del programa estadístico “Statistical Package for Social Sciences” (SPSS 17.0). En primer lugar se compararon las medias de las variables demográficas (edad, estatus laboral de los padres, nivel educativo del menor, dinero semanal disponible, etc.), a continuación se realizaron los análisis descriptivos que incluyen la frecuencia y el porcentaje de todas las sustancias, de la accesibilidad a las drogas, de las vías de administración, de la permisividad parental hacia el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas, de las relaciones familiares y de la fijación de normas dentro y fuera del hogar. Finalmente se analizó la asociación entre las variables de consumo (tabaco, bebidas alcohólicas, hipnosedantes, cannabis, cocaína, éxtasis líquido, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína e inhalables) y la accesibilidad a las drogas, utilizando para ello el método de análisis de correlación a través del índice de asociación de Spearman ( $r$ ) y un nivel de significación de 0,05.

## RESULTADOS

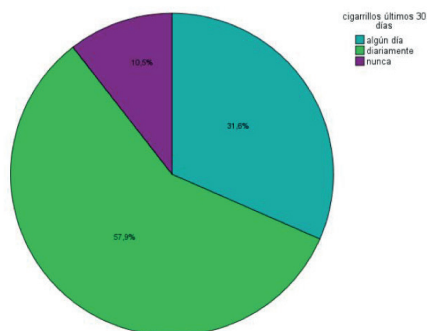
A continuación para facilitar la comprensión de los resultados obtenidos se realiza una clasificación de los mismos:

- Núcleo de convivencia
- Los resultados del estudio indican que casi la mitad de los menores encuestados conviven solo con la madre (47,36%) cuya situación laboral es activa, sin incluir las tareas del hogar. La nacionalidad de los menores es mayoritariamente española, exceptuando tres de ellos (marroquí, cubana y brasileña).
- Nivel educativo
- Los resultados muestran que todos los menores menos uno han repetido algún curso, siendo los 12,6 años la edad media.
- Disponibilidad económica
- El nivel adquisitivo semanal del que disponen los menores para sus gastos personales sobrepasa los 62 euros de media.
- Relaciones familiares
- A la hora de calificar las relaciones familiares, la mayoría de los menores afirman que son buenas siendo especialmente relevante el 47,4% que afirma tener muy buena relación con la madre y el 36,8% con el padre. Sin embargo, solo un 5,3% las califica como muy malas para ambos progenitores. Asimismo, consideran que las normas dentro de casa sobre lo que se les permite hacer son claras casi siempre (42,1%) sin embargo fuera de casa, casi nunca (47,4%). Cabe mencionar que referido a la permisividad de los padres para consumir tabaco y bebidas alcohólicas, los menores señalan que el 31,6% de los padres permitiría consumir tabaco en cualquier sitio, y el 10,6% bebidas alcohólicas. En cuanto a la madre, señalan que el 52,6% permitiría consumir tabaco en cualquier sitio y un 36,8% bebidas alcohólicas. Por lo tanto, los resultados muestran que las madres son más permisivas que los padres con los menores.
- Ocio y tiempo libre
- Los menores internos en el centro muestran un media de 3 salidas nocturnas a la semana, llegando a casa entre las cuatro y las ocho de la mañana. Este dato es especialmente significativo, pues estamos hablando de menores internos que sólo tienen permitida la libertad bajo permisos judiciales durante los fines de semana y algunos permisos extraordinarios (fallecimiento o enfermedad grave de familiares directos o nacimiento de un hijo).
- Consumo de drogas

### Consumo de tabaco<sup>[1][5]</sup>

Todos los menores del centro afirman haber consumido en la vida más de veinte días tabaco, el 57,9% lo consume diariamente, el 94,7% afirma haber consumido en los últimos doce meses (18 menores) y, el 89,5% (17 menores) en los últimos treinta días. Solo el 10,5% asegura no consumir tabaco ningún día en el mes previo a la encuesta. El consumo diario de tabaco de los menores infractores del C.A.E. Montefiz alcanza casi una cajetilla (19,8 cigarrillos al día de media).

Gráfico 1. Consumo de tabaco en los últimos treinta días

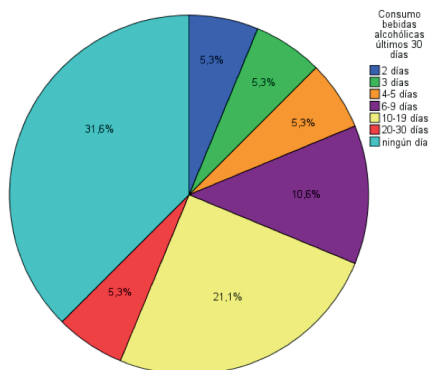


Fuente: elaboración propia a partir de los datos obtenidos en la investigación

### Consumo de bebidas alcohólicas

En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas, 16 menores afirman haber consumido alcohol alguna vez en la vida, lo que supone el 84,2%, de los cuales el 73,7% señala que ha consumido cuarenta días o más. Asimismo, 14 menores, el 73,7%, alegan haberlo consumido en los últimos doce meses. En los treinta días previos a la encuesta el 52,6% de los menores afirma haber consumido (10 menores), sin embargo, el 31,6% no han consumido la sustancia ningún día. La bebida más consumida durante todos los fines de semana en los últimos treinta días es la cerveza (31,6%) seguida de los cubatas o combinados (21,1%). El modo de conseguir esta sustancia es a través de ellos mismos directamente en hipermercados o supermercados (57,9%) y en bares (52,6%).

Gráfico 2. Consumo de bebidas alcohólicas en los últimos treinta días



Fuente: elaboración propia a partir de los datos obtenidos en la investigación

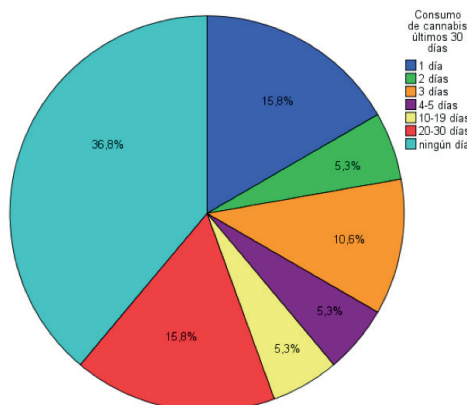
### Consumo de hipnosedantes

Por último, en relación a las drogas de carácter legal, 15 menores indican haber consumido tranquilizantes alguna vez en la vida bajo supervisión médica, lo que supone el 78,9%, de los cuales el 52,6% ha consumido cuarenta días o más. En los últimos doce meses esta sustancia ha sido consumida por el 63,1% (12 menores), de los cuales la mitad (31,6%) ha consumido cuarenta días o más. En el último mes consumieron el 57,9% (11 menores), de los cuales 15,8% cuarenta días o más. En cuanto al consumo de esta sustancia sin receta médica, 9 menores afirman haber consumido alguna vez en la vida (47,7%), de los cuales el 10,6% ha consumido cuarenta días o más. En los últimos doce meses 5 menores han consumido (26,5%), de los cuales el 5,3% ha consumido cuarenta días o más. En el último mes consumieron el 15,9% (3 menores), frente al 73,7% que afirma no haber consumido.

### Consumo de cannabis

El 100% de los menores internos afirma haber consumido cannabis alguna vez en la vida, de estos, el 89,5% lo ha consumido cuarenta días o más. El 94,7% (18 menores) afirma haber consumido en el último año, de los cuales el 68,4% lo ha consumido cuarenta días o más. En los últimos treinta días han consumido esta sustancia el 57,9% (11 menores), de los cuales el 15,8% indica haber consumido entre veinte y treinta días y el 36,8% ningún día.

Gráfico 3. Consumo de cannabis en los últimos treinta días



Fuente: elaboración propia a partir de los datos obtenidos en la investigación

### Consumo de cocaína en base

En cuanto al consumo de base, el 42,1% (8 menores) ha consumido esta sustancia alguna vez en la vida frente al 57,9% que asegura no haberla consumido nunca. En los últimos doce meses 6 menores (31,6%) señalan haber consumido mientras que en los últimos treinta días este consumo se reduce a la mitad con un 15,8% (3 menores). Asimismo, en el último mes el 73,7% indica no haber consumido base ningún día.

### Consumo de cocaína en polvo

El 73,7% (14 menores) de los menores señala haber consumido cocaína en polvo alguna vez en la vida, el 52,7% (10 menores) en los últimos doce meses y el 21,1% (4 menores) en los últimos treinta días.

### Consumo de GHB o éxtasis líquido

Los resultados afirman que el GHB o éxtasis líquido es la sustancia menos consumida junto a la heroína por los menores internos en el C.A.E. Montefiz. Solo el 21,1% (4 menores) afirman haber

consumido esta sustancia alguna vez en la vida y en los últimos doce meses. Sin embargo en los últimos treinta días ningún menor ha consumido GHB o éxtasis líquido.

#### Consumo de éxtasis

El 57,9% de los menores encuestados señalan haber consumido éxtasis (“pastis”, “pirulas” o cristal) alguna vez en la vida, de los cuales el 31,6% reconoce haber consumido cuarenta días o más esta sustancia. En el último año el 42,1% (8 menores) afirma haber consumido, de los cuales el 21,1% ha consumido cuarenta días o más. Y en los últimos treinta días solo dos menores (10,6%) indican haber consumido.

#### Consumo de speed o anfetaminas

El 31,6% reconoce haber consumido alguna vez en la vida, de los cuales el 15,8% ha consumido cuarenta días o más. En el último año ha consumido el 21,1%, de los cuales el 10,5% cuarenta días o más. El consumo en los treinta días previos a la encuesta muestra que solo un menor (5,3%) ha tenido contacto con esta sustancia mientras que el 84,2% manifiesta no consumirla ningún día.

#### Consumo de alucinógenos

El 63,2% (12 menores) de los menores internos indican haber consumido alucinógenos alguna vez en la vida, de los cuales el 15,8% ha consumido cuarenta días o más. El 31,6% ha consumido en los últimos doce meses y el 21,1% en los últimos treinta días.

#### Consumo de heroína

Los resultados muestran que el 21,1% de los menores (4 menores) reconoce haber consumido esta sustancia alguna vez en la vida y en los últimos doce meses, frente al 10,6% (2 menores) que ha consumido en los últimos treinta días.

#### Consumo de inhalables volátiles

Siete menores (36,8%) afirman haber consumido alguna vez en la vida, de los cuales el 5,3% indica que ha consumido cuarenta días o más. El 21,1% señalan haber consumido en los últimos doce meses, de los cuales el 5,3% cuarenta días o más, y el 10,6% en los treinta días previos a la encuesta.

#### Consumo de otras sustancias

El 36,8% de los menores manifiestan haber consumido ketamina alguna vez en la vida, el 21,1% alguna vez en los últimos doce meses y el 5,3% en los últimos treinta días.

En relación al consumo de spice el 26,3% (5 menores) ha consumido alguna vez en la vida, el 21,1% en los últimos doce meses y ningún menor en los últimos treinta días.

A lo largo de su vida, el 10,6% de los menores internos afirman haber consumido piperazinas, el 5,3% en los últimos doce meses y en los últimos treinta días.

El consumo de mefedrona lo manifiestan haber consumido el 10,6% de los menores (2) en toda la vida, sin especificar si este consumo ha sido realizado en el último año o en los últimos treinta días.

En cuanto al consumo de nexus, solo el 5,3% de los menores manifiesta haber consumido esta sustancia alguna vez en la vida y en los últimos doce meses.

El 21,1% de los menores ha consumido metanfetaminas en la vida, el 15,8% en los últimos doce meses y ningún menor en los últimos treinta días.

Al referirnos al consumo de setas mágicas los porcentajes son más elevados pues el 47,4% (9 menores) dicen haber consumido alguna vez en la vida, el 26,3% (5 menores) alguna vez en los últimos doce meses y el 5,3% alguna vez en los últimos treinta días.

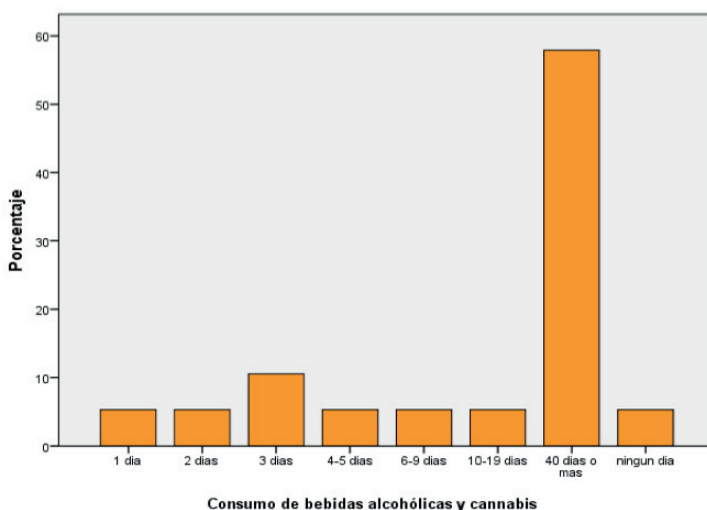
Por último, en cuanto al consumo de *research chemicals* y *legal highs* ningún menor afirma haber consumido dichas sustancias en la vida.

Una vez analizados los datos de todas las sustancias se puede confirmar que los menores internos en el centro C.A.E. Montefiz son mayoritariamente consumidores de tabaco, cannabis y alcohol. La siguiente droga más consumida son los hipnosedantes bajo supervisión médica, pero podemos decir que es algo “normal” puesto que se trata de menores internos en centros terapéuticos que presentan disfunciones psíquicas y reciben un tratamiento farmacológico.

▪ Policonsumo

El policonsumo analizado en este trabajo se centra en dos relaciones, entendido éste como el consumo de sustancias ingeridas conjuntamente en un intervalo menor o igual a dos horas. Por un lado, el consumo de bebidas alcohólicas y cannabis, y por otro, bebidas alcohólicas y cocaína. En cuanto a la primera relación, el 57,9% de los menores indica haber consumido ambas sustancias cuarenta días o más en los últimos doce meses frente al 5,3% que señala no haberlas consumido ningún día. Referido a la segunda relación, el 21,1% de los menores manifiesta haber consumido ambas sustancias cuarenta días o más en los últimos doce meses frente al 42,1% que nunca han consumido ambas sustancias conjuntamente.

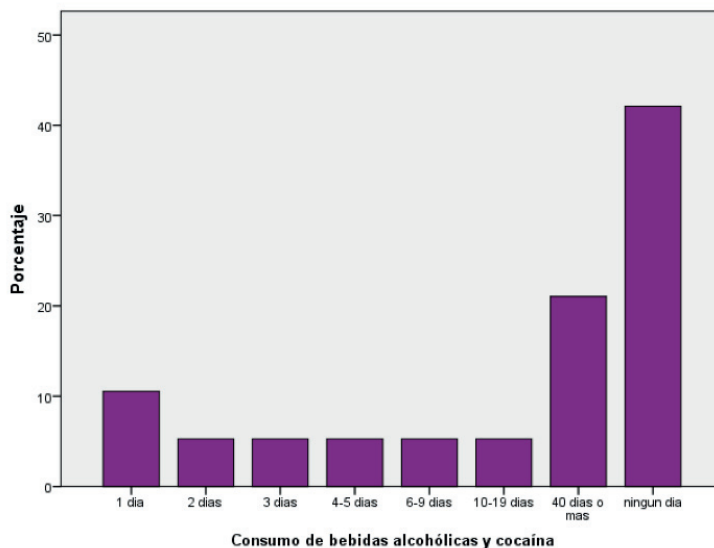
Gráfico 4. Consumo de alcohol y cannabis en los últimos doce meses



Fuente: elaboración propia a partir de los datos obtenidos en la investigación



Gráfico 5. Consumo de alcohol y cocaína en los últimos doce meses



Fuente: elaboración propia a partir de los datos obtenidos en la investigación

- Accesibilidad a las drogas

Al tratar la dificultad para conseguir las drogas, los menores piensan que el acceso a éstas es muy fácil, destacando con mayor accesibilidad el tabaco (84,2%), el alcohol (78,9%) y el cannabis (78,9%), seguido de tranquilizantes (52,6%), cocaína (47,4%), alucinógenos y anfetaminas (ambas 42,1%) y heroína (36,8%).

- Vías de administración

La vía de administración de las drogas es mayoritariamente oral (tabaco, alcohol, hipnosedantes, cannabis, éxtasis y alucinógenos), aunque determinados tipos de sustancias son consumidos por los menores a través de diferentes vías como la cocaína (fumada en cigarrillos 52,6% y esnifada 68,4%) y la heroína (oral 21,1% e intravenosa 10,2%). Es importante destacar que los menores del C.A.E Montefiz a la hora de consumir cannabis, el 94,7% lo fuma en cigarrillos, el 68,4% mezclado con alimentos y el 52,6% fumado en pipa.

- Edad de comienzo de consumo

A la hora de analizar las edades en las que los menores consumieron por primera vez se observa una precocidad con respecto a los datos obtenidos en el ESTUDES 2010, exceptuando el consumo de heroína y de inhalables. A continuación se muestra una tabla comparativa de la edad media de inicio en el consumo de sustancias.

Tabla 1. Edad media de inicio en el consumo de drogas

	Edad Media de inicio en el consumo de drogas	
	Menores C.A.E. Montefiz 2013	ESTUDES 2010
<b>Tabaco</b>	11,2	13,5
<b>Bebidas alcohólicas</b>	12,1	13,7
<b>Cannabis</b>	12,9	14,7
<b>Cocaína</b>	14,7	14,9
<b>Éxtasis</b>	14,7	15,3
<b>Anfetaminas o speed</b>	14,6	15,5
<b>Alucinógenos</b>	14,9	15,4
<b>Heroína</b>	15,7	14,4
<b>Inhalables</b>	15,2	13,2

Fuente: elaboración propia a partir de los datos obtenidos en la investigación y los datos ESTUDES 2010

## CONCLUSIONES

El análisis de los datos nos ha permitido establecer un posible patrón de consumo en menores con medidas judiciales. Así podemos concluir que efectivamente los jóvenes internos presentan vulnerabilidad ante el consumo de sustancias psicoactivas, ya que todos presentaron resultados positivos en el consumo.

Otra de las conclusiones del estudio es que las sustancias más consumidas son el tabaco, el cannabis y las bebidas alcohólicas, al igual que los resultados obtenidos por la encuesta ESTUDES 2010, presentando un consumo normalizado de estas sustancias y una alta disponibilidad percibida.

Los datos obtenidos confirman la afirmación de Contreras, Molina y Cano (2012), quienes indican que es mayor el porcentaje de los menores infractores que consumen algún tipo de sustancia frente a aquellos que no son consumidores. Sin embargo a pesar de los datos debemos tener en cuenta que los patrones de consumo de drogas son dinámicos y cambiantes, en la medida en que se asocian a nuevos mercados y nuevas modas. Por lo que el patrón establecido en este momento tiene un carácter provisional y resulta conveniente continuar investigando para establecer nuevos patrones de consumo a medida que estos se vayan transformando.

Debido a estos altos porcentajes de consumo la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009- 2016, enmarcada dentro de las políticas de salud pública, tiene como finalidad orientar, impulsar y coordinar diferentes actuaciones en materia de drogas y drogodependencias que se desarrollen en el Plan Nacional sobre Drogas de España en dicho período. Por ello desarrolló el Plan de Acción 2009-2012 en él se llevaron a cabo programas dirigidos a menores internos en centros de reforma y programas de atención a drogodependencias de jóvenes internados en centros de menores o que han tenido problemas con la justicia. Asimismo, durante el año 2010, la Delegación transfirió fondos a los Planes Autonómicos de Drogas para la consolidación y extensión de los programas de prevención selectiva e indicada, como por ejemplo el programa de prevención secundaria *Reforma*, dirigido a jóvenes con medidas judiciales en Baleares o el programa de prevención comunitaria *Ciudades ante las drogas*, dirigido a jóvenes de alto riesgo y menores en centros de protección y reforma en Andalucía.

La finalidad de la puesta en práctica de estos programas e intervenciones pretende conseguir que estos jóvenes tomen rienda de su propia vida de una manera responsable mediante experiencias valiosas y positivas que los reintegre en la sociedad como ciudadanos libres, formados, responsables y comprometidos (Graña y Rodríguez, 2010).

En cuanto a las limitaciones presentadas a lo largo de la investigación, es importante destacar que ciertos menores se mostraron reacios a manifestar con sinceridad su consumo debido a posibles repercusiones a nivel de centro y a nivel judicial (ampliación de sentencia). Sin embargo una vez conocido el carácter anónimo y confidencial de la encuesta, en el que se preservaba su anonimato mediante la codificación, mostraron gran disponibilidad, aceptación e interés. Incluso algunos de los menores encuestados reclamaron la necesidad de poder tratar más en profundidad el tema del consumo de drogas. No podemos olvidar que para ellos la participación en el estudio suponía una novedad y una ruptura de la monotonía diaria del centro, por lo que se mostraron participativos y colaborativos.

Otra limitación encontrada a lo largo de la investigación es que el cuestionario utilizado para la recogida de datos (Encuesta Estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias, ESTUDES 2010) no incluye ítems relacionados con el lugar acceso a las sustancias y el modo de compra de las mismas, exceptuando el consumo de bebidas alcohólicas. Por ello, considero que sería interesante realizar una ampliación de este instrumento en el que se incluyan ítems relacionados con los lugares de compra y consumo.

Por otro lado es necesario destacar la falta de documentación existente sobre esta problemática y sobre esta población en concreto. Como ya se señalaba anteriormente en este trabajo es complicado acceder a los datos reales de la delincuencia juvenil y más concretamente a la medida de internamiento terapéutico. En relación a la problemática de consumo, se obtiene información sobre tratamientos terapéuticos pero son escasos aquellos que se dirigen a la población aquí estudiada, menores infractores internos en centros terapéuticos.

En referencia a la institución, me gustaría destacar el acogimiento brindado a este proyecto, pues desde el primer momento mostraron gran interés en él y en sus resultados, manifestando que sería un trabajo muy beneficioso para el centro y para la labor psicosocioeducativa del mismo. Asimismo destacar las facilidades ofrecidas para la elaboración del presente estudio, no solo en cuanto a documentos sino también en cuanto a la accesibilidad a los menores y a los recursos/espacios del centro. Por último, hacer mención a los educadores, quienes se mostraron colaborativos en aquellos momentos en los que necesite su ayuda para llevar a cabo la investigación.

Por todo lo mencionado anteriormente debemos tener en cuenta que estamos ante un colectivo que presenta unas características particulares y por lo tanto precisa de una formación integradora que atienda a su desarrollo cognitivo y afectivo mediante una intervención psicosocioeducativa de calidad. Una intervención que aborde la problemática mediante programas de deshabituación de consumo de drogas, puesto que la mayoría de estos menores son consumidores, favoreciendo la adquisición de hábitos saludables y de habilidades sociales. Así como desarrollar programas preventivos evitando el inicio en el consumo de este tipo de población en riesgo. Asimismo en estas intervenciones es necesario tener en cuenta que se trata de una población joven que no suele reconocer el nivel de su problemática y cuya participación no suele ser voluntaria. Además debemos valorar que la intervención con esta población es compleja, pues, entre otros aspectos, el adolescente se encuentra en plena etapa de independización y tiene que comprometerse en un programa terapéutico estructurado. La búsqueda de autonomía y autoafirmación también puede atentar contra la posibilidad de pedir ayuda a tiempo.

Otro aspecto importante a trabajar en las intervenciones con esta población son las actividades de ocio y tiempo libre, pues son los espacios de ocio, concretamente los nocturnos, los que se asocian al consumo de sustancias. Además el disfrute del ocio y tiempo libre es muy importante para los jóvenes, y más aún para aquellos que cumplen una medida privativa de libertad, e imprescindible para una vida socialmente integrada. Por ello es importante que aprendan a dar un uso adecuado y constructivo del ocio y del tiempo libre que les aporte a su desarrollo personal y sean capaces de combinar apropiadamente sus actividades de recreo con sus responsabilidades.

Asimismo, como indican Milena y Sierra (2010), los programas destinados a esta población deben abordar el sistema familiar o la red afectiva de apoyo, dado que la familia cumple un papel protector y educador fundamental que sirve como pieza clave en los procesos de cambio personal y adaptación a nuevos estilos de vida.

Finalmente sería interesante en futuros estudios analizar el tipo de relación existente entre el consumo de drogas y las características psicosociales de esta población.

## REFERENCIAS

- Centro de Atención Específica Montefiz (2012). *Proyecto Educativo de Centro*. Documentación interna del centro sin publicar. Ourense.
- Contreras, L., Molina, V. y Cano, M.C. (2012). Consumo de drogas en adolescentes con conductas infractoras: análisis de variables psicosociales implicadas. *Adicciones*, 24 (1), 31-38.
- Espada, J., Méndez, X., Griffin, K. y Botvin, G. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 84, 9-17.
- Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. (2009). Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Garrido, V. y Montoro, L. (1998). *La reeducación del delincuente juvenil. Los programas de éxito*. Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Graña, J. L. y Rodríguez, M. J. (2010). *Programa Central de tratamiento educativo y terapéutico para menores infractores*. Madrid: Agencia de la comunidad de Madrid para la reeducación y reinserción del menor infractor.
- Informe Juventud en España (2008). Sondeo de opinión y situación de la gente joven. Jóvenes y violencia. Madrid: Instituto de la Juventud
- Ley Orgánica 5/2000 de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los Menores. En B.O.E. no 11, de 13 de enero de 2000.
- López, A. y Castro, A. (2007). *Adolescencia. Límites imprecisos*. Madrid: Alianza Editorial.
- Milena, A. y Sierra, D. (2010). *Trabajo Social en el establecimiento penitenciario de alta y mediana seguridad de Girón: una experiencia desde la atención y tratamiento de internos con problemas de uso y abuso de sustancias psicoactivas con el enfoque de la comunidad terapéutica*. (Trabajo de grado, Universidad Industrial de Santander).
- Observatorio Español sobre Drogas y Toxicomanías. *Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES)*. 2010

**NECESIDAD Y PROPUESTA DE LEY SOBRE AUTOCULTIVO DE CANNABIS  
ADAPTADA AL CONTEXTO ESPAÑOL**

Héctor Brotons<sup>1a</sup>, Francisco Azorín<sup>1</sup>, Hugo Madera<sup>1</sup>, Mario Land<sup>1</sup> y Antonio Cervero<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Observatorio Europeo del Consumo y Cultivo de Cannabis*

<sup>2</sup> *Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo*

**Contacto:** [hector@brotsanbert.com](mailto:hector@brotsanbert.com)

## INTRODUCCIÓN

El trabajo presentado pretende analizar desde un punto de vista lógico, jurídico y conforme a la realidad social, todo lo relativo al consumo y cultivo de cannabis en España, ya sea desde el plano histórico, sociológico, médico o biológico, tomando para ello los conocimientos obtenidos por diferentes disciplinas o campos del saber.

Sin duda, el autor de referencia para entender la historia de los autocultivadores en España es Juan Carlos Usó, que en sus numerosos artículos ofrece una visión de la evolución del fenómeno:

La moderna ola del autocultivo de cannabis en España nace durante el siglo XX en el protectorado español en Marruecos, donde las autoridades practicaban la tolerancia con la costumbre local de cultivar cannabis, siendo en esta zona del Rif donde algunos españoles comenzaron a cultivar cannabis. Cuando comenzó la guerra civil, llegaron a la península las tropas africanas, como los legionarios y la denominada guardia mora al servicio de Francisco Franco, quienes trajeron consigo sus costumbres, entre ellas la de cultivar y consumir Kif. Tras la victoria de las tropas del General Franco, serían estos soldados los primeros en organizar la importación y venta en España del Kif marroquí, que se comenzó a extender entre las clases populares en los años 40 del Siglo XX, con la tolerancia del Régimen, e incluso había quien plantaba el cáñamo en terreno propio (Usó, 2012, p.3).

Sin embargo, el problema de abastecimiento, que fallaba en muchas ocasiones, hizo que algunos usuarios comenzaran a cultivar su propio cannabis. Desde sus inicios en España, el autocultivo de cannabis fue una actividad que se realizaba en privado y con discreción, por lo que solo tenemos constancia de estos pioneros del autocultivo por algunas noticias de carácter divulgativo relacionadas con sus detenciones. Por ejemplo, en 1954, se reseña una plantación en Alcalá de Guadaíra (Sevilla) y otra en Vega de Tajo (Toledo). En 1966 aparecen tres pequeñas plantaciones en Langreo (Asturias). De este modo, Usó (2009) destaca que ya existe autocultivo medicinal del cannabis.

Esta misma línea es la que sigue el Observatorio Europeo de Consumo y Cultivo de Cannabis (OECCC), que llega a esta propuesta a principios del 2014 con la publicación de varios documentos divulgativos previos y cuyo desencadenante fue comprobar cómo en el contexto internacional se habían consolidado avances de gran relevancia respecto a la regulación del cannabis. Así, se plantea ofrecer a la sociedad y a los legisladores, cuando el momento fuera propicio, una propuesta ya trabajada sólida además de inclusiva, democrática y con encaje en el marco jurídico vigente, por lo que resultaría ideal como primer paso hacia la regulación del cannabis.

El OECCC busca desde ese momento poner el enfoque en las personas, auténtico eje en cualquier proceso de este tipo, tratando de incrementar la participación de los usuarios en la regulación. También se centra en la defensa de sus derechos y en la capacidad de autogestión por encima de intereses empresariales, que no también se consideran. Por ello, tomando como el respeto a los derechos fundamentales de sus ciudadanos, hace especial hincapié en la regulación del autocultivo, así como en la tenencia y uso de la sustancia. De este modo, además de hacer una propuesta sobre el autocultivo individual, su propuesta incluye como anexo la ley catalana sobre las asociaciones de consumidores de cannabis, el texto legal más completo sobre cultivo colectivo que se ha aprobado hasta el momento. A este respecto, el Tribunal Constitucional anuló esta ley por invadir competencias del Estado, lo que no por ello deja de ser un buen punto de partida para regular el autocultivo colectivo, ya que es el resultado de un proceso de diálogo de distintos partidos políticos, expertos, asociaciones de consumidores y juristas.

Finalmente, cabe mencionar la interpretación que se le da al reproche penal. La norma que castiga penalmente el cultivo de cannabis es muy escueta y ambigua. El artículo 368 del Código Penal (de

aquí en adelante, C.P.) castiga “a los que ejecuten actos de cultivo que promuevan, favorezcan o faciliten el consumo ilegal de cannabis” (art. 368, C.P.). Por otro lado, la jurisprudencia, al aplicar este artículo con respecto al cannabis, considera que esta sustancia no causa grave daño a la salud y le aplica una pena de uno a tres años de prisión y multa del tanto al duplo del valor del cannabis.

Además, según la interpretación jurisprudencial prácticamente unánime de esta norma penal, y he aquí lo relevante, si no existe una intención de difundir esa sustancia a terceros, no existiría delito. A pesar de esto, la policía suele intervenir cuando observa o tiene indicios de que hay un cultivo, al igual que los jueces suelen dictar órdenes de entrada y registro. Sin embargo, no parecen existir datos estadísticos referentes a la denegación de estas solicitudes.

Se ha de recordar que nos encontramos ante un delito de peligro abstracto, denostado por la doctrina penal, por la inseguridad y lesividad incierta que conlleva, y que estamos precisamente ante un tipo, el del artículo 368 CP, claramente deficiente por la ambigüedad que conlleva su interpretación. El Tribunal Supremo así lo ha definido, como un tipo de límites desbocados, lo que genera sentencias totalmente contradictorias, algo intolerable en la aplicación del derecho penal.

De hecho, a nivel europeo, la Decisión Marco del Consejo de 25 de octubre del 2004 señala el cultivo de cannabis como una de las conductas punibles, si bien excluye esta conducta cuando sus autores hayan actuado exclusivamente con fines de consumo personal, tal como lo defina la legislación nacional.

## **OBJETIVO**

El presente estudio trata de hacer un análisis multidisciplinar de todo lo relativo al consumo y cultivo de cannabis, desde los planos historio-sociológico, médico y finalmente desde una perspectiva jurídica, para, con ello, realizar una propuesta de regulación de acceso al cannabis que se adecue al marco legal actual en el ordenamiento jurídico español, y que no contravenga el Derecho de la Unión Europea o los convenios internacionales de fiscalización de estupefacientes.

Teniendo esta propuesta como eje fundamental, se busca un mayor respeto a los derechos fundamentales del individuo que favorezca la posibilidad de acceso al cannabis mediante auto cultivo personal o colectivo, por medio de asociaciones de usuarios, así como el establecimiento de una política de prevención del consumo de drogas que esté basada en una reducción de riesgos y daños, y no en los métodos punitivos.

## **METODOLOGÍA**

En cuanto a la metodología, esta propuesta de Proyecto de Ley ha partido del estudio de los principales textos legales así como de más de 1.000 procedimientos judiciales, dentro del contexto histórico y sociológico de referencia. Además, se ha realizado una revisión bibliográfica y un estudio exploratorio de autocultivadores.

## **RESULTADOS**

### **1.- Revisión histórica y sociológica**

Al llevar a cabo la revisión histórico-social, se comprueba que esta va en paralelo a la vía jurídica, especialmente en lo relacionado con el autocultivo. Así, se comienza a tener conocimiento del autocultivo en España cuando se dan las primeras detenciones y juicios, a partir de 1954, sin que por ello el fenómeno deje de aumentar. Se aprueban textos importantes tomando como punto de partida la vía prohibicionista, como son la preconstitucional ley de estupefacientes de 1967, el Código Penal de 1973 o la Convención Internacional de 1988. En 1992, la nueva Ley de Seguridad Ciudadana impone multas a usuarios por consumir y más restrictivamente por portar cannabis, si bien tampoco así se consiguen cambios en el fenómeno social del consumo y el autocultivo.

Incluso, para algunos expertos, este aumento de la represión supone el detonante del asociacionismo y la extensión del autocultivo.

## 2.- Peritaje de cultivos

En lo referente a las cantidades, la Oficina de las Naciones Unidas Para la Droga y el Delito (en adelante, UNODC) (2010) propone en cuanto a los métodos recomendados para la identificación y el análisis del cannabis y los productos del cannabis 22-40 gramos/planta o 400-505 gramos/m<sup>2</sup> en interior y 75 gramos/m<sup>2</sup> en exterior.

Por otro lado, el ingeniero agrónomo y especialista en cannabis, Xaquín Acosta, realizó una compilación y resumen de los principales estudios (Regulación Responsable, 2017). En ellos calculó que en exterior la producción oscilaba entre los 53 gramos por planta y los 180 gramos por planta, mientras que en interior la producción iba desde los 22 gramos por planta a los 45 gramos por planta.

## 3.- Medicinal

Respecto a las consideraciones médicas de uso del cannabis, tres son los aspectos a tener en cuenta:

### a) Menor dependencia del cannabis que del tabaco.

De la literatura científica analizada se desprende que existen factores psicosociales que determinan la dependencia al cannabis. Así, puede observarse que el desarrollo de una dependencia al cannabis parece asociado a diversos procesos en los que los factores sociales, biológicos e intra-individuales interactúan de forma compleja (Scholssarek, Kempkensteffen, Reimer y Verthein, 2016).

### b) La relación causal entre el consumo cannabis y la denominada psicosis cannábica es polémica y discutible.

La gran mayoría de los consumidores de cannabis no desarrollan psicosis, con lo que el vínculo entre cannabis y psicosis aparece mediado por complejas interacciones contextuales, genéticas y moleculares (Greydanus et al., 2013). En esta línea, la prevalencia a lo largo de la vida de esta enfermedad se establece clásicamente alrededor del 1% (Montes y Saiz, 2000). Sin embargo, según el informe OEDA, la prevalencia del consumo de cannabis «alguna vez en la vida» ha aumentado a más del doble entre 1995 y 2015.

En doctor Hill en la prestigiosa revista Nature (Hill, 2015), menciona que existen factores demográficos que pueden ser estudiados para descartar la relación causal entre cannabis y esquizofrenia. En esta línea explica que, por ejemplo, no existe una mayor prevalencia de esquizofrenia en EEUU, tras los años 60, cuando se comenzó a extender el consumo de cannabis. Dicho de otro modo, aunque aumenta un 20% el consumo de cannabis entre adolescentes, la incidencia de esquizofrenia se ha mantenido estable en todo el mundo, no existiendo tampoco diferencias en ratios de esquizofrenia en aquellos países donde el uso de cannabis es más prevalente.

### c) No existe constancia de sobredosis por cannabis.

Según los resultados de Wiesbecket al. (1996), existe una necesidad de reformular los listados de peligrosidad de las drogas, ya que observan que el cannabis posee el mayor margen de exposición entre todas las sustancias estudiadas, a diferencia del alcohol, donde aparece un menor margen del esperado. Esto demuestra cómo algunas sustancias han sido sobrestimadas en su peligrosidad, mientras que otras han sido muy subestimadas.

## 4.- Jurídica.

En cuanto al posicionamiento jurídico, la posición mayoritaria de la doctrina científica declara penalmente relevante el cultivo y la posesión cuando tal comportamiento sea peligroso para la salud pública, peligrosidad que viene determinada por la posibilidad de que la materia prima pueda ser destinada a terceras personas (Díez y Muñoz, 2012).



Así, todos aquellos cultivos de sustancias tóxicas que no tengan o bien capacidad objetiva para ser difundidos, y por lo tanto afectar a la salud pública, o bien subjetivamente no estén destinados a la difusión del consumo ilegal, sino a otros fines, son atípicos por no cumplir con los requisitos generales exigidos (Jubert, 1999).

Si además consideramos que el autocultivador no obtiene un precio por la cosecha, parece difícilmente justificable que se pueda subsumir dicha conducta dentro del tipo. Tal y como indica Gómez-Aller (2013): «En los casos de transmisión compasiva, consumo compartido, etc., la jurisprudencia considera que la ausencia de contraprestación es un requisito imprescindible para la atipicidad» (pp. 19-20). En otras palabras, existe doctrina y jurisprudencia que argumenta que debe concurrir el ánimo de lucro como dato integrador del elemento subjetivo del tipo.

Para parte de la doctrina, por tanto, el autocultivo sería legal, de la misma manera que el consumo. Dado que es evidente que el consumo en un ámbito privado no está sancionado, no puede considerarse ilegal el mismo y, en consecuencia, tampoco su cultivo para ese fin. Aunque esto ha sido interpretado por los tribunales de forma distinta, entendiendo que la tenencia y el consumo son ilegales, sin perjuicio de que no sean sancionados. Una acción que no afecta a los bienes o derechos de terceros, o cuanto menos, que no esté sancionada, nunca podría ser considerada ilegal, tanto por el principio de culpabilidad como por la propia configuración del Estado como democrático y liberal.

Como afirma un voto particular de una sentencia del Tribunal Supremo (2016): la salud individual no puede protegerse penalmente contra la voluntad libremente formada de su titular (por lo que) el cultivo de cannabis exclusivamente para el propio consumo es un acto de libre desarrollo de la personalidad en el que no hay lesividad alguna.

En este sentido, Díez-Picazo (2003) ha señalado que:

El derecho al libre desarrollo de la personalidad comporta un rechazo radical de la siempre presente tentación del paternalismo del Estado, que cree saber mejor que las personas lo que conviene a estas y lo que deben hacer con sus vidas (pp. 64-66).

De este modo, y como forma concreta de regulación, el Proyecto de Ley que aquí se presenta considera como autocultivo hasta un máximo de aprovisionamiento de diez gramos diarios durante 365 días, cantidad inclusiva y razonable, pues en la actualidad se considera de notoria importancia a partir de diez kilos (20 gramos diarios por 500 días), cifra que parece contar a la luz de la difusión realizada con el apoyo de los cultivadores.

En resumen, cualquier regulación en un Estado democrático ha de tener en cuenta en primer lugar a las personas. El autocultivo y uso de cannabis tienen el respaldo de una gran parte de la sociedad, lo que puede apreciarse en la normalización de la conducta de consumo, tanto en su amplio recorrido histórico, como por su objetivo de búsqueda del autoabastecimiento. Teniendo esto en cuenta, parece justo pensar que su regulación eliminará la inseguridad jurídica existente y empezará un nuevo acuerdo social sobre el cannabis.

## **CONCLUSIONES**

A modo de enumeración, podemos establecer cinco conclusiones del análisis realizado:

1.- La legislación actual que regula todo lo relativo al consumo y cultivo de cannabis afecta a los derechos fundamentales de la personalidad así como a derechos formales tales como la seguridad jurídica.

2.- El cultivo de cannabis para autoconsumo no es punible ni sancionable administrativamente en el ordenamiento jurídico español siempre que se realice en lugares privados. Por lo tanto, una regulación que establezca de manera clara la cantidad de cannabis que se puede obtener mediante un cultivo personal, propiciaría que existiera una seguridad jurídica a la hora de realizar una actividad que no tiene consecuencia jurídica aparejada, como el cultivo de cannabis no visible y que no se va a destinar a terceros. A día de hoy no existe dicha norma, por lo que la fuerza actuante suele proceder con la intervención de muchos cultivos cuyas sentencias acaban en absolución al no demostrarse el elemento subjetivo del tipo, es decir, la intención de traficar con la sustancia.

3.- Según los estudios realizados y la bibliografía existente, un cultivador tendría suficiente con una cosecha de como máximo 10 gramos por día, es decir, de 3.650 kilogramos. La jurisprudencia del Tribunal Supremo establece que un consumo abusivo de cannabis se sitúa en 20 gramos al día.

4.- A nivel médico, no existe constancia de sobredosis por cannabis, no se ha encontrado relación en un aumento del número de esquizofrénicos a pesar de que el consumo de cannabis ha aumentado desde los años 60. Además, el cannabis muestra un nivel adictivo mucho menor que el tabaco.

5.- A nivel histórico y sociológico se ha demostrado que la solución carcelaria y de las multas no ha disminuido el consumo de la sustancia y ha provocado problemas graves de encarcelamiento y vulneración de derecho fundamentales.

## REFERENCIAS

- Regulación Responsable (eds.). (2017). *Las sendas de la regulación del cannabis en España*. Barcelona: Bellaterra
- Díez, J.L. y Muñoz, J. (2012). «Licitud de la auto-organización del consumo de drogas». *Jueces para la Democracia*, (75), 49-77.
- Díez-Picazo, L.M. (2003). *Sistema de derechos fundamentales. Derechos fundamentales y libertades públicas*. Madrid: Civitas.
- Gómez-Aller, J.D. (2013). *Transmisiones atípicas de drogas*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Greydanus, D., Hawver, E., Greydanus, M., y Merrick, J. (2013). Marijuana: Current Concepts. *Frontiers in Public Health*, 1: 42. <http://doi.org/10.3389/fpubh.2013.00042>
- Hills, M. (2015). «Be clear about the real risks». *Nature*, 525.
- Jubert, U.J. (1999). *Los delitos de tráfico de drogas I*. Barcelona: José María Bosch Editor.
- Montes, J.M., Saíz, J. (2000). Esquizofrenia. En D. Barcia (Ed), *Tratado de psiquiatría*. (pp:969-976). Madrid: Arán.
- Schlossarek S., Kempkensteffen J., Reimer J., & Verthein U. (2016). Psychosocial Determinants of Cannabis Dependence: A Systematic Review of the Literature. *European Addiction Research*, 22(3),131-144.
- Tribunal Constitucional. (2016). Memorias del Tribunal Constitucional 2016. Recuperado de <http://www.tribunalconstitucional.es/>
- UNODC. (2010). Métodos recomendados para la identificación y el análisis del cannabis y los productos del cannabis. Recuperado de <https://bit.ly/3204Jt5>
- Usó, J.C. (2009). La represión del cultivo de cannabis en España. Breve historia de un expolio continuado. *Cáñamo*, pp. 50-56.
- Usó, J.C. (2012). *Pildoras de realidad*. Madrid: Amargord.
- Wiesbeck, G.A., Schuckit, M.A., Kalmijn, J.A., Tipp, J.E., Bucholz, K.K., y Smith, T.L. (1996). An evaluation of the history of a marijuana withdrawal syndrome in a large population. *Addiction*, 91(10) 1469-1478.

**INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA ANTE DENUNCIAS POR DROGAS ILEGALES  
EN MENORES**

Juan Cava Maldonado, Joseba Huarte Guerra y Mariví Mateo García

*Departamento de Salud, Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, Plan de Prevención:  
Drogas y Adicciones*

**Contacto:** [pfdrogod@navarra.es](mailto:pfdrogod@navarra.es)

## **INTRODUCCIÓN**

Desde el servicio de Régimen Jurídico de Interior del Gobierno de Navarra se propuso a la Subdirección de Juventud y al Plan de Prevención: Drogas y Adicciones (PPDA) del Departamento de Salud, la constitución de un grupo de trabajo con la motivación de dar una respuesta socioeducativa a las sanciones y multas en relación al consumo, tenencia y tráfico de drogas en menores de edad. Aspecto este establecido en la Ley Orgánica 4/2015 de Protección de la Seguridad Ciudadana (BOE nº 77, Disposición adicional quinta).

El grupo de trabajo formado se marcó el objetivo de cumplir el requerimiento legislativo con las mejores garantías para el o la menor. Para ello se establecieron las responsabilidades administrativas, los procedimientos comunes y los canales de comunicación entre los diferentes servicios de atención a los y las menores y sus familias.

## **OBJETIVOS**

La presente comunicación tiene dos objetivos:

1. Describir el proceso de elaboración del Programa de Atención SocioEducativa denominado PASE
2. Analizar la casuística de los diez primeros meses de la puesta en marcha del Programa

## **METODOLOGÍA**

A lo largo de un año se desarrolló un proceso colaborativo para la elaboración de la Guía para la implementación de medidas socioeducativas alternativas por consumo y tenencia de drogas ilegales en menores de edad en Navarra.

Se realizaron dos jornadas formativas, de puesta en común y elaboración, con la participación de profesionales de: Programas Municipales de drogodependencias, Servicios Sociales de Base, Servicios de Acción Preventiva Comunitaria, Técnicos y técnicas de Juventud y de entidades que trabajan en el ámbito de las drogodependencias. La participación fue de 71 profesionales (55 mujeres y 16 hombres) en la primera jornada y de 64 en la segunda (54 mujeres y 10 hombres).

Además de las jornadas se han mantenido múltiples reuniones de trabajo tanto con los y las profesionales de los servicios y/o asociaciones como de las instituciones implicadas. El resultado ha sido un documento que recoge y articula los pasos (Anexo) para constituir una alternativa a la multa y una oportunidad para realizar intervenciones terapéuticas y/o educativas, de formación y de aprendizaje de habilidades personales y sociales en el entorno comunitario, que se recogen en un Programa de Atención SocioEducativa denominado PASE.

El análisis de la casuística de la puesta en marcha del programa, se ha basado en los registros diseñados y tratados mediante Excel. La puesta en marcha del programa fue en octubre del 2018 y analizaremos la casuística de los 10 meses, hasta finales de julio de 2019. En este periodo el número de denuncias a menores ha sido de 76 y el número de familias que se han acogido al Programa de Atención SocioEducativa ha sido de 40 (53%)”.

## RESULTADOS

En relación al primer objetivo: Describir el proceso de elaboración del Programa de Atención SocioEducativa denominado PASE; como primer resultado del proceso se elaboró la Guía para la implementación de Medidas Socioeducativas Alternativas por consumo y tenencia de drogas ilegales en menores de edad en Navarra. Programa de atención socioeducativa-PASE, y una síntesis de la misma, documentos finalizados en Julio de 2019 que recogen y articulan los pasos para constituir una alternativa a la multa y una oportunidad para realizar intervenciones terapéuticas y/o socioeducativas, de formación y aprendizaje de habilidades personales y sociales en el entorno comunitario que se recogen en el mencionado programa.

El programa PASE está enmarcado dentro de la prevención indicada (European Monitoring Centre. 2011, e Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, III PPDA. 2019) y tiene como finalidad que la persona adolescente tome conciencia sobre el tema de las drogas y sus consumos, así como de otros aspectos de su vida. La intervención supone un acompañamiento del o la menor en su proceso de desarrollo y maduración, promoviendo la reflexión, su autonomía e implicación en la comunidad mediante la participación en recursos comunitarios colaboradores, realizando actividades educativas, formativas y de aprendizaje de habilidades personales y sociales.

La incorporación de las perspectivas comunitaria y sistémica, así como la participación de las personas a las que se dirige la acción socioeducativa y una planificación centrada en la persona, son aspectos fundamentales que se recogen en el marco teórico de la Guía de actuación.

El fin del Programa es el desarrollo personal y social del o la menor y la potenciación de un estilo de vida saludable. Nos encontramos con una oportunidad de trabajar desde la detección precoz, la gestión de riesgos y la prevención indicada, con un abordaje esencialmente educativo y un plan individualizado que busca la implicación de la familia. Además, en este trabajo puede tener cabida el trabajo grupal (prevención selectiva), basándonos siempre en el fomento de habilidades y el ofrecimiento de recursos para promover el cambio.

Esta concepción holística de las personas nos permite una amplia mirada de cara a la intervención en donde se contemplan teorías y modelos de trabajo como: el modelo ecológico de Bronfenbrenner, el modelo interpretativo de factores de riesgo/protección, el modelo del desarrollo positivo del adolescente, el modelo de promoción de la salud, el modelo de aprendizaje social y el modelo transteórico del cambio, “motivar es aumentar la probabilidad de que la persona siga unas acciones concretas cuyo objetivo es el cambio” (Becerro. MOTIVA, pág 14).

Respecto a la *POBLACIÓN DIANA* del programa PASE, está claro que el grupo o personas destinatarias de la intervención que posibilita el desarrollo y seguimiento del Programa de Atención SocioEducativa- PASE, son los/las menores adolescentes (mayores de 14 años y menores de 18) que han recibido una multa por consumo o tenencia de drogas, pero también lo son sus familias.

El perfil de menores y adolescentes consumidores nada tiene que ver con las personas adultas si no que son consumos con las siguientes particularidades:

- Se inician en el consumo a una edad muy temprana.
- Dependen económicamente de la familia.
- Normalmente existe un consumo asociado al tiempo de ocio y al grupo de iguales.
- Pueden ser consumos esporádicos o más instaurados.
- Raramente van a presentar criterios propios de una dependencia.

A esto hay que añadir que la valoración subjetiva del cannabis y la marihuana como sustancias naturales, unida a su banalización y la normalización en determinados entornos, favorecen los consumos. A esta situación también hay que sumar la fácil accesibilidad a dichas sustancias, por lo que el consumo está socialmente integrado en los ámbitos en los que se relacionan. En nuestro entorno, un elemento importante que ha facilitado la accesibilidad, es el cambio de consumo de hachís a marihuana, en muchos casos procedente del cultivo propio de entornos cercanos.

Respecto a los *OBJETIVOS GENERALES del Programa PASE*, los podemos concretar en cuatro:

Ofrecer una respuesta integral e igualitaria de intervención desde los diferentes servicios y/o entidades para menores de edad sancionados por consumo de drogas con la finalidad de disminuir los riesgos asociados a dicho consumo, apoyándoles en su proceso de maduración personal y social.

Detectar e intervenir en casos de consumos de menores, favoreciendo la aproximación del menor y la menor adolescente y su familia a los recursos de la red socio-sanitaria.

Capacitar a los y las adolescentes para prevenir consumos y comportamientos de riesgo y/o problemáticos.

Apoyar, asesorar y capacitar a padres, madres y adultos de referencia de los y las menores de cara a prevenir estos consumos y/o comportamientos de riesgo y/o problemáticos.

Para exponer los resultados del segundo objetivo de esta comunicación: Analizar la casuística de los diez primeros meses de la puesta en marcha del Programa; haremos dos apartados diferentes. Uno referido al perfil de los y las menores denunciados y otro al proceso de intervención, desde la denuncia hasta el informe de cierre del expediente en los casos que ya han finalizado.

#### *PERFIL DEL/LA MENOR SANCIONADO/A*

En el periodo analizado, el número de sanciones o expedientes de PASE, ha sido de **40**, que se atribuyen a **37 menores**, 2 de ellos reincidentes (uno de ellos 3 veces).

La totalidad de las sanciones están relacionadas con el consumo y/o tenencia de cannabis o sus derivados en la vía pública. En el 90% (36) de los casos la cuantía de la multa ha sido la mínima, 601€, y de los cuatro restantes, tres de 701€ y uno de 2001€.

Respecto de la edad y sexo de los y las menores atendidos señalamos que se trata de 33 chicos y 4 chicas con una media de edad de 16,43 años. Del origen de las familias diremos que el 86% (32) de las familias de dichos menores son de origen español y el 14% restante está compuesto por 3 familias de origen latinoamericano, una marroquí y otra ruso.

Sobre la localidad de residencia encontramos que la totalidad de los y las menores vive en Navarra (7 en Pamplona); salvo uno de ellos que, residiendo en Tarazona (Aragón), fue multado en Navarra. En este sentido, si tenemos en cuenta el lugar donde el menor es sancionado, hay que señalar que uno de los menores navarros, fue multado en Cantabria.

Si nos referimos al tipo de familia podemos señalar que el 59% de las familias (22) son familias “nucleares”, siendo dos de ellas reconstituídas. En el 32% de las familias (12) ha habido separación o divorcio, encontrando casos de custodia compartida, aunque en la mayoría la tienen las madres; y un 8% (3) de “familias extensas”.

En cuanto a la actividad que realizaba el o la menor en el momento de la sanción encontramos, que el 43% (16) cursa Formación Profesional (Básica o Taller profesional, Grado medio), el 41% (15) está en el instituto haciendo ESO o Bachiller y el 16% (6) manifiestan que no realizan ningún tipo de actividad.

Respecto a si los y las menores habían usado previamente recursos de la red, encontramos que en el 35% de los casos (13 menores) han utilizado y/o todavía están en recursos especializados (Salud mental, Suspertu, Hegoak, Berriztu...); tres de los cuales están en recursos residenciales. También destacaremos que en el 22% de los casos (8 menores) existían denuncias previas.

### *PROCESO DE INTERVENCIÓN*

Según el cuerpo de seguridad denunciante, encontramos que en el 87,5% de los casos (35 menores) ha sido la Policía Foral. El 12,5% restante lo conforman 2 denuncias de la Policía Nacional, otras dos de la Policía Municipal y una de la Guardia Civil.

El primer contacto del proceso con el PPDA fue realizado en el 68% (27) por la madre, 23% (9) por el padre, 5% (2) por profesionales y el 4% (2) por una tía en un caso y en otro es el menor mismo el que llama.

El tiempo medio desde la llamada de la familia hasta la primera entrevista realizada por el PPDA, analizado en 33 de los casos, ha sido de 7 días.

En cuanto a quienes asisten junto al menor o la menor a la primera cita en el PPDA, el 45% (18) son madres, el 43% (17) son ambos progenitores, el 5% (2) padres, otro 5% (2) las referentes educativas del recurso residencial donde residía el menor y en un 2% (1) el abuelo.

El recurso al que pertenece el profesional referente para el desarrollo del PASE ha sido en un 87% (35) el Servicio Social de Base del lugar donde reside el o la menor, en un 8% (3) son recursos residenciales (gestionados por entidades sociales: Sin Fronteras, Xilema y Nuevo Futuro) y en un 5% (2) Suspertu, programa especializado de apoyo a adolescentes y familias.

Los recursos comunitarios que han colaborado con estos servicios referentes han sido muy variados. Así, tenemos recursos como: C.A.F. (Centro de Atención a Familias), SEI (Servicio Socioeducativo Intercultural), Local Joven comunitario, Hegoak (servicio de acompañamiento en reducción de daños y riesgos), Asociación educativa Berriztu y SAPCs (Servicios de Acción Preventiva Comunitaria). Y también otros como: Albergues, Clubes de fútbol, asociaciones de voluntariado, Jubilotecas, Residencia de ancianos, Servicios de jardinería, Protectora de animales...

Respecto a la duración e intensidad de la intervención, de las 40 denuncias analizadas (a fecha 29 de agosto) estaban finalizadas, mediante informe emitido por el profesional referente, 18, de los cuales 15 tienen dicho informe favorable (remisión de la sanción) y 3 desfavorable (ejecución de la sanción). El resto, 22 denuncias, estaban en proceso.

En los casos de informe favorable la media de días duración del PASE ha sido de 120 días y la media de horas de duración de 24 h.

De los tres casos de informe desfavorable, uno no ha cumplido el programa y los otros dos, aunque firmaron el compromiso de realización, no iniciaron el PASE. El tiempo transcurrido entre la firma del compromiso y el informe desfavorable ha sido de 245, 47 y 210 días, respectivamente.

## CONCLUSIONES

Destacamos la importancia del trabajo conjunto de tres Departamentos del Gobierno de Navarra.

El proceso colaborativo para la elaboración de la Guía del Programa ha supuesto la sensibilización y la formación de los y las profesionales que trabajan con menores y adolescentes y que son los referentes del PASE.

El proceso ha permitido también el poder consensuar metodologías y recursos poniendo en común las buenas prácticas que se realizan en Navarra. Igualmente, la puesta en marcha del programa ha conllevado una mayor implicación en y con la red de recursos comunitarios.

Los y las participantes son mayoritariamente hombres adolescentes con una media de edad de 16,43 años que en un alto porcentaje está estudiando Formación Profesional. Aproximadamente un tercio ha tenido contacto con recursos especializados y casi la cuarta parte denuncias previas por temas relacionados.

Mencionaremos también que a la primera cita acuden las madres casi el doble de veces que los padres.

Respecto del proceso destacamos satisfactoriamente el tiempo medio desde la llamada de la familia hasta la primera entrevista, que ha sido de 7 días. Se constata una homogeneidad en la duración de los programas terminados con informe favorable (3 ó 4 meses con una media de 24 horas por programa).

En los tres casos de informe desfavorable se da la circunstancia de que eran adolescentes con denuncias previas y/o que ya estaban en algún recurso especializado, lo que a nuestro parecer denota la importancia de la intervención temprana.

Así, podemos afianzar la hipótesis de que cuanto antes se detecten las problemáticas de consumo y más pronto se intervenga preventivamente menos posibilidades hay de tener problemáticas relacionadas en el futuro.

## BIBLIOGRAFÍA

- Arbex, Carmen. (2002) Guía de intervención: Menores y Consumos de drogas. ADES (Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales). JUMA. Madrid.
- Becerro, M<sup>a</sup> A., Garai, I., López de la Serna, A. MOTIVA. GUIA para manejar comportamientos problemáticos y consumo de drogas en adolescentes. Gobierno Vasco. Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales. Dirección de Drogodependencias. Hazkunde, S.L.
- Bernabeu, Jordi. Medidas educativas alternativas a adolescentes sancionados por consumo de drogas: ¿Educación o Reparación? [www.sobredroges.net](http://www.sobredroges.net), Julio 2012.
- BOE-A-2015-3442. Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana. Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, Sección de Promoción de la Salud y Salud en todas las Políticas. III Plan de prevención: drogas y adicciones (PPDA). (2019). Guía para la implementación de Medidas Socioeducativas Alternativas por consumo y tenencia de drogas ilegales en menores de edad en Navarra. Programa de atención socioeducativa-PASE. Sin Publicar.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, (2011). European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals.
- Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, Sección de Promoción de la Salud y Salud en todas las Políticas (2019). III PLAN DE PREVENCIÓN: DROGAS Y ADICCIONES (PPDA). DL:NA-613/2019. Recuperado de <https://bit.ly/3hSYe0S>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad. (2013). Guía metodológica para la implementación de una intervención preventiva selectiva e indicada. ADES. Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales.
- Programa de Intervención con adolescentes y familias. Instituto Provincial de Bienestar Social. Diputación de Córdoba. Unidad de Drogas y Adicciones del IPBS de Córdoba.



**ANEXO - PROCEDIMIENTO IMPLEMENTACIÓN MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS. Metodología de intervención<sup>1</sup>**  
**ESQUEMA PASOS PROCEDIMIENTO**

PASO	TRÁMITE/ INTERVENCIÓN	QUIEN	A QUIEN SE ENVÍA	QUE SE HACE	LUGAR/MEDIO COMUNICACIÓN
1	Resolución Inicio Procedimiento sancionador y propuesta medidas alternativas	DGI	Menor y representante legal	Enviar Resolución y modelo de Declaración de compromiso.	Carta Certificada (plazo 15 días para pedir cita)
2	Petición Cita	Menor y representante legal	PPDA	PPDA: Recoge la llamada Registra la información	Llamada telefónica
3	Cita en PPDA	- Menor y representante legal - Técnico/a PPDA		Atender/Explicar situación <b>Firma compromiso</b> <b>Valoración Inicial</b> Comunicar a DGI	En C/ Leire nº 15 E mail
4	2 semanas máximo	PPDA		Contacto y envío de valoración inicial al Servicio y/o entidad	E-mail, teléfono, etc.
5	Cita con Referente del PASE	-SERVICIO o ENTIDAD - Menor y representante		Planificación: <b>Inicio y firma del PASE</b> y comunicación al PPDA	En C/ Leire o en Servicio o Entidad
6	<b>Copia PASE</b> y Compromiso	PPDA	DGI	DGI dicta Resolución de Suspensión de la Multa	E-mail
7	Seguimiento que se establezca	PPDA y Referente del <b>PASE</b>	PPDA	COORDINACIÓN Informes	E-mail, tlf
8	Valoración final	Referente del <b>PASE</b>	PPDA → DGI	Informe Favorable Cumplimiento/Continuidad Informe no favorable Incumplimiento/Abandono	E-mail
9	Fin de proceso	DGI	Menor y representante legal	a. Favorable (remisión de la sanción)  b. Desfavorable (imposición de sanción)	Carta Certificada

INTERVIENE SERVICIO

<sup>1</sup> Esquema extraído de la GUÍA para la Implementación de Medidas Socioeducativas Alternativas por consumo y tenencia de drogas ilegales en menores de edad en Navarra. PROGRAMA DE ATENCIÓN SOCIOEDUCATIVA - PASE - . III PLAN DE PREVENCIÓN: DROGAS Y ADICIONES (PPDA) Sección de Promoción de la Salud y Salud en todas las Políticas. Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra



## ESTUDIO PILOTO DEL CUESTIONARIO DE CONSUMO, CULTIVO Y LEGISLACIÓN CANNÁBICA

Antonio Cervero<sup>1a</sup>, Noemí Sánchez-Nàcher<sup>2</sup>, Hugo Madera<sup>3</sup>, Héctor Brotons<sup>3</sup> y Mario Land<sup>3</sup>

<sup>1</sup> *Universidad de Oviedo*

<sup>2</sup> *Universitat de València y Universitat de les Illes Balears*

<sup>3</sup> *Observatorio Europeo del Consumo y Cultivo de Cannabis*

**Contacto:** [ancerverus@gmail.com](mailto:ancerverus@gmail.com)

## INTRODUCCIÓN

La prohibición del cultivo y consumo de cannabis parte de su inclusión en la lista de la Convención Única sobre Estupefacientes de las Naciones Unidas (United Nations, 1961), si bien los cambios legislativos que están llevando a cabo algunos países (Transnational Institute, 2019) y los nuevos estudios sobre las propiedades terapéuticas de la sustancia (Cervero, 2019; Zarranz-Imirizaldu, Franco-Gay, López-Vivanco, Ogando-Rodríguez y Del Arco-Ortíz de Zárate, 2018), han llevado al replanteamiento de su marco jurídico.

El cannabis, tanto en España como a nivel mundial, es la droga ilegal más utilizada, hasta el punto que 91,2 millones de ciudadanos europeos de entre 15 y 64 años dicen haberla consumido alguna vez en su vida, lo que supone un 27,4% de la población en ese contexto y rango de edad (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2019).

En España, este porcentaje asciende a un 35,2% para el año 2017, convirtiéndose en la cifra más alta de una serie histórica que no ha dejado de crecer, salvo con algún pico puntual, desde 1995 (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2019a).

Por otro lado, España se está convirtiendo en uno de los principales países productores de Europa (Galán, 2019), no habiendo conseguido alcanzar, sin embargo, un consenso para adaptar su legislación a las nuevas tendencias internacionales de signo más aperturista (Aguilar, Gutiérrez, Sánchez y Nougier, 2018). Esto genera un mercado ilícito que puede valorarse en cifras que oscilan entre los 1500 millones de euros anuales y los casi 2000 millones (Álvarez, Gamella y Parra, 2017), refiriéndose dicha estimación solamente a la venta de la sustancia y obviando otros mercados, como puede ser, por ejemplo, el del CBD.

En este contexto, se han realizado múltiples estudios a nivel nacional enfocados a conocer los perfiles de consumidores de cannabis y a describir los patrones de consumo de la población general, utilizándose fundamentalmente para estos fines las encuestas EDADES (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2019a) y ESTUDES (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2019b).

Así, en estos estudios de corte generalista se suelen incluir aspectos como la edad de inicio del consumo, encontrando que el primer contacto con la sustancia suele producirse en torno a los 18 años (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2019a), aunque en algunas investigaciones se adelanta a los 13 o a 14 años (Rodríguez, Bringas, Moral, Pérez y Estrada, 2012); o también, sobre la forma de consumo, siendo la vía de administración más habitual la intrapulmonar (fumada) al ser la más efectiva (Avello, Pastene, Fernández y Córdova, 2017), lo que no excluye otras de carácter más reducido como la vía oral (ingerida), generalmente a través de la preparación de aceites o dulces con el extracto de cannabis (Rodríguez, 2012).

Sin embargo, algunos principios que sustentan las bases teóricas de los instrumentos utilizados, parecen mostrar un cierto sesgo, al basarse en un modelo que considera el consumo de cannabis, sea cuales fueren sus características, como un problema de adicción o, al menos, de abuso de sustancias. Esto puede apreciarse, por ejemplo, en la inclusión del cannabis en el apartado de otro tipo de drogas, donde se asocia con la cocaína, el éxtasis, la heroína, etc.; en el marcado carácter ilegal de la sustancia, con preguntas como: ¿la probarías si fueses legal?; en la existencia de ítems que sugieren consumo abusivo, como: ¿ha fumado cannabis estando solo?; en la inclusión de ítems sobre los efectos indeseados del consumo (¿ha tenido problemas de memoria al fumar cannabis?), sin incorporar cuestiones sobre posibles efectos deseados o terapéuticos; o en el carácter inherentemente adictivo del consumo (“En los últimos 12 meses, ¿has iniciado algún tratamiento para dejar o reducir el consumo de hachís o marihuana?”) (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2019b).

A esto se suman algunos problemas a la hora de operativizar ciertas variables. Así, por ejemplo, aunque suele ser común encontrar algunos datos relativos a la cantidad consumida, se utilizan mayormente medidas indirectas como el número de porros (Alfonso, Huedo-Medina y Espada, 2009; Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2019b), lo que dificulta la comparación de resultados debido a su carácter subjetivo.

Y, por último, no se incluyen aspectos relevantes como la diferencia entre un consumo lúdico o terapéutico, ni se recaba información sobre la forma de obtención de la sustancia, lo que no solo puede aportar datos relevantes de cara a analizar las características del consumidor y la finalidad del consumo, sino también de las consecuencias de las políticas preventivas vigentes en la actualidad.

Teniendo en cuenta todo ello, y con el fin de solventar estos problemas, se ha implementado un cuestionario, diseñado ad hoc, basado en las pruebas mencionadas: la Encuesta sobre Alcohol y Otras Drogas en España (EDADES) (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2019a) y la Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2019b), además del cuestionario sobre aspectos relacionados con el consumo de drogas de Amigó (Amigó y Seshadri, 1999).

Así, este instrumento no solo pretende complementar la información de los estudios realizados limitando los sesgos apriorísticos, sino que incorpora algunos aspectos que van más allá del objeto de estudio de los primeros, como aspectos relacionados con el cultivo o aspectos normativos propios de una posible regulación que tome como modelo la legislación que han ido aprobando países como Uruguay, Australia, Canadá, Chile o Portugal (Aguilar, Gutiérrez, Sánchez y Nougier, 2018).

## **OBJETIVOS**

Teniendo esto en cuenta, el objetivo del presente estudio pasa por presentar el cuestionario sobre consumo, cultivo y legislación cannábica, diseñado para obtener información sobre las personas usuarias de cannabis y sus pautas de consumo, así como por realizar un análisis de algunos resultados preliminares obtenidos tras su implementación.

## **METODOLOGÍA**

### ***Muestra***

La muestra está compuesta por 944 personas, con un cierto predominio de hombres (62,5%) sobre mujeres (36,6%), si bien este hecho se corresponde con el mayor porcentaje de consumo de cannabis por parte de los hombres que suelen mostrar los estudios realizados (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2019a). La edad media es de 33,97 años (DT=9,609), aunque la moda se sitúa en los 24 años y se trata principalmente de sujetos solteros (59,7%) o casados/parejas de hecho (30,6), estando el resto en otras situaciones de convivencia.

En cuanto a la formación académica, el nivel de estudios más representado es el correspondiente a la educación secundaria, que incluye tanto los estudios de Educación Secundaria Obligatoria, como los estudios de Bachillerato o los Ciclos Formativos (48%), seguido del nivel universitario (43,6%), que engloba tanto a los diplomados, como a los licenciados o graduados. Finalmente, respecto a la situación laboral, un 54,6% trabaja por cuenta ajena, un 20,9% por cuenta propia, un 12,5% está desempleado y el resto en otro tipo de situaciones (estudiantes, jubilados/pensionistas...).

### ***Instrumento***

El instrumento se compone de cinco bloques, siendo el primero relativo a datos personales y sociodemográficos, donde se pregunta específicamente sobre aspectos como: sexo, edad, estado civil, nacionalidad, situación de convivencia, nivel de estudios y situación laboral.

El segundo bloque hace referencia a cuestiones sobre consumo, en el cual se incluyen ítems sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida o en los últimos doce meses, la percepción del perfil de consumidor (no consumidor, ocasional, habitual, regular o diario), la cantidad diaria y mensual

consumida (especificada en gramos), la modalidad de consumo (lúdico o recreativo), el tipo de producto consumido (marihuana, extractos sin solventes tipo hachís, extractos con solventes tipo BHO, CBD u otros), la edad de inicio de consumo, la vía de administración de la sustancia (fumada con tabaco, fumada sin tabaco, vaporizada, oral en comestibles, oral en tinturas como disuelto en aceites o alcohol, u otros medios) y el modo de obtención de la misma (ya sea en el mercado ilícito, las asociaciones o clubes cannábicos o mediante autocultivo).

El tercer bloque pregunta por las motivaciones de consumo e incluye variables que han podido influir en el inicio del consumo y en su mantenimiento, tales como: por experimentar placer o disfrute, por curiosidad, para integrarse socialmente, para sentirse libre, etc.

El cuarto bloque recoge información sobre los efectos percibidos y la sensación de control. En el primer caso, se utiliza una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos, de acuerdo con el siguiente baremo: 1.- Muy negativos, 2.- Negativos, 3.- Sin efectos, 4.- Positivos y 5.- Muy positivos, referida a variables como: efectos en el bienestar emocional, en el grado de seguridad en uno mismo, en el grado de conocimiento sobre uno mismo, en las relaciones personales, en la capacidad de atención y concentración, etc. En el segundo, se pregunta directamente por el grado de control percibido sobre el uso de cannabis, teniendo también que responder en función de una escala tipo Likert, en esta ocasión de 4 puntos (1.- Ninguno, 2.- Poco, 3.- Bastante y 4.- Total).

Finalmente, el quinto bloque hace alusión a diferentes aspectos relacionados con una posible regulación del cannabis, dividiéndose este factor en varios subapartados. Un apartado introductorio sobre la necesidad de regular el uso del cannabis tanto en su vertiente terapéutica como recreativa y sobre las cantidades a poseer. Un primer subapartado sobre asociacionismo, con cuestiones como la pertenencia a asociaciones o clubes cannábicos, su papel en una posible regulación, los servicios ofrecidos o las obligaciones que deberían adquirir. Un segundo subapartado de cuestiones sobre el cultivo, que incluye información sobre si este es para uso personal o colectivo, si sus fines son estrictamente terapéuticos o las cantidades de posesión por cultivo que se considerarían adecuadas ante una supuesta regulación. Y un tercer apartado sobre modelo de negocio, que incluye cuestiones sobre la pertinencia de venta de productos con CBD o la regulación de los growshop, de los bancos de semillas y de las explotaciones con licencia.

### ***Procedimiento***

El cuestionario se ha implementado en formato on-line a través de la herramienta SurveyMonkey, especializada en aplicación de cuestionarios de este tipo, habiéndose difundido su enlace a través de asociaciones, growshops y revistas relacionadas con el sector del cannabis. Dicha aplicación informática permite, además, la realización de un cuestionario dirigido, en el cual la aparición de ítems se ajusta en función de las respuestas dadas en ciertos ítems llave, eliminando aquellos que resultan irrelevantes para la situación del encuestado.

### ***Análisis de datos***

Para la realización de los análisis de datos preliminares que se presentan en este estudio, se ha utilizado el paquete estadístico SPSS v. 24, realizándose análisis de tipo descriptivo.

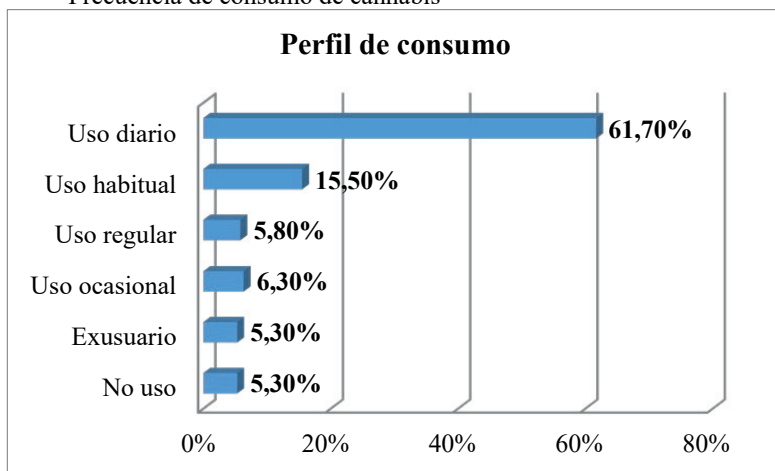
## **RESULTADOS**

Entre los datos más relevantes que se pueden mencionar sobre el perfil de las personas consumidoras de cannabis, están aquellos que sugieren que, en general, mantienen un consumo estable, ya que el 86,2% de la muestra señala haberlo consumido en los últimos doce meses.

En cuanto al perfil de consumo en función de la frecuencia, se aprecia mayormente un uso diario (61,7%) o habitual (un 15,5% dice utilizarlo al menos una vez por semana), consumiéndolo el resto de sujetos con menor frecuencia: uso regular (consumo de cannabis al menos una vez al mes), uso ocasional (consumo de cannabis con una frecuencia menor de una vez al mes).

*Tabla 1*

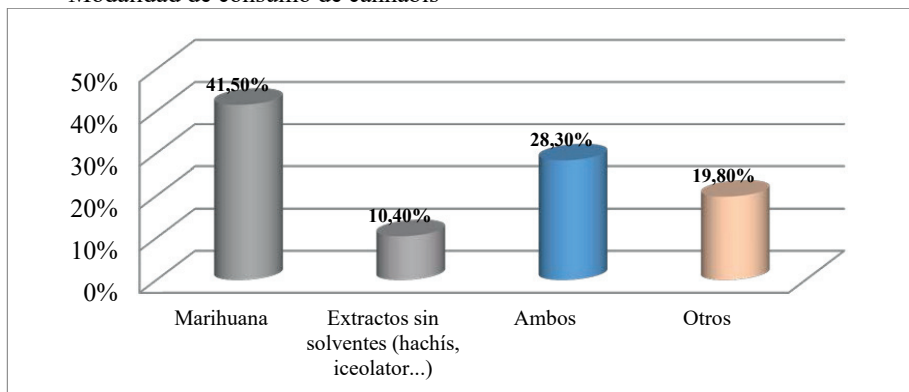
Frecuencia de consumo de cannabis



La modalidad de consumo de cannabis más habitual es en forma de flor o marihuana (69,8%) y en menor medida a través de extractos sin solventes (especialmente hachís), si bien en ocasiones se dan ambos tipos de consumo y en cantidades muy variables, ya que un 50,7% de la muestra manifiesta consumir menos de 30 gramos al mes y un 44,5%, más de 30 gramos al mes. De ellos, el 36,9% dice utilizarlo con fines terapéuticos o medicinales.

*Tabla 2*

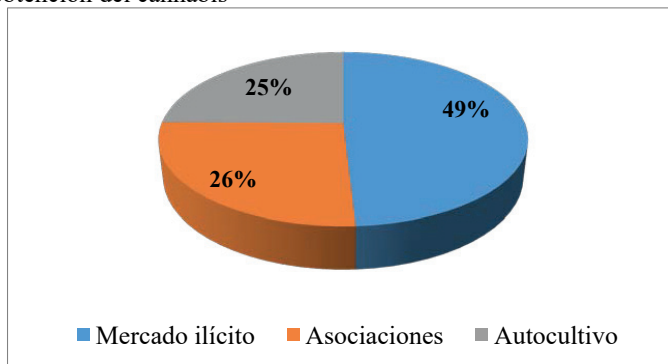
Modalidad de consumo de cannabis



Respecto a la forma de consumo, esta se lleva a cabo de forma prioritaria fumándola con tabaco (65,5%), siendo menor el uso de otros métodos, como pueden ser: el consumo fumado sin tabaco, vaporizado directamente o a través de aceites, oral en comestibles u oral en tinturas (disolviendo el cannabis en aceites o alcoholes). Y en cuanto a la forma de obtención, generalmente se adquiere tanto en el mercado ilícito (49,1%), como a través de asociaciones y clubes cannábicos (26,1%) o mediante autocultivo (24,8%).

Tabla 3

Forma de obtención del cannabis



Por último, cabe señalar como elemento relevante la edad en el inicio del consumo, resultando una media de 16,71 años, con una desviación típica de 5,48.

### CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos evidencian que consumir cannabis es una práctica extendida y arraigada en la sociedad y que, a diferencia de lo que plantean las creencias populares, existe un perfil de consumidor diverso, perteneciente a diferentes estratos socio-económicos, académicos, laborales y socio-culturales. No obstante, tratando de representar un perfil medio prototípico, este se correspondería en nuestra muestra con el de un varón de unos 34 años de edad, con estudios secundarios o universitarios y que trabaja por cuenta ajena.

Además, el consumo del cannabis se lleva a cabo de formas muy diferentes y con muy diversos fines en función del sujeto. Así, los resultados obtenidos referentes a la forma de consumo, concuerdan con los encontrados habitualmente en la literatura científica, que evidencian una preponderancia de la vía fumada, mezclando fundamentalmente marihuana con tabaco, sin que existan diferencias en función del sexo o de la edad (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2019b).

Más problema existe a la hora de comparar la cantidad consumida, pues como ya se ha mencionado, los instrumentos habitualmente utilizan la medida del número de porros, lo que impide un conocimiento exacto de la cantidad de sustancia utilizada. Así, se han publicado cifras que oscilan entre los 2,7 porros de media consumidos en el mismo día (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2019a) y los 3,4, mencionados por esta misma institución (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2019b). Sin embargo, la cantidad de sustancia utilizada puede variar enormemente de un sujeto a otro o si el porro se ha liado mediante una mezcla con tabaco o utilizando solamente marihuana, por lo que consideramos que una cuantificación a través de los gramos de sustancia administrada es mucho más operativa. En este sentido, la mayor parte de la muestra se puede catalogar como de pequeños consumidores, ya que se administran menos de un gramo diario o 30 mensuales, siendo muy minoritario el número de sujetos que consumen entre 5 y 10 gramos al día, y anecdótico el de los grandes consumidores (más de 10 gramos al día).

Por otro lado, la mayor parte de las personas usuarias obtienen la sustancia mediante el mercado ilícito, donde se desconoce la existencia del nivel de adulteración, con lo que se plantea un posible problema en el ámbito de la reducción de riesgos.

En definitiva, los niveles de consumo así como la finalidad y pautas del mismo, plantean el debate de hasta qué punto se debe legislar este fenómeno de forma punitiva, criminalizando una conducta



socialmente generalizada y que en muchos casos se desarrolla con un fin terapéutico o medicinal, pareciendo oportuno reflexionar sobre si sería necesario dar un giro a las políticas que regulan el uso de la sustancia.

A este respecto, no puede obviarse la definición de salud de la propia Organización Mundial de la Salud (OMS), que la define como “el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 1946, 1), lo que incrementa el carácter polémico de la cuestión.

## REFERENCIAS

- Aguilar, S., Gutiérrez, V., Sánchez, L., y Nougier, M. (2018). *Políticas y prácticas sobre cannabis medicinal en el mundo*. International Drug Policy Consortium: Londeres.
- Alfonso, J. P., Huedo-Medina, T. y Espada, J. P. (2009). Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia. *Anales de Psicología*, 25(2), 330-338.
- Álvarez, A., Gamella, J. F. y Parra, I. (2017). La legalización de los derivados del cannabis en España: hipótesis sobre un potencial mercado emergente. *Adicciones*, 29(3), 195-206.
- Amigó, S. y Seshadri, V. (1999). Consumo de cannabis: determinantes y consecuencias en una muestra de estudiantes valencianos. *Informació Psicológica*, 71, 66-71.
- Avello, M., Pastene, E., Fernández, P. y Córdova, P. (2017). Potencial uso terapéutico de cannabis. *Revista Médica de Chile*, 145(3), 360-367.
- Cervero, A. (2019). Cannabis y trastornos psicológicos. *Revista Española de Drogodependencias*, 44(2), 96-102.
- Galán, P. (2019). *Métodos de intervención política del cannabis e hipótesis de una posible legalización* (Trabajo Fin de Grado). Universidad de Valladolid, Valladolid.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2019a). *Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2017*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2019b). *ESTUDES 2018/2019. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2018*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2019). *Informe Europeo sobre Drogas. Tendencias y novedades*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de <https://bit.ly/2ASVqQF>
- Rodríguez, R. (2012). Los productos de cannabis sativa: situación actual y perspectivas en medicina. *Salud Mental*, 35(3), 247-256.
- Rodríguez, F. J., Bringas, C., Moral, M. V., M., Pérez, B. y Estrada, C. (2012). Consumo de sustancias psicoactivas y delito: análisis de la relación entre edad de inicio y reincidencia. *International Journal of Psychological Research*, 5(2), 58-65.
- Transnational Institute. (2019). *Cannabis en la ciudad: avances en la regulación local del cannabis en Europa*. Amsterdam: Transnational Institute.
- United Nations. (1961). *Narcotic Drugs, 1961*. Recuperado de <https://bit.ly/2AYr2oa>
- Zarranz-Imirizaldu, J. J., Franco-Gay, M. L., López-Vivanco, G., Ogando-Rodríguez, J. y Del Arco-Ortíz de Zárate, J. (2018). Aportación del uso medicinal de los derivados del cannabis: una revisión de su potencial eficacia clínica y riesgos. *Gaceta Médica de Bilbao*, 115(2), 83-95.



**INSEGURIDAD JURÍDICA EN LOS NEGOCIOS RELACIONADOS CON LA VENTA DE  
PRODUCTOS CON CBD: UN ESTUDIO DE CASO**

Marta De Luxán, Álvaro Zamora, Noemí Sánchez-Nàcher, Héctor Brotóns y Xabier Xubert

**Contacto:** [martadeluxan@gmail.com](mailto:martadeluxan@gmail.com)

A pesar de ser tendencia mundial, salir prácticamente en los medios de comunicación a diario, y ser incluso el nuevo ingrediente de moda de los productos de cosmética de todas las grandes marcas, el CBD sigue causando controversias.

Si bien su producción y comercialización proviene del cáñamo industrial, debido a sus similitudes morfológicas con el cannabis sativa L, y la dificultad de distinguir las flores de ambas a simple vista, incluso para un experto en la materia, lleva a las Fuerzas del Orden a realizar intervenciones, y aprehensiones, no solo en cultivos perfectamente legalizados, también en tiendas con Licencia en las que se venden flores aromáticas de cáñamo, o aceites con alto contenido en CBD.

El hecho de que esto suceda conlleva, tiene varias consecuencias, y todas de ellas negativas: un coste altísimo para el Estado en operaciones policiales, almacenaje de sustancia, analíticas, destrucción, costas judiciales, etc... y todo ello para que en la mayoría de casos, las causas se sobreesen sin ni tan si quiera, llegar a Juicio.

Pero ¿quién es el mayor perjudicado de estas intervenciones de productos legales e incautaciones de cultivos de variedades de cáñamo industrial certificadas? Agricultores que han visto como la Guardia Civil o el Seprona arramplaba con sus cultivos legales (con grandes inversiones de tiempo y dinero), sin previo análisis, algunos agricultores han sido detenidos, algunos incluso enviados a prisión preventiva, personas que han invertido en una tienda, que desempeñan una actividad legítima, y que ven como sin juicio previo, pierden, en muchos casos toda la inversión realizada, por no hablar de que encima, se les generan nuevos gastos de defensa.

El desconocimiento, la desinformación y el vacío legal en el que se encuentran estos empresarios es tal, que, por poner un ejemplo, la UDYCO de Toledo ha llegado a iniciar una investigación contra una empresa totalmente lícita (un Laboratorio de Análisis), manifestando en su Atestado que si el THC supera el 0,001 de THC, es cannabis sativa L y que es ILEGAL, procediendo a la detención de varias personas, basándose en una Sentencia del Tribunal Supremo, nada menos que del 2005. A pesar de que las detenciones se produjeron en el 2018, a día de hoy, ni tan si quiera se les ha tomado declaración en el Juzgado, pero la causa continúa abierta, a pesar de que la Policía lo único que descubrió fue que se trataba de un Laboratorio de Análisis de verdad y no de Producción como ellos de forma absolutamente gratuita y sin sentido, habían concluido, con lo que supone la pena de banquillo para unas personas que no han cometido delito alguno.

Otro ejemplo, es que recientemente, en una causa seguida contra una tienda que vendía productos de CBD; y que fue objeto de intervención en 2018, hemos recibido un **Informe del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses de fecha 2 de junio de 2020 en el se expone la siguiente conclusión:**

*“En todas las muestras en las que se detecta CBD y THC, el área obtenida de CBD es muy superior al área obtenida de THC. Éstas muestras, cuando tengan el THC menor de 0,2, se pueden considerar cannabis industrial o fibra de cannabis.”*

A pesar de que en la analítica ninguna muestra excede del 0,2 % de THC y de la citada conclusión, el Juez Instructor aprecia que los hechos podrían ser subsumibles en el delito contra la salud pública del artículo 368 del Código Penal, y dicta Auto transformando la causa en Procedimiento Abreviado, dando traslado al Ministerio Fiscal a fin de que presente sus Conclusiones Provisionales.

Si bien nos queda la esperanza de que el Ministerio Fiscal venga a solicitar el sobreseimiento al apreciar que es cáñamo industrial tal y como ha dictaminado el Instituto de Farmacia y Toxicología, y por tanto, no se trata de una sustancia fiscalizada, nuestro cliente mientras tanto continúa con su

tienda precintada y su empresa paralizada, con todos los perjuicios que esto conlleva y que no hay necesidad de exponer de nuevo.

Y esta es la triste realidad con la que aún tienen que lidiar en 2021, los actores de esta industria emergente, en la que si bien desde el Estado se posibilita y facilita, la puesta en marcha de estos negocios, por la falta de regulación e información y desconocimiento de las Fuerzas del Orden, así como de los Organismos Judiciales y Ministerio Fiscal, nos encontramos con que sin respetar derechos tan básicos como la Presunción de Inocencia, se procede al cierre de empresas, eliminación de cultivos y una larga lista de atropellos.

Pero mientras que todo parecen dificultades para los pequeños empresarios, modestos cultivadores y emprendedores que deciden crear líneas de productos con CBD, o tiendas en las que vender los mismos, vemos como en la Industria de la Cosmética, prácticamente todas las grandes marcas del mercado, han sacado una línea, o al menos algún producto, en la que el ingrediente principal es el CBD, lo que nos lleva a preguntarnos, ¿de dónde procede el CBD que se utiliza para la elaboración de éstos productos de cosmética? La respuesta, como no puede ser de otra manera es que de cultivos de cáñamo industrial, lo que nos lleva inevitablemente a la siguiente pregunta; ¿alguna de estas “supermarcas” que ofertan productos con CBD han sufrido alguna de las dificultades a las que se siguen enfrentando a día de hoy, los pequeños emprendedores de la Industria del Cáñamo, al menos en España? Hasta donde alcanza mi conocimiento, la respuesta es no, a pesar de que si bien es cierto que no existe una regulación específica sobre el uso del CBD en cosmética, se aprueba la comercialización de los productos, siempre y cuando no tenga THC, no importando a priori si es o no inferior al ya conocido 0,2 %. Y no importando tampoco, el porcentaje de CBD que tiene el producto, lo cual obviamente da lugar a engaños, ya que como todo ingrediente, existe una cantidad mínima para obtener los efectos que prometen en las etiquetas de los productos, y al no estar regulado, obviamente no indican cuanto CBD llevan, y por ende, tenemos que creernos que llevan el suficiente.

La falta de una regulación específica, lleva a que los entes de esta industria, sobretudo los pequeños emprendedores, vivan en una inseguridad jurídica constante, cayendo en ese vacío legal que permite su existencia, y su destrucción a la vez, un sinfín de incoherencias que no hacen sino ralentizar el crecimiento de una industria emergente que sin duda acabará siendo absolutamente regulada y reportará grandes beneficios a la sociedad.

Es absolutamente necesario que se aborde la regulación de la producción, elaboración, comercialización, exportación, importación, etc, del CBD y productos derivados, a fin de proteger, no sólo a los empresarios, sino también a los consumidores finales, que actualmente adquieren productos, incluso de marcas prestigiosas, en las que en la etiqueta aparecen las siglas CBD, y ni si quiera están obligadas a indicar el porcentaje de CBD que tienen, ni de donde proviene, o que técnicas se han utilizado para su extracción, datos que parecen elementales y se nos niegan sencillamente, por la falta de regulación.



**APLICACIONES MÓVILES SOBRE CANNABIS. TIPOS Y CONTENIDO. CANNABIS Y  
PARADIGMAS DE PREVENCIÓN**

Cristina Cerquella Senecal<sup>1</sup> y Rosa María Díaz Beloso<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Instituto Psiquiátrico de Servicios de Salud Mental José Germain. Comunidad de Madrid

<sup>2</sup> Unidad de Hospitalización psiquiátrica de agudos Vigo. SERGAS

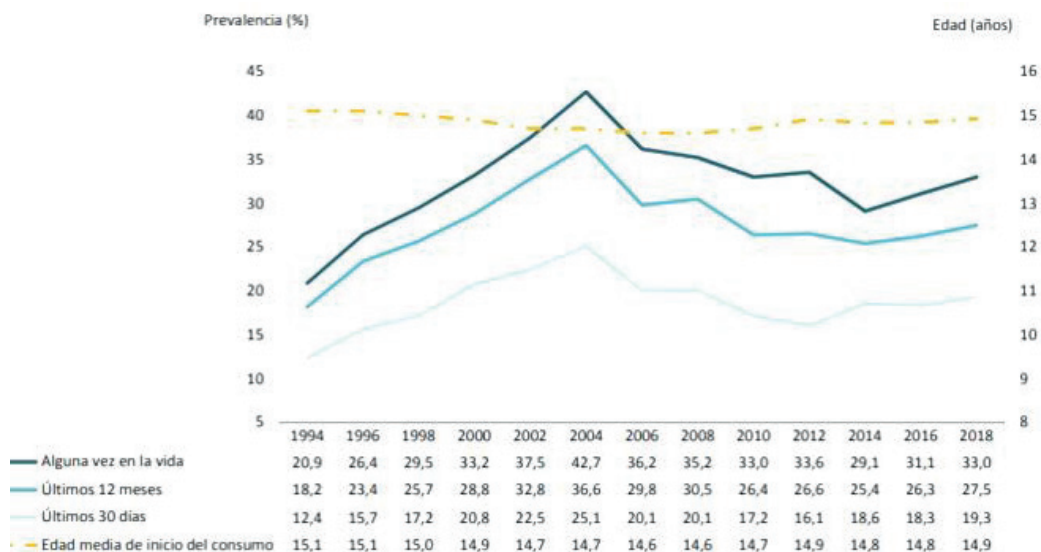
**Contacto:** [rosadiazbeloso@gmail.com](mailto:rosadiazbeloso@gmail.com)

## INTRODUCCIÓN

Según el informe mundial sobre las drogas, realizado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito UNOC (2018) unos 13,8 millones de jóvenes de 15 y 16 años consumieron cannabis en el 2015 en todo el mundo, lo que equivale a una proporción del 5,6%. Específicamente si hablamos Unión Europea, el 14,4 % de adultos jóvenes (de 15 a 34 años), consumieron cannabis el último año, siendo la proporción entre hombres y mujeres de dos a uno. En el caso del grupo de población más joven de 15 a 24 años, que incluye parte del periodo de la adolescencia, según el informe Europeo sobre drogas: tendencias y novedades (2019) el cannabis es la droga ilegal más consumida. En 2016 el 18% de las personas de 15 a 24 años de edad declara haber consumido cannabis en el último año, y un 9,3 % el último mes.

En España, y con datos recientes recogidos de febrero a abril del 2019, sobre una población de unos 30.000 estudiantes adolescentes (14 a 18 años) , según datos obtenidos de la encuesta ESTUDES (2018) el cannabis sigue siendo la sustancia psicoactiva ilegal con mayor prevalencia entre los estudiantes de 14 a 18 años. Casi un 28% de los encuestados admite haber consumido cannabis en los últimos 12 meses, siendo ésta la prevalencia más alta desde 2010. En cuanto a la edad de comienzo de consumo droga ,se sitúa antes de los 15 años.(Figura 1)

Figura 1. Evolución de la prevalencia de consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%) y edad media de inicio del consumo (años). España, 1994-2018.



Fuente: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Muchos estudios, señalan que el riesgo de inicio en el consumo de sustancias es mayor en los periodos de la adolescencia temprana que comprende el periodo desde los 12 a 14 años, y la denominada adolescencia media desde las 15 a los 17 años. UNOC (2018).

Entre los múltiples factores que pueden tenerse en cuenta para explicar la mayor vulnerabilidad de este grupo de población, podemos mencionar principalmente dos: el desarrollo psicosocial del adolescente, y el establecimiento de un proceso de comunicación en un entorno eminentemente digital o lo que se denomina “cibercomunicación”.



En primer lugar, como resultado del proceso de maduración, a nivel psicosocial en el adolescente tienen lugar el desarrollo de procesos fundamentales para su personalidad, como el logro de la autonomía, la búsqueda de la identidad, la capacidad de manejar las emociones, y las relaciones sociales. (Gaete, 2015)

En segundo lugar, en la sociedad actual, los adolescentes, acceden desde edades muy tempranas a un entorno digital, donde se socializan y donde el manejo de las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) juega un papel fundamental en su proceso de interacción social. Este proceso de cibercomunicación se realiza a través de diversos dispositivos, entre los que destaca el Smartphone, ampliamente extendido (Arab y Díaz, 2015). Según el INE (2017) el 92,4% de la población de 10 a 15 años usa el ordenador, un 95,1% se conecta a Internet y un 94,8% accede al teléfono móvil con 15 años (INE, 2018).

Estos dispositivos que tienen indiscutiblemente muchas ventajas y usos en diversos ámbitos relacionados con la educación, información, e incluso recientemente en el ámbito de la salud, también pueden dar acceso a prácticas de riesgo.

En la sociedad actual, existe una creciente preocupación por el uso patológico de las nuevas tecnologías, como Internet, que puede suponer una adicción en sí misma (Chóliz, y Marco, 2012), pero además también pueden dar acceso a nuevos patrones de consumo para drogas.

Según el informe denominado: "Jóvenes en el mundo virtual: usos, prácticas y riesgos" (Megías y Rodríguez San Julián ,2018), realizado en una población de más 1.400 jóvenes españoles (14 a 24 años) el 33% de los jóvenes reconoce acceder a "páginas donde la gente habla o comparte experiencias sobre el consumo de drogas" (Figura 2).

Figura 2. Páginas con contenido peligroso vistas en el último año



Fuente: La investigación "Jóvenes en el mundo virtual: usos, prácticas y riesgos".Mafre, Fundación Reina Sofía y la Fad

Estos dispositivos (Smartphone) incluyen las denominadas apps o aplicaciones móviles, que son softwares diseñados con temática muy diversa y entre los que se incluyen contenidos relacionados con varios aspectos del cannabis. El análisis de dichos contenidos, puede aportar información válida sobre las preferencias de los usuarios y sobre el comportamiento de uso del cannabis.

## **OBJETIVOS**

Analizar las aplicaciones del Smartphone relacionadas con los términos de búsqueda “marihuana” y “cannabis”.

Realizar una clasificación en función de los contenidos que ofrecen.

Identificar las características de acceso a las mismas.

Identificar cuantas de las aplicaciones existentes ofrecen contenidos relacionados con información sobre los efectos perjudiciales de su consumo para la salud, o riesgos de consumo.

Identificar otros aspectos como: las valoraciones de los usuarios y si el acceso a las mismas es gratuito o de pago.

## **METODOLOGÍA**

Estudio exploratorio de abordaje cualitativo.

Se realizaron búsquedas en las tiendas de aplicaciones de Google Play en Android (el 1 de julio del 2018), utilizando los términos “cannabis” y “marihuana”. En la búsqueda de todos los resultados que aparecían, se consensó como criterio de inclusión recoger solo las aplicaciones visibles en las 1-2 primeras pantallas, ya que según otros trabajos, como por ejemplo el trabajo de Grana y Ling, (2014) que analizaron la presencia en la web de los cigarrillos electrónicos, indican que los usuarios de los Smartphone suelen usar aquellas aplicaciones que aparecen en las dos primeras pantallas.

Se utilizó una guía de codificación elaborada “ad hoc” por los investigadores, consultando diversa bibliografía del tema.

Posteriormente, los dos autoras del estudio se descargaron 20 aplicaciones cada una, en función de los términos de búsqueda, es decir; una revisión de las aplicaciones con el término “marihuana” y la segunda las aplicaciones resultantes con el término “cannabis”. Las aplicaciones descargadas fueron tanto gratuitas como de pago.

El criterio de valoración de las aplicaciones se estableció en función de nombre de la aplicación, tipo de contenido que ofrecen, modalidad de pago o gratuidad, límite de edad, y calificaciones promedio de usuarios.

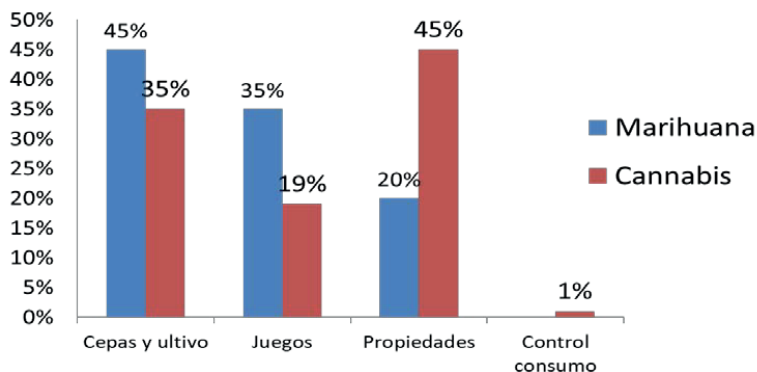
Para el cálculo de porcentajes calculamos las frecuencias, y se usó el programa Microsoft Excel para las tablas de codificación.

## **RESULTADOS**

Se analizaron 40 apps del total de aplicaciones disponibles encontradas en Google Play. Se valoraron 20 apps por cada término de búsqueda. Para el término “marihuana” las apps analizadas se clasificaron en tres grandes grupos: un 45 % aportaron información sobre cepas y cultivo de cannabis, un 35% de juegos y un 20% sobre datos del cannabis, como efectos, propiedades etc.

Los resultados para el término “cannabis” fueron cuatro grupos: un 35% ofrecieron información sobre aspectos relacionados con cepas y cultivos, un 19% tenían un contenido lúdico, de juego, un 45% aportaban información sobre propiedades de la planta y el último grupo, formado por una sola aplicación denominada “Quit Cannabis” tenía como objetivo el control del consumo, ya que consistía en un programa motivacional para dejar de fumar tanto cannabis como tabaco. (Figura 3)

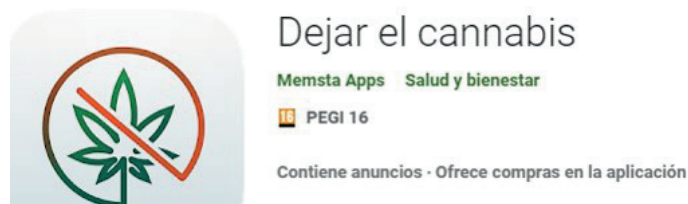
Figura 3. Clasificación de las apps por temáticas con los criterios de búsqueda marihuana y cannabis.



Para ello, la descripción que aparece en la propia aplicación es: *“un programa motivador que le anime a dejar de fumar cannabis y el tabaco, dirigido a los consumidores de cannabis a diario que han intentado dejar de fumar antes, pero fallidos, o un usuario actual que a menudo se siente en el interior profundo que quiere dejar de fumar y tomar el control de su vida. Si usted fuma o vaporizar, mezclar con el tabaco o la tienen pura, Quit Cannabis le ayudará a alcanzar su meta y adoptar un estilo de vida saludable.”*

La aplicación funciona introduciendo el usuario los parámetros que la app solicita sobre el hábito de uso del cannabis, y entre otros datos, se calcula cuánto tiempo y dinero se ha ahorrado. Además la aplicación incluye tutoriales sobre la meditación, técnicas de memoria, y de Programación Neuro Lingüística. (Figura 4).

Figura 4. Símbolo de la app Quit Cannabis



Fuente: Play Store.

En cuanto a la modalidad de pago, la mayoría un 85 % eran gratuitas.

La valoración de los usuarios de todas las aplicaciones, estaba entre las 4 y 5 estrellas, es decir media alta.

En función de la clasificación por edad, y contenido, Google Play informa en su página, que los responsables de asignar dicha clasificación son por un lado los desarrolladores de las aplicaciones y la Coalición Internacional de Clasificación por Edad (International Age Raitings Colaition, IARC). Además en cada país, las autoridades correspondientes determinaran el nivel de madurez que deben tener los usuarios que acceden al contenido de las aplicaciones. En España, dependen del Plan European Game Information o PEGI.

En este estudio el 80% utilizaban el código PEGI 18 (adultos) que se define como: “aquel que se aplica cuando la violencia alcanza un nivel tal que se convierte en una representación de violencia brutal, asesinato sin motivo aparente o violencia hacia personajes indefensos. La glamurización del uso de drogas ilegales y la actividad sexual explícita también deben incluirse en esta categoría de edad.”

El resto de aplicaciones, alrededor del 20%, se identificaban con el código PEGI 16, donde el uso de lenguaje incorrecto puede ser más extremo, mientras que los juegos de azar y el uso de tabaco, alcohol o drogas ilegales también pueden estar presentes. Es de señalar que dentro de este grupo, también encontramos incluida la aplicación *Quit Cannabis*.

## CONCLUSIONES

La mayoría de las aplicaciones analizadas eran gratuitas y tenían un contenido informativo sobre varios aspectos relacionados con la clasificación de las cepas, cultivo, etc y el resto eran de carácter lúdico o recreativo. Es importante señalar el gran número de aplicaciones que existen en el mercado, relacionados con el cannabis, juegos, etc. Esta tendencia puede reflejar por un lado el interés que existe en el mercado en desarrollar estos productos ante las diferentes perspectivas de una posible legalización del consumo y por otro lado, la aceptación que existe en relación al consumo de cannabis debido a la baja percepción de conducta de riesgo para la salud. Es una realidad, que los nuevos medios digitales y los dispositivos de uso para acceder a los mismos, pueden influir en la aparición de diferentes patrones de consumo de cualquier producto y también de los aspectos relacionados con el cannabis.

Creemos que el análisis de aplicaciones, como los juegos cuya temática está relacionada con este tóxico, en particular, podrían aportar información sobre la aceptación que puede haber a nivel social del consumo. También podrían ser útiles para la identificación de patrones de uso y determinar qué criterios son los que los usuarios tienen en cuenta para que unos sean mejor valorados que otros, especialmente los usuarios jóvenes a través de sus dispositivos Smartphone.

Además, sería importante valorar la utilización de estos medios digitales como soporte para el uso de herramientas que abarquen la prevención, tratamiento y seguimiento de los pacientes consumidores de marihuana. Para ello pensamos que podrían potenciarse la creación de apps desde el ámbito de la salud y desde al ámbito educativo, destinadas a la prevención del consumo de cannabis, y evaluar su efectividad a nivel de disminución del consumo o de cambio de percepción sobre los riesgos que supone el consumo de cannabis.

En este línea, ya hay una gran variedad de aplicaciones móviles que se han desarrollado con contenidos dirigidos a la prevención, y mejora de hábitos de vida y salud de la población, con cinco grandes campos para intervenir: promoción de la actividad física, de una dieta saludable (diabetes, obesidad), y otros problemas de salud, como problemas de salud mental, consumo de tóxicos, etc. (Martín et al., 2014).

En el artículo publicado por Dennis et al. (2015) sobre una muestra de 29 adolescentes, con una media de edad 16 años, y con consumo mayoritario de marihuana (41%), seguido de alcohol (38%) y otras drogas(7%), se concluyó en función de los resultados obtenidos, la viabilidad de usar teléfonos inteligentes para el monitoreo de la recuperación y el apoyo a los adolescentes, en el control de consumo de sustancias y con potencial para reducir el uso.

En este sentido, Informe Europeo sobre Drogas: tendencias y novedades (2019) contempla el uso de las nuevas tecnologías, como las intervenciones digitales o apps. Estas aplicaciones abordarían varios aspectos. En primer lugar servirían para la supervisión de pacientes e incluso el seguimiento de la administración de tratamientos. Y en segundo lugar a nivel preventivo, donde se realizaría una

función de asesoramiento e información, o abordaje de determinados comportamientos o costumbres sociales, para poder modificar las percepciones erróneas que los jóvenes pueden tener en relación con el consumo de drogas dentro de su contexto social más próximo, como podrían ser su círculo de amigos.

A nivel nacional, hay iniciativas como la app del 'Plan Nacional sobre Drogas' (Figura 5).

Figura 5. Símbolo de la app Plan Nacional sobre Drogas.



Fuente: Plan Nacional sobre Drogas .Ministerio de Sanidad.

Esta nueva aplicación, consta de tres módulos o apartados: información, testimonios y mapa de centros. En el primero, se dan a conocer todas y cada una de las drogas y sus consecuencias, así como información sobre qué se puede hacer ante la sospecha o evidencia de consumo por parte de un familiar o conocido y cómo deben reaccionar los padres ante signos evidentes de riesgo. En el módulo correspondiente al apartado testimonios, se incluyen una serie de declaraciones y exposiciones de expertos de "reconocido prestigio" que explican las distintas perspectivas del consumo de sustancias. Y, por último, en la tercera área se puede encontrar un mapa interactivo que permite localizar el centro terapéutico más cercano a la ubicación del usuario. Además, como material complementario se incluye un resumen de la legislación vigente especificando los delitos, penas y sanciones que supone el cultivo, elaboración, tráfico y posesión de drogas tóxicas ilegales.

## LIMITACIONES

Podemos señalar como limitaciones en este estudio en primer lugar, que solo se buscaron los dos términos (marihuana y cannabis) que los investigadores asignaron como los más comunes en la búsqueda de estas aplicaciones relacionadas con el tema, pero hay otros términos que pueden dar acceso a estas u otras aplicaciones con contenidos similares, como hachís, thc e incluso la combinación de varios términos. Por otro lado, además habría que considerar que puede haber usuarios que busquen directamente la aplicación que les interesa por el nombre concreto de la misma.

Otra posible limitación, tendría que ver con la gran variabilidad del mercado en cuanto a la aparición de nuevas aplicaciones con nuevos contenidos, en un mercado que está en constante evolución. Los contenidos analizados en este estudio, son el resultado de la búsqueda realizada en un momento determinado (1 de julio del 2018), es factible que algunas aplicaciones analizadas ya no existan y que se incorporen otras con contenidos diferentes.

## REFERENCIAS

- Arab, L. E., & Díaz, G. A. (2015). Impacto de las redes sociales e internet en la adolescencia: aspectos positivos y negativos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 7-13.
- de las Drogas, O. E. (2019). Informe Europeo sobre Drogas 2019: tendencias y novedades.
- Delito, O. D. (2018). Informe mundial sobre drogas 2018. Delito, O. D. (2018). informe mundial sobre drogas 2018.

- Dennis, M. L., Scott, C. K., Funk, R. R., & Nicholson, L. (2015). A Pilot Study to Examine the Feasibility and Potential Effectiveness of Using Smartphones to Provide Recovery Support for Adolescents. *Substance abuse*, 36(4), 486–492.  
<https://doi.org/10.1080/08897077.2014.970323>.
- Efectos sociales y para la salud del consumo de cannabis sin fines médicos. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, & 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*, 86(6), 436-443.
- Grana, R. A., & Ling, P. M. (2014). “Smoking revolution”: a content analysis of electronic cigarette retail websites. *American journal of preventive medicine*, 46(4), 395-403.
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2017). Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares.
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2018). Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares.
- McKay, FH, Wright, A., Shill, J., Stephens, H. y Uccellini, M. (2019). Uso de aplicaciones de salud y bienestar para el cambio de comportamiento: una búsqueda sistemática y calificación de aplicaciones. *JMIR mHealth y uHealth* , 7 (7), e11926.
- Megías Queirós, I., & Rodríguez San Julián, E. (2018). Jóvenes en el mundo virtual: usos, prácticas y riesgos. Madrid: Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud. FAD. Fundación Mapfre.
- Moreno, L. M. (2018). Informe ESTUDES 2018: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España.
- San Mauro Martín, I., González Fernández, M., & Collado Yurrita, L. (2014). Aplicaciones móviles en nutrición, dietética y hábitos saludables: análisis y consecuencia de una tendencia al alza. *Nutrición hospitalaria*, 30(1), 15-24.

## **DOCTORA, MI HIJO HA CAMBIADO**

Marta Díaz Varela (MIR IV Psiquiatría) y María Vidal Millares (FEA Psiquiatría)  
Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra (CHUP). Servicio de Psiquiatría

**Contacto:** [diazvarelamarta@gmail.com](mailto:diazvarelamarta@gmail.com)

## INTRODUCCIÓN

El cannabis es la droga ilegal más consumida en Europa en la población entre 15 y 34 años de edad, y España está entre los países que más consume. La investigación se ha centrado en los últimos años en el estudio de dos componentes psicoactivos: el  $\Delta^9$ -tetrahidrocannabinol (THC) - que a bajas dosis produce efectos ansiolíticos, y a altas dosis efectos ansiógenos y psicomiméticos - y el cannabidiol (CBD), que habitualmente tiene efectos ansiolíticos. Aunque a nivel neurobiológico existen aún muchos aspectos no aclarados en la asociación cannabis-esquizofrenia, es indiscutible la importante relación entre el consumo de cannabis y la aparición de síntomas psicóticos descritos en estudios poblacionales.

## OBJETIVOS

El objetivo de nuestra revisión sistemática consiste en discernir entre una psicosis tóxica y una psicosis primaria a través de la clínica y otro tipo de datos relevantes recogidos en la literatura.

## METODOLOGÍA

En base al caso clínico que exponemos a continuación, hemos realizado una revisión sistemática de la psicosis tóxica, especialmente la psicosis cannábica. Las palabras principales empleadas para la búsqueda fueron: (“toxic” OR “cannabis”) AND (“psychosis” OR “mental illness”). Nosotros empleamos las siguientes bases de datos: PubMed, Psycodoc y Cochrane Database para identificar los artículos más relevantes en los últimos años. Tan sólo han sido incluidos artículos en inglés y en español.

### Caso clínico

*Filiación y antecedentes.* Se trata de un varón de 15 años de edad que es remitido por heteroagresividad verbal en domicilio. Como antecedentes psiquiátricos personales destaca una atención urgente en mayo del 2019 por autorreferencialidad y conducta idiosincrásica tras posible abuso sexual (duchas de larga duración verbalizando sentirse sucio). Como antecedentes psiquiátricos familiares padre biológico consumidor de tóxicos y fallecimiento por suicidio consumado. El paciente inicia consumo de cannabinoides a los 13 años con incremento en el último año a 4-6 unidades al día. Consumo también intercurrente de metilenedioximentanfetamina (MDMA) en 3-4 ocasiones.

*Examen mental.* A la exploración el paciente se encuentra consciente y orientado en las tres esferas. Al inicio de la entrevista el paciente se muestra abordable y colaborador, pero a medida que se realizan preguntas más directas se torna irritable, amenazante, nos interrumpe y comienza un discurso disgregado por momentos, pero del que se puede extraer un significado global, centrado principalmente en su infancia, con numerosas asociaciones laxas y pérdida del hilo directriz ocasional. También se objetivan bloqueos del pensamiento en el contexto de probable actividad alucinatoria. Presenta déficits cognitivos temporales (no es capaz de describir qué ocurrió cuando su padre murió por suicidio, teniendo una idea vaga y confusa). Su ánimo es ligeramente ansioso y lábil. No ideas de muerte ni ideación y/o planificación autolítica estructurada. Ideación delirante autorreferencial y persecutoria con sensación de que lo miran mal o hablan mal de él. Vivencias de despersonalización yoica y corporal con signo del espejo. Inquietud psicomotora llegando a la heteroagresividad física en domicilio, así como en el box donde es atendido. Conciencia relativa de enfermedad.

*Pruebas complementarias.* Analítica de orina para tóxicos positiva a benzodicepinas y a cannabis.

*Evolución.* Rápida remisión de sintomatología psicótica tras la instauración de pauta neuroléptica y abstinencia. Se mantiene estabilidad psicopatológica en el seguimiento en consultas.



## RESULTADOS

### Psicosis tóxica (inducida por cannabis)

- Se producen asociados a estados de intoxicación o abstinencia.
- Cese tras varias semanas de abstinencia.
- Psicopatología marcada por ideas delirantes de persecución, alucinaciones visuales, ansiedad, labilidad emocional, despersonalización, desorientación y amnesia posterior del episodio (Chopra y Smith, 1974, Chaudry y cols., 1991; Talbott y Teague, 1969).

### Psicosis primaria

- La psicosis puede preceder al inicio del consumo de alguna droga o producirse tras largos periodos de abstinencia.
- En la psicopatología no se observa confusión ni amnesia. (Andreasson, 1987)

## CONCLUSIONES

Por la clínica expuesta y la evolución de nuestro caso clínico nos inclinamos hacia una psicosis tóxica, inducida por cannabis, aunque también es necesario destacar la presencia de otros síntomas más propios de una psicosis primaria como son las alucinaciones auditivas.

Hemos considerado este caso clínico de interés ya que la psicosis tóxica (en este caso inducida por cannabis) sigue siendo en el momento actual un diagnóstico muy controvertido a pesar de que la terminología aparece descrita desde 1994 en el DSM IV, para, según los autores, facilitar el diagnóstico diferencial con la esquizofrenia. Pese a que a nivel teórico se puede realizar una buena diferenciación, en la práctica clínica habitual es difícil la misma y, con frecuencia, las psicosis en consumidores de cannabis son indistinguibles de otras psicosis por tóxicos y de un brote esquizofrénico. Las características que ayudan más a diferenciar una psicosis relacionada con el consumo de una esquizofrenia son los antecedentes familiares de drogodependencias como bien observamos en nuestro caso clínico (Caton, Drake, Hasin, Domínguez, Shrout y Samet, et al., 2005) o la personalidad previa (Núñez y Gurpegui, 2002).

## BIBLIOGRAFÍA

- Gonzalvo, B., Barral, C., Grau-López, L., Esteve, O. y Roncero, C. (2011). Comorbilidad psiquiátrica en adolescentes consumidores de cannabis. *Trastornos Adictivos*, 13 (3), 109-112.
- Dean, K. y Murray, R. M. (2005). Environmental risk factors for psychosis. *Dialogues Clin Neurosci*, 7, 69-80.
- López-Pelayo, H., Miquel De Montagut, L., Casajuana Kögel, C. y Balcells Oliveró, M. (2018). Posverdad del consumo de cannabis: de regreso a la medicina basada en la evidencia. *Adicciones*, 30 (4), 237-242.
- Arias Horcajadas, F. (2007). Revisión sobre el consumo de cannabis como factor de riesgo de la esquizofrenia. *Adicciones*, 19 (2), 191-204.

- Pérez Roldán, M.L. y Seré L. (2014). Psicosis y cannabis: ¿es el cannabis una causa de psicosis? *Alcmeon. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 19 (1), 85-90.
- T. Pearson, N. y H. Berry, J. (2019). Cannabis and Psychosis Through the Lens of DSM-5. *International Journal of Environmental Research and public Health*, 16, 41-49. doi: 10.3390/ijerph16214149.
- Andreasson, S., Allebeck, O., Engstrom, A. y Rydberg, U. (1987). Cannabis and schizophrenia: a longitudinal study of Swedish conscripts. *Lancet*, 2, 1483-1486.
- Benes, F.M. (2007). Searching for unique endophenotypes for schizophrenia and bipolar disorder within neural circuits and their molecular regulatory mechanisms. *Schizophr Bul*, 33, 932-937.
- DSM IV-TR. (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. *Masson, S.A.* Barcelona.
- Núñez Domínguez, L.A. (2007). Psicosis Cannábica ¿si o no? En: Aspectos Psiquiátricos del consumo de cannabis. Coordinador: José Antonio Ramos Atance. *Sociedad Española de investigación en cannabinoides (SEIC)*, 5, 79-92.
- Ujike, H. (2002). Stimulant-induced psychosis and schizophrenia: the role of sensibilization. *Current Psychiatry Report*, 4, 177-184.
- Smith, D.E. (1968). Acute and chronic toxicity of marijuana. *J. Psychodel Drug*, 2, 37-47.
- Palomo, T., Gorriti, M.A., Ponce, G., Archer, T., Jiménez Arriero, M.A. (2001). De la investigación básica sobre los cannabinoides al estudio de las alteraciones clínicas asociadas a su consumo. En: Avances Neurocientíficos y Realidad Clínica III, Trastornos adictivos, (Palomo, T., Beninger, R.J., Jiménez-Arriero, M.A.A, Archer, T., eds). *Fundación Cerebro y Mente. Editorial Síntesis*, 197-223.
- Pistis, M., Perra, S., Pilolla, G., Melis, M., Muntoni, A.L. y Gessa, G.L. (2004). Adolescent exposure to cannabinoids induces long-lasting changes in the response to drug of abuse of rat midbrain dopamine neurons. *Biol Psychiatry*, 56, 86-94.
- Labad, J. Retos y perspectivas en la psicosis incipiente. (2016). *Informaciones Psiquiátricas*, 226, 105-126.

## **EL USO DEL CANNABIS EN EL DOLOR NEUROPÁTICO: UN ESTUDIO DE CASO**

Juan Elorriaga<sup>1</sup>, Antonio Cervero<sup>2</sup>, Noemí Sánchez-Nàcher<sup>3</sup>, Héctor Brotons<sup>1</sup> y Hugo Madera<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Observatorio Europeo del Consumo y Cultivo de Cannabis*

<sup>2</sup> *Universidad de Oviedo*

<sup>3</sup> *Universitat de València y Universitat de les Illes Balears*

**Contacto:** [direccion@diosaplanta.com](mailto:direccion@diosaplanta.com)

## INTRODUCCIÓN

El cannabis es la droga ilegal más consumida tanto en España como a nivel mundial. De hecho, solamente en Europa, 91,2 millones de personas manifiestan haberla consumido alguna vez en su vida, lo que se corresponde con un 27,4% de la población entre los 15 y 64 años de edad (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. 2019). En España, por su parte, un 18,3% de la población entre los 15 y 64 años, manifiesta haberla consumido en el último año, si bien existen notables diferencias en función del sexo, de forma que mientras que en las mujeres este porcentaje se reduce al 11,5%, en los hombres asciende al 25%.

No obstante, uno de los problemas que se derivan del estudio de este consumo en un contexto social generalizado, es que rara vez se tienen en cuenta las motivaciones de consumo en el análisis de los perfiles de consumidor, incluyéndose a los usuarios lúdicos y a los usuarios terapéuticos bajo una misma etiqueta de consumidores.

La amplitud y diversidad de artículos que podemos encontrar en la literatura científica sobre uso de cannabis sí incluye, sin embargo, un cierto número de investigaciones referidas a sus usos terapéuticos, aunque en este caso podríamos diferenciar entre las investigaciones referidas a patologías físicas y aquellas de orden psicológico.

Así, entre las patologías físicas, se pueden mencionar las que cursan con dolor crónico (Khaiser, 2017; Muñoz, 2015) y en las cuales los efectos analgésicos del consumo de cannabis (Urigüen, Ortega y Callado, 2009) pueden causar cierto alivio; las enfermedades neurodegenerativas con todos sus problemas asociados (Suero-García, Martín-Banderas y Holgado, 2015); los trastornos epilépticos (Orrin, 2017), siendo especialmente relevante el uso de cannabis en ciertas formas de epilepsia refractaria; o el glaucoma (Márquez, 2020).

Por otro lado, entre los efectos estudiados del cannabis en patologías mentales, se pueden observar efectos en trastornos de tipo ansioso, como el trastorno de estrés postraumático (Rojas-Jara et al., 2019) o aquellos derivados de una desregulación de la emoción de miedo, cuya reducción puede intentar regularse a través del consumo de cannabis (Kogam y Mechoulam, 2007).

Esta diferenciación, sin embargo, tiene un carácter más analítico que práctico, pues si tomamos la definición de salud planteada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que refiere que: "la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS, 1946, 1), ya podremos apreciar que ambos se interrelacionan e influyen mutuamente.

Y, en este contexto, no es extraño que pacientes con diferentes trastornos o sintomatología mixta, física y mental, en los cuales los tratamientos o intervenciones no han sido todo lo exitosos que sería deseable, busquen una alternativa utilizando estrategias de automedicación en las que el cannabis puede ocupar un lugar prioritario.

Ello, con un problema añadido, tanto a nivel terapéutico como de estudio, como es el hecho de que si bien en condiciones de investigación se utilizan principios y dosis establecidos y determinados, no ocurre lo mismo con el cannabis utilizado por los pacientes en condiciones naturales y sociales, siendo la disponibilidad y características del cannabis utilizado muy variable.

Tomando este marco de referencia, en el presente estudio analizaremos el caso de Juanma, un paciente que sufrió una tetraplejía a raíz de un accidente ocurrido cuando tenía 19 años y cuya evolución evidencia la existencia de una sintomatología múltiple que, según refiere, mejora con el consumo de cannabis.

## **OBJETIVO**

Teniendo todo ello en cuenta, el objetivo del presente estudio se corresponde con un estudio de caso en el que analizaremos algunos aspectos relativos al diagnóstico psicológico del paciente, su evolución y la influencia en su estado del uso del cannabis, planteando algunas conclusiones sobre los beneficios y costes asociados a dicho consumo.

## **METODOLOGÍA**

Para la evolución de la situación actual se han aplicado varias pruebas, constatando no obstante que existe una mejora sustancial respecto al momento más crítico de la situación. Esto es especialmente relevante teniendo en cuenta el amplio tiempo transcurrido desde el accidente que desencadenó la situación del paciente.

En primer lugar se aplicó una entrevista diagnóstica en profundidad, donde se analizó tanto información previa al momento del accidente como posterior a él y que hacía referencia a su situación personal, familiar, social, académica... En la misma, se profundizó posteriormente recopilando información sobre el accidente, estado posterior, evolución, tratamiento y, finalmente, sobre la evolución de los síntomas, tantos físicos como psicológicos, a lo largo del tiempo.

Con la información obtenida resultó pertinente la utilización de pruebas que midieran de forma más precisa los síntomas ansiosos y anímicos del paciente, con lo que se utilizaron el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (SSI).

El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), diseñado por Beck con el fin de valorar la intensidad y gravedad de los síntomas ansiosos, se compone de 21 ítems que detallan diferentes síntomas de ansiedad, existiendo tanto componentes físicos (temblor de piernas, palpitaciones o taquicardia...) como psicológicos (incapacidad para relajarse, miedo a que suceda lo peor...). La escala de respuesta se corresponde con un baremo cuyas puntuaciones oscilan entre 0 puntos (en caso de ausencia del síntoma) y 3 (si existe afectación severa, con dificultad extrema para soportar el síntoma asociado) y la puntuación global puede desglosarse en dos campos (síntomas físicos de ansiedad o ansiedad subjetiva y pánico). La puntuación final del test se obtiene por el sumatorio de los valores de los ítems, pudiendo estar por tanto la puntuación final en un rango entre 0 y 63 puntos e indicando un mayor valor una sintomatología más acusada. Aunque no existen puntos de corte establecidos, algunos estudios como el de Somoza, Steer, Beck y Clark (1994) han propuesto una puntuación de 26 para discriminar el trastorno de pánico.

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) en su versión española (Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003), es un cuestionario de 21 ítems que evalúa una diversidad de síntomas depresivos. Desde la versión de 1979, las opciones de respuesta se reducen a cuatro para cada ítem, que evalúan la gravedad o intensidad del síntoma, circunscribiéndose la evaluación a un marco temporal anterior presente con un margen de una semana. La puntuación final se obtiene por la suma de los valores obtenidos en cada ítem, siendo dicha valoración entre 0 y 3, dado que el primer valor del ítem representa la ausencia de problemática asociada. El rango de puntuación, por tanto, está entre 0 y 63 puntos, tomándose un sistema de puntos de corte para evaluar y graduar la sintomatología. Así, la interpretación de la prueba suele tomar entre 0-9 puntos para determinar ausencia de depresión; entre 10 y 18 puntos, para establecer depresión leve; entre 19 y 29 puntos, para depresión moderada; y con 30 puntos o más, depresión grave.

La Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (SSI) (Beck, Kovacs y Weissman, 1995) es una escala aplicada para determinar la gravedad de la intencionalidad suicida y la probabilidad de consumación de la idea. Se compone de 19 ítems de evaluación, más 2 ítems descriptivos sobre intentos previos de suicidio, agrupados en 5 bloques: características de la actitud hacia la

vida/muerte, características de los pensamientos y deseos suicidas, características del proyecto de intento y realización del intento proyectado. Cada alternativa tiene tres opciones de respuesta y se puntúa con un valor entre 0 y 2, siendo la puntuación total del cuestionario la suma de los valores en los 19 primeros ítems. El rango de la puntuación total oscila, por tanto, entre 0 y 38, representando una mayor puntuación, un mayor riesgo de intencionalidad suicida. Además, existen dos ítems llave, los ítems 4 (deseo de realizar un intento activo de suicidio) y 5 (intento pasivo de suicidio), que en caso de ser puntuados con cero en ambos casos, indican la inexistencia de intencionalidad suicida, por lo que no procedería continuar aplicando la escala

### **RESULTADOS (análisis del caso)**

El paciente, Juanma (quien ha dado su permiso explícito para la investigación y para que se conozca su identidad), tiene en la actualidad 48 años de edad y sufrió una tetraplejía a raíz de un accidente ocurrido cuando tenía 19 años. Hasta ese momento gozaba de buen estado de salud y practicaba deporte con regularidad, siendo fumador y consumiendo alcohol y cannabis solamente de forma esporádica.

El accidente se produjo lanzándose desde una roca al agua un día de playa, mencionando que debido al mal cálculo de la altura o bien de la profundidad, se golpeó la cabeza contra el suelo, rompiéndose la quinta vértebra y quedando inconsciente hasta que se despertó en el Hospital.

En ese momento le informaron de que se trataba de una tetraplejía y durante seis meses estuvo ingresado en la unidad para lesionados medulares, de los cuales los dos primeros se hallaba en una cama con tracción craneal. Durante un año estuvo en varios hospitales debido a la situación médica y socio-económica familiar:

Después de eso, como no tenía donde ir porque mi casa no estaba adaptada, mi madre no podía ocuparse de mí y no tenía, no tenía poder adquisitivo ni dinero, ni nada para poder irme a mi casa, me echaron de Juan Canalejo y me mandaron a un sanatorio, el sanatorio de Oza, al marítimo de allí de Oza, justo al lado de la playa donde tuve el accidente, cosas de la vida.

Allí recibió tratamiento de diverso tipo, tal y como relata:

En un principio me daban muchos sedantes (...) Sedantes, antibióticos y cosas así porque tenía mucha fiebre y problemas de dolor. Pero después el tratamiento iba a base de pastillas para la espasticidad, pastillas para el dolor neuropático y ese tipo de pastillas, ya no teníamos un tratamiento específico para la lesión medular.

Finalmente se le concedió plaza en el Centro de Atención a Personas con Discapacidad Física (CAMF) del Imsero en Ferrol (A Coruña), donde reside desde entonces en una habitación de uso individual con personal de apoyo. Toma varios medicamentos (unas 30 pastillas diarias): analgésicos, hipnóticos... siendo las más relevantes “Lioresal”, para la espasticidad, y Lyrica, para el dolor neuropático. Además, recibe atención médica (si bien manifiesta que deja mucho que desear) pero no atención psicológica en el centro (teniendo que desplazarse para recibirla) y ha tenido varias complicaciones añadidas por la situación de inmovilidad, como problemas con el aparato urinario o digestivo.

El consumo de cannabis lo comenzó hace 15 años después de leer revistas especializadas que mencionaban sus efectos terapéuticos para la espasticidad y para el dolor neuropático que padecía. Lo consumía fumado debido a su condición de fumador y a que consideraba que era “la mejor manera de dosificar la marihuana”, y su objetivo con dicho consumo, además de mejorar sus síntomas, era reducir la medicación, pues aunque actualmente consume unas 30 pastillas diarias, “de aquella tomaba mucha más cantidad de pastillas”.

Atribuye a sus efectos el haber podido reducir considerablemente el número y graduación de pastillas que utiliza como tratamiento farmacológico. Además comenta que:

Gracias al cannabis mejoró mi estado de ánimo y gracias a ello salí de una depresión muy grande. El dolor ahora solo consigo aliviarlo con el cannabis, porque de una no pienso en él y otra me relaja y no me duele tanto. Desde que conozco el cannabis mi calidad de vida ha cambiado totalmente, de querer morirme de no querer vivir y de estar en una cama postrado me he pasado a hacer una vida normal, salir, tener ganas de hacer cosas, tener ganas de estudiar, tener ganas de hacer una vida pues llena de actividades, de cosas.

No obstante, también menciona que el consumo de cannabis le ha acarreado problemas jurídicos, ya que tras tener que acudir al mercado negro para abastecerse con los problemas que todo ello le generaba, comenzó a cultivar en su habitación. La dirección del centro le denunció por cultivar en su habitación.

Tuvo que venir el juez porque yo no puedo moverme. El juez decidió archivar el caso y quitarme la denuncia por tráfico de drogas que me había puesto la policía. Tuve que dejar de cultivar porque el juez me dijo que al estar en un centro público que no podía cultivar. El juez después, extraoficialmente, me llegó a decir que, si estuviera en mi casa, igual podía tener un pequeño cultivo para mi consumo, pero que la ley no recogía que en centros públicos se pudiera cultivar.

Tras esta situación, tuvo que volver al mercado negro para abastecerse con el riesgo de detención por parte de los cuerpos de seguridad y la incautación de la sustancia en su centro de residencia, además de la amenaza extendida a personas de su entorno de acusarles de tráfico de drogas.

Tras la exposición del caso menciona que solamente le gustaría hacer entender que él lo único que pide es que se le dé acceso a una sustancia que utiliza para mejorar su calidad de vida:

Me gustaría que el Estado se hiciera cargo de lo que es la marihuana medicinal y que fuera dispensada por el gobierno a todos los pacientes de manera gratuita y de manera limpia y ordenada. También creo que deberíamos tener derecho a que cada uno pudiera cultivar. Pedir al gobierno y a la policía que, por favor, comprenda mi situación y que me dejen en paz.

Tras la realización de la entrevista clínica, se le aplican las pruebas establecidas, obteniéndose los siguientes resultados.

En el Inventario de Depresión de Beck (BDI), obtiene una puntuación directa de 13 puntos sobre 63, lo cual lo cataloga dentro del intervalo correspondiente a una situación de depresión leve.

En el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) obtiene una puntuación de 41 puntos sobre 63 posibles, y por tanto se sitúa por encima de la puntuación de corte de 26, establecida en el estudio de Somoza, Steer, Beck y Clark (1994). Además, en las dos subescalas, obtiene una puntuación de 24 puntos sobre 36 posibles en la de síntomas físicos de ansiedad, y una puntuación de 17 puntos, sobre 27 posibles en la de ansiedad subjetiva y pánico, evidenciando una cierta preponderancia de los síntomas físicos o somáticos sobre los cognitivos.

Finalmente, en la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (SSI), se obtiene un resultado de inexistencia de ideación suicida, dado que ha respondido negativamente a los ítems 4 y 5, con lo que no procede la continuación en la implementación del cuestionario.

## CONCLUSIONES

La información y datos recabados parecen sugerir que del uso autoadministrado de cannabis se ha podido derivar una mejoría sustancial del paciente en su estado general de salud, debido especialmente a sus efectos analgésicos y a la mejora del estado de ánimo. Sin embargo, continúa existiendo un nivel clínico de ansiedad mantenido, si no agravado, entre otros factores, por los diferentes conflictos y situaciones derivadas de los impedimentos para su administración.

Este caso plantea la necesidad de continuar avanzando sobre el papel terapéutico que puede desempeñar el uso de esta sustancia con fines medicinales lo que exigiría replantear la normativa y el marco jurídico aplicable a la sustancia, algo inexcusable si tomamos la definición de la salud de la OMS. De hecho, en esta situación no solo puede comprobarse cómo la autoadministración de cannabis ha supuesto una mejoría en los síntomas físicos del paciente, sino también en los psicológicos, facilitando realizar una vida con un mayor y mejor nivel de socialización.

Por lo tanto, si aceptamos la definición de salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad, podemos apreciar que el cannabis está teniendo un interesante efecto terapéutico y que, más aún, que son las medidas puramente legales dirigidas al impedimento de adquisición de la sustancia, las que están suponiendo un conflicto al generar complicaciones añadidas al ya de por sí deteriorado estado de salud del paciente.

## REFERENCIAS

- Beck, A.T., Kovacs, M., y Weissman, A. (1995). *Escala de ideación suicida (SSI)*. Fundación Universidad-Empresa.
- Khaiser, M., Peng, M., Lam, M., Ahrari, S., Pasetka, M., y DeAngelis, C. (2017). Medical cannabis dosing strategies in pain related conditions. En B. Henry, A. Agarwal, E. Chow, H.A. Omar y J. Merrick (Eds.), *Cannabis: medical aspects* (pp. 129–146). New York: Nova Science Publisher.
- Kogan, N. y Mechoulam, R. (2007). Cannabinoids in health and disease. *Dialogues in clinical neuroscience*, 9(4), 413-430.
- Márquez, N. A. (2020). El sistema endocannabinoide y su relación con el glaucoma, implicaciones terapéuticas: revisión de tema. *Ciencia y tecnología para la salud visual y ocular*, 17(2). Doi: <https://doi.org/10.19052/sv.vol17.iss2.7>
- Muñoz, E. (2015). Cannabis en el tratamiento del dolor crónico no oncológico. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 26, 138-147.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2019). *Informe Europeo sobre Drogas. Tendencias y novedades 2019*. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías: Lisboa.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de <https://bit.ly/2ASVqQF>
- Orrin, M.D. (2017). Trial of Cannabidiol for Drug-Resistant Seizures in the Dravet Syndrome. *The New England Journal of Medicine*, 21(376), 2011-2020. Doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1611618>
- Rojas-Jara et al. (2019). Uso medicinal de cannabis: una revisión de la evidencia. *Terapia psicológica*, 37(2), 166-180.
- Sanz, J., Perdigón, A. L., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280.
- Somoza, E., Steer, R. A., Beck, A. T., y Clark, D. A. (1994). Differentiating major depression and panic disorders by self-report and clinical rating scales: ROC analysis and information theory. *Behaviour research and therapy*, 32(7), 771-782. Doi: [http://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)90035-3](http://doi.org/10.1016/0005-7967(94)90035-3)



- Suero-García, C., Martín-Banderas, L., & Holgado, M. (2015). Efecto neuroprotector de los cannabinoides en las enfermedades neurodegenerativas. *Ars Pharmaceutica*, 56(2), 77-87.
- Urigüen, L., Ortega, J.E. y Callado, L.F. (2009). Relación del sistema cannabinoide con la fisiopatología y el tratamiento de la depresión. En Sociedad Española de Investigación sobre Cannabinoides (SEIC), *Actualización sobre el potencial terapéutico de los cannabinoides*. (pp. 257-269). Madrid: SEIC



**ACTIVIDAD PARLAMENTARIA EN RELACIÓN CON LA CONCESIÓN DE  
LICENCIAS PARA CULTIVO DE CANNABIS**

Hugo Madera<sup>1a</sup>, Hector Brotons<sup>1</sup>, Alvaro Zamora<sup>1</sup>, Marta de Luxan<sup>1</sup> y Noemí Sánchez-Nàcher<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Observatorio Europeo del Consumo y Cultivo de Cannabis*

<sup>2</sup> *Universitat de València y Universitat de les Illes Balears*

**Contacto:** [hugo@observatoriocannabis.com](mailto:hugo@observatoriocannabis.com)

## **INTRODUCCIÓN**

En el año 2017, el Observatorio Europeo para el Consumo y Cultivo de Cannabis (OECCC) comenzó a organizar una batería de preguntas parlamentarias sobre la concesión de licencias para cultivar cannabis, debido al desconocimiento existen hasta el momento sobre cuántas eran, para qué fines se concedían dichas licencias o el proceso de solicitud. Tras dos años de investigaciones y difusión, la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AMPS), ya publica en su página web un listado de las empresas que cuentan con autorizaciones vigentes, así como una serie de requisitos para la solicitud de autorización. En todo caso el OECCC considera que se puede seguir avanzando hacia una legislación más moderna, clara y transparente (Observatorio Europeo de Consumo y Cultivo de Cannabis, 2019).

## **METODOLOGÍA**

La metodología utilizada se basa en el análisis descriptivo y comparativo de 5 rondas de preguntas parlamentarias realizadas al Gobierno, en colaboración con diputados de diferentes partidos políticos, de 3 listados publicados en la página web de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y un dictamen del Consejo de Transparencia y Buen Gobierno (CTBG).

## **RESULTADOS**

### ***Respuesta de 12 diciembre de 2017***

En respuesta a la pregunta realizada por María Aurora Flórez, del Grupo Socialista en el Congreso, con fecha 12 de diciembre de 2017, la AEMPS reconoce que se han concedido autorizaciones para el cultivo de Cannabis con un contenido superior al 0,2% de tetrahidrocannabinol (THC), con fines terapéuticos, a las empresas DJT Plants Spain S.L. y Alcaliber, S.A. (Secretaría General del Congreso de los Diputados, 2017).

Así mismo, señala que también se han concedido varias licencias con fines de investigación a DJT Plants Spain S.L., Phytoplant, CIJA Preservation S.L. y a la Universidad Politécnica de Valencia, y que estas son renovadas anualmente.

Además, se indica que estas entidades/empresas deben llevar un libro de contabilidad de los cultivos de cannabis y de los productos obtenidos, así como la destrucción de los mismos. Este libro debe estar en las instalaciones durante al menos 2 años desde la fecha de la última notación.

En la misma respuesta se afirma que la AEMPS no tiene previsto publicar estos datos estadísticos y de producción, pero que cuando se soliciten por los medios de comunicación la agencia informará de ello, guardando la confidencialidad necesaria. También se indica que en lo que refiere a licencias de cultivo y utilización de cannabis en España, desde el 2011 al 2016, se han recibido en la AEMPS aproximadamente 160 solicitudes, de las cuales tan sólo se han autorizado seis.

Para terminar, igual que en las otras respuestas analizadas, se indica que la concesión de estas autorizaciones para el cultivo de cannabis se realiza de acuerdo con la legislación vigente, destacando entre las normas enumeradas la Ley 17/1967 del 8 de abril, por la que se actualizan las normas vigentes sobre estupefacientes, adaptándolas a lo establecido en la Convención de 1961 de las Naciones Unidas. En su Capítulo III se regula el cultivo de estupefacientes, la Convención sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 y la Orden de 7 de mayo de 1963 por la que se dictan normas para el cultivo de las plantas medicinales relacionadas con los estupefacientes.

Como se observa por la fecha de publicación, esta Ley tiene un cierto desfase temporal y contextual respecto al marco social actual, lo que unido a su carácter preconstitucional, genera ciertos problemas, como la mención de los tribunales de contrabando, actualmente inexistentes. De hecho, en el propio informe anual de 2014 de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes

(JIFE), al hablar de los distintos programas de acceso al cannabis medicinal, se reconoce lo anticuado de las normativas, lo que genera un efecto de incumplimiento a nivel internacional por varios de los países firmantes. Por ejemplo, llama la atención que el documento contenga una referencia a la autorización de cultivo de 20.000 hectáreas de investigación para cáñamo con un contenido inferior al 0,2% de THC.

### ***Respuesta de 15 enero de 2018***

En la respuesta del Gobierno de fecha 15 de enero de 2018, a la consulta realizada por el diputado de Unidas Podemos y confluencias, Miguel Vila, (Secretaría General del Congreso de los Diputados, 2018a). se responde informando de la concesión por parte de la AEMPS de una autorización para la producción, fabricación de cannabis y sus productos a una empresa indeterminada que, en aquel momento (15/01/2018) según detalla, no había iniciado su actividad. Posteriormente se conocerá el nombre de dicha empresa, siendo esta Alcaliber S.A.

### ***Dictamen Consejo Transparencia y buen Gobierno del 14 febrero de 2018***

A la información recabada previamente se une un dictamen del Consejo de Transparencia y Buen Gobierno sobre un particular que solicita información. En este dictamen se citan las respuestas parlamentarias dirigidas al OECCC, señalando que “a juicio de este Consejo de Transparencia y Buen Gobierno ha quedado acreditado, no sólo que la AEMPS dispone de la información y puede proporcionarla, sino que lo ha hecho en respuesta a preguntas escritas formuladas por Diputados que, no debe olvidarse, son objeto de publicación y que, por lo tanto, son accesibles en una sencilla búsqueda de Internet”.

La AEMPS reconoce que no existe ningún documento que detalle los requisitos necesarios para solicitar una autorización administrativa sobre el cannabis:

En cuanto a la información relativa al procedimiento para la solicitud y requisitos para el cultivo, producción, fabricación, importación, exportación, distribución y comercialización de cannabis, la AEMPS informa de que no dispone de un documento público en el que se encuentre recogida la misma. Los datos que se solicitan para poder cultivar plantas medicinales con destino a la obtención de medicamentos, estupefacientes y psicotrópicos se establecen en la Orden de 7 de mayo de 1963 sobre cultivo y recolección de plantas destinadas a la producción de estupefacientes, publicada en el Boletín Oficial del Estado. Dichas solicitudes deben tramitarse ante la AEMPS, como la solicitante manifiesta en su escrito de alegaciones, momento en el que dependiendo de cada caso concreto, se requerirá la documentación adicional que se considere pertinente en función de las circunstancias específicas. (Consejo de Transparencia y Buen Gobierno, 2018)

Esta información de la AEMPS se completa con la referencia a “casos concretos” y “circunstancias específicas”, aunque sí proporciona al Consejo de Transparencia y Buen Gobierno una serie de documentación e información que “se suele” solicitar, amparándose, de nuevo, en que esto podrá estar “sujeto a las particularidades que se puedan producir en cada caso concreto”, lo que parece denotar un cierto carácter arbitrario.

En todo caso, la información que la AEMPS asegura suele solicitar es: el “origen de las semillas” y/o plantas que proyectan cultivar, datos del propietario de la parcela donde se va a realizar el cultivo, un documento de compromiso con la entidad concesionaria firmado por el propietario de la parcela en el que se compromete a entregar toda la cosecha a la misma, provincia donde está ubicada la parcela e infraestructura de las instalaciones donde se pretende llevar a cabo el cultivo, término municipal, número de hectáreas a cultivar, datos relativos a las previsiones de producción y destino de la misma, destrucción de excedentes y demás datos que puedan aportar relativos al proyecto, información sobre las medidas de seguridad previstas en las parcelas de los cultivos y plan de implementación de las mismas, certificados de idoneidad de cultivo de cannabis en las

parcelas de la provincia en las que se ejecuten los mismos, emitidas por su correspondiente Delegación Provincial de Agricultura; e información relativa al fabricante autorizado al que se entregará la cosecha y que se encargará del tratamiento para su transformación.

### ***Respuesta del 15 de febrero de 2018***

La respuesta de 15 de febrero de 2018 es la segunda respuesta del Gobierno a Miguel Vila del Grupo Parlamentario de Unidas Podemos y confluencias, en la que se menciona que desde el año 2011 hasta la fecha, se han recibido y tramitado 179 solicitudes de autorización de cultivo de plantas destinadas a la obtención de estupefacientes, de las cuales se autorizaron 12 (Secretaría General del Congreso de los Diputados, 2018b).

En esta respuesta se mencionan los motivos por lo que la mayoría de las solicitudes fueron denegadas, concretándose los siguientes; que la finalidad del cultivo no se encuentre dentro de la normativa aplicable, que no haya un fabricante autorizado al que entregar la cosecha y no acreditar el origen lícito de las semillas. De estos tres motivos de denegación de licencias, podemos concluir tres requisitos, dos más concretos y otro, el referido a la normativa aplicable, mucho más abstracto, ya que no existe una normativa clara al respecto.

Para finalizar, se indica que el plazo de resolución del expediente administrativo de concesión de licencias es inferior a 3 meses y que han sido autorizados cultivos de plantas destinadas a la obtención de estupefacientes en Andalucía, Canarias, Castilla la Mancha, Castilla y León, La Rioja y la Comunidad Valenciana.

En dicha consulta, también se afirma que se ha concedido una licencia a una entidad canaria para producir semillas para el cultivo de plantas que rindan estupefacientes y sobre el requisito de acreditar que las semillas tienen un origen lícito, se remite en su explicación a la Resolución 52/5 de la Comisión de Estupefacientes, relativa a los aspectos relacionados con la utilización de semillas de cannabis con fines ilícitos. Sin embargo, esto es jurídicamente ambiguo, pues más que una normativa que indica las características que ha de reunir una semilla para ser lícita, esta Resolución insta a los Estados a que persigan “el tráfico” de semillas originadas a partir de plantas de cannabis no autorizadas.

Por tanto, de lo expuesto cabe inferir que o bien el cultivo para la producción de semillas debe de haberse autorizado por la propia AEMPS o bien que las semillas sobre las que se pide la autorización para cultivo de estupefaciente han de ser reconocidas por este organismo, en caso de no haberse producido en España. Parece, por tanto, que deberían ser semillas certificadas, si bien se han localizado variedades que no aparecen en ningún registro de variedades.

### ***Respuesta del 28 de diciembre de 2018***

La respuesta de 28 de diciembre de 2018 se refiere también a la pregunta formulada por el Grupo Parlamentario de Unidas Podemos y confluencias. (Secretaría General del Congreso de los Diputados, 2018c).

En este caso, se afirma que hasta diciembre de 2017, desde la AEMPS se habían concedido seis autorizaciones de cultivo de “cannabis sativa” con fines de investigación, didácticos y educativos, y que a fecha de enero de 2018, solo una entidad disponía de una autorización diferente a las anteriores; en concreto para el cultivo, producción, fabricación, importación, exportación, distribución y comercio de “cannabis sativa” y sus derivados con fines medicinales.

También mencionan que se han concedido ocho autorizaciones para cultivar cannabis sativa a siete entidades, siendo cinco autorizaciones para cultivos con fines de investigación y una para cultivos con contenido inferior a 0,2 % THC.

Además, aparecen los nombres de las entidades titulares de la autorización, que son: Cañaño y Fibras Naturales S.L. (Cafina), CIJA Preservation S.L., DJTPLANTS, PhytoPlant Research S.L. y Universidad Politécnica de Valencia.

De esas ocho autorizaciones, otra es para fines didácticos y educativos, cuyo titular es Parque Etnográfico Pirámides de Güimar S.A.U, y las dos últimas son para fines medicinales, una para producción y exportación de semillas y esquejes de plantas de cannabis sativa y otra para la producción y fabricación de cannabis y sus derivados. La primera se corresponde con DJT PLANTS y la segunda con Alcaliber S.A.

Además de esta información, se concreta que solo cinco de las ocho autorizaciones referidas están en vigor a fecha 28 de diciembre de 2018: cuatro para cannabis sativa con fines de investigación (una de ellas con contenido inferior al 0,2% THC) y otra para la producción y fabricación de cannabis sativa y sus derivados, que le corresponde a Alcaliber S.A, en consonancia con la información ya facilitada.

Se informa también de los expedientes en tramitación, concretando que hay cuatro para cultivo de cannabis sativa con fines medicinales y cuatro para cultivo de Cannabis sativa con fines de investigación.

Sin embargo, contrastando esta información con la aparecida en la web a fecha 18 de diciembre, apenas diez días antes, se encuentran varias contradicciones u omisiones, lo que choca con el cumplimiento de la Ley 19/2013 del 9 de diciembre de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno, de aportar información veraz de un modo totalmente transparente, que también obliga a la AEMPS. Así, la web de la AEMPS no hace referencia alguna a la empresa Alcaliber S.A, y figura una entidad nueva, Parque Etnográfico Pirámides de Güimar S.A.U., a la cual no se hace referencia en la web.

Sin embargo, uno de los datos más novedosos que aporta esta respuesta del Gobierno es que, por primera vez, y en relación con las entidades/empresas autorizadas para el cultivo de Cannabis, menciona las variedades de semillas o esquejes enraizados de cannabis de origen lícito que están utilizando.

En concreto se trataría de las variedades Argyle, Red nº4, Red nº 1, Red nº 2, Bakerstreet, Orange nº 1, Penélope, Green nº 3, Yellow nº 3, Nos, Theresa, Sara, Aida, Octavia, Juani, Pilar, Goya, Nebula, Good dog, Jack Flash, 818 Headband, El niño, Kompolti Hibrid TC, Kompolti, Factura 75, Uso-31, Tiborszallasi, Antal y Finola. Además de cannabis sativa en sus variedades “indica”, “rifensis”, “nepalensis”, “indochinensis”, “guineensis”, “sinensis”, “malabarensis” e “himachalensis”, “cannabis ruderalis” en su variedad de “tienchianensis”; y “cannabis ruderalis” en su variedad de “siberiensis”.

No obstante, esta mención de variedades es imprecisa pues se referencian variedades tan generales como “cannabis sativa variedad índica”, que es toda una subespecie dentro de la especie de cannabis sativa, lo que evidencia una cierta falta de control, regulación y transparencia en la tramitación de las autorizaciones de la AEMPS.

### ***Respuesta del 18 enero 2019***

La respuesta de 18 de enero de 2019 se dirige a los diputados de Ciudadanos Francisco Igea, Diego Clemente y Fernando Navarro (Secretaría General del Congreso de los Diputados, 2019). En ella, se asegura que no hay autorizadas 20.000 hectáreas para el cultivo de cannabis, sino que para el periodo 2018-2019 se autorizaron por la AEMPS, y hasta el momento, un total de 4,03 hectáreas (40.326 m<sup>2</sup>):

- 2,31 hectáreas (23.086 m<sup>2</sup>) para el cultivo de cannabis con fines de investigación. Las parcelas en las que se autorizó el cultivo se encuentran distribuidas en las siguientes Comunidades Autónomas: Andalucía, Cataluña y Valenciana.
- 1,72 hectáreas (17.240 m<sup>2</sup>) en la Región de Murcia para la producción de cannabis con fines medicinales y su exportación posterior.

Esta respuesta entra por tanto en contradicción con la respuesta a María Aurora Flórez, del 12 diciembre 2017, que señalaba que: “La AEMPS ha autorizado el cultivo de aproximadamente 20.000 hectáreas de plantas de Cannabis con fines de investigación”.

#### ***Listado 18 diciembre 2018 de empresas autorizadas***

En el listado de 18 de diciembre de 2018 de empresas autorizadas (Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, 2018), se producen de nuevo varias imprecisiones. En primer lugar, en la web de la AEMPS no constan dos empresa que sí aparecen en las respuesta del Gobierno: Parque Etnográfico Pirámides de Güümar S.A.U y DJT Plants. DJT Plants aparecía ya en la primera respuesta del Gobierno del 12 de diciembre del 2018 y se mantiene en la respuesta del 28 de diciembre de 2018, pero no aparece en los listados publicados por la AEMPS.

Además, en la última repuesta que analizamos en este artículo, con fecha de 28 de diciembre de 2018, indican que es Alcaliber S.A., quien tiene autorización para producción y fabricación de cannabis y sus productos. Sin embargo, en la página web de la AEMPS se sostiene, a fecha de 18 de diciembre, que no es esta compañía la que posee la licencia, sino que es Linneo Healh, S.L. Esta empresa parece emplear la licencia de Alcaliber, siendo controlada al 60% por GHO, fondo británico.

Finalmente, se cita una empresa como receptora de autorización para producción y fabricación de cannabis: Oils4cure S.L., que no es mencionada en ningún momento ni en ninguna de las respuestas parlamentarias publicadas con anterioridad, ni con posterioridad, a la fecha en la que aparecen en la propia web de la AEMPS.

#### ***Listado 13 de agosto de 2019***

En el listado de 13 de agosto de 2019 las licencias concedidas con fines de investigación pasan de 4 a 6: Bhalutek Sens S.L.U., Cábamo y Fibras Naturales, S.L. (CAFINA), CIJA Preservation S.L., Phytoplant Research, S.L, Ploidy And Genomics S.L. y Universidad Politécnica De Valencia (Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, 2019).

También pasan de 3 a 4 las licencias concedidas para la producción y/o fabricación de cannabis y sus productos con fines médicos y científicos, mencionándose más concretamente la finalidad de la licencia.

- Cábamo y Fibras Naturales, S.L. (CAFINA): autorización para el cultivo, producción, distribución y exportación de cannabis sativa y sus productos.
- Linneo Health, S.L.: autorización para el cultivo, producción, fabricación, distribución, importación y exportación de cannabis sativa y sus productos.
- Oils4cure, S.L.: autorización de cultivo y producción de cannabis sativa para la solicitud de autorización de ensayo clínico.
- Cannabinoids Spain S.L.: autorización temporal de cultivo, producción y fabricación de cannabis sativa y sus productos para la optimización del proceso.

#### ***Listado 5 de junio de 2020***

En el listado de 5 de junio de 2020 bajan de 6 a 5 las licencias concedidas con fines de investigación, al finalizar el plazo de la licencia a la Universidad Politécnica de Valencia.



Además, se mantienen 4 para la producción y/o fabricación de cannabis pero desaparece una de la lista anterior, añadiéndose otra. Cannabinoids Spain S.L. finaliza su autorización temporal y se concede una nueva a Medalchemy S.L. para el cultivo y producción de Cannabis sativa y sus productos (Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, 2020).

## CONCLUSIONES

Tras el análisis de las respuestas parece poder afirmarse que, efectivamente, se están concediendo licencias para el cultivo de cannabis psicoactivo, existiendo cierta falta de transparencia respecto al procedimiento administrativo y a información básica sobre las condiciones de cultivo, medidas de seguridad, etc.

Asimismo, se remite de forma reiterada a la normativa del 61, 63 y 67, siendo la orden del 63 la que más profundiza en los requisitos, aunque esta parece entrar en contradicción, entre otras, con la Ley 19/2013, del 9 de diciembre de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno.

Teniendo en cuenta todo ello podemos concluir que, en vista de los aspectos descritos, parecería necesario adecuar no solo la normativa vigente al actual marco social, sino incrementar la claridad de los procedimientos administrativos y la transparencia y difusión informativa concerniente a las instituciones involucradas en este tipo de licitaciones.

## REFERENCIAS

- Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. (2018). *Listado autorizaciones vigentes emitidas por la AEMPS para el cultivo de plantas de cannabis a 18 de diciembre de 2018*. Madrid: Departamento de inspección y control de medicamentos.
- Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. (2019). *Listado autorizaciones vigentes emitidas por la AEMPS para el cultivo de plantas de cannabis a 13 de agosto de 2019*. Madrid: Departamento de inspección y control de medicamentos.
- Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. (2020). *Listado autorizaciones vigentes emitidas por la AEMPS para el cultivo de plantas de cannabis a 5 de junio de 2020*. Madrid: Departamento de inspección y control de medicamentos.
- Consejo de Transparencia y Buen Gobierno. (2018). *Resolución del 14 febrero de 2018. Referencia 001-017570*. Madrid.
- Observatorio Europeo de Consumo y Cultivo de Cannabis (OECCC). (2019). *Documento de trabajo: Ley del cannabis medicinal y terapéutico*. Madrid: Cannabis Research Institute.
- Secretaría General del Congreso de los Diputados. (2017). *Respuesta del Gobierno del 12 diciembre 2017 a pregunta escrita de María Aurora Flórez*. Madrid. Registro General.
- Secretaría General del Congreso de los Diputados. (2018a). *Respuesta del Gobierno del 15 enero 2018 a pregunta escrita de Miguel Vila*. Madrid. Registro General.
- Secretaría General del Congreso de los Diputados. (2018b). *Respuesta del Gobierno del 15 febrero 2018 a pregunta escrita de Miguel Vila*. Madrid. Registro General.
- Secretaría General del Congreso de los Diputados. (2018c). *Respuesta del Gobierno del 28 diciembre 2018 a pregunta escrita de Miguel Vila*. Madrid. Registro General.
- Secretaría General del Congreso de los Diputados. (2019). *Respuesta del Gobierno del 18 enero 2019 a pregunta escrita de Francisco Igea, Diego Clemente y Fernando Navarro*. Madrid. Registro General.



**MAESTROS ALERTAS VS PADRES DORMIDOS. PERCEPCIÓN DEL RIESGO DE LOS  
DIFERENTES PERSONAJES EDUCATIVOS, ANTE EL CONSUMO DE CANNABIS EN  
LA ADOLESCENCIA**

Katya Pasquel González

Comunidad Educativa Nuestra Tierra, Veracruz, México

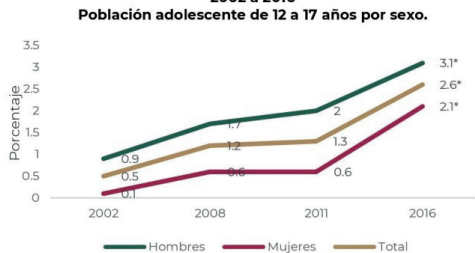
**Contacto:** [katyap@cent.edu.mx](mailto:katyap@cent.edu.mx)

## INTRODUCCIÓN

El cannabis continúa siendo la droga ilegal de mayor consumo tanto en la población general de México como en el resto de los países de América (Encodat 2017) (fig 11). En éstos últimos años (2011-2017), el consumo total ha incrementado, con mayor énfasis en la etapa adolescente (12 a 17 años) dónde la prevalencia ha sido duplicada del 2.1% a 3.1% en el periodo del 2011 al 2016. (fig 12)

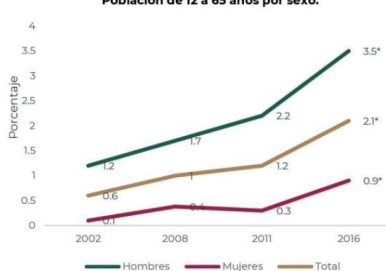
La percepción del riesgo ante el consumo de cannabis, también muestra un nivel bajo (39%), en relación al riesgo percibido ante el consumo de otras drogas como la cocaína (71%) e inhalables (70.7%) en la población general. (Encodat 2016-17). (fig 3) En este punto, es particularmente interesante observar como la percepción del riesgo, puede influir de manera positiva o negativa según sea el caso, por lo que el objeto de nuestro estudio es precisamente medir el nivel de percepción de los diferentes personajes educativos que interfieren directamente en la formación del adolescente, como lo son los padres y los maestros del área de secundaria y bachillerato.

**Figura 12. Tendencia de consumo último año de marihuana de 2002 a 2016**



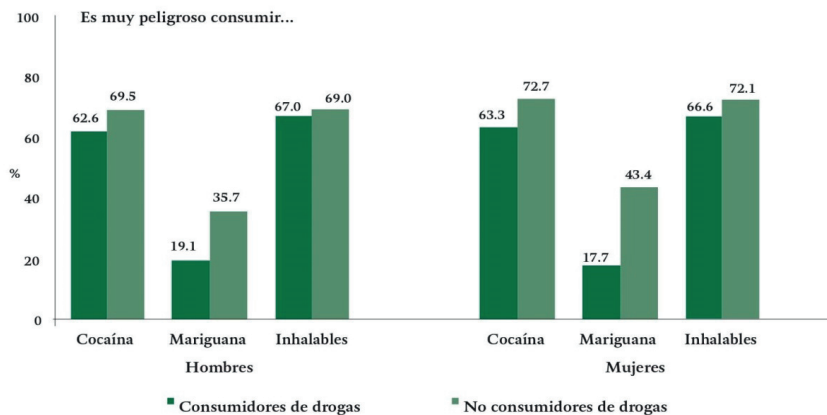
\* Incremento estadísticamente significativo de 2011 a 2016.  
Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016- 2017

**Figura 11. Tendencia de consumo último año de marihuana de 2002 a 2016**



\* Incremento estadísticamente significativo de 2011 a 2016.  
Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016- 2017

**Gráfica 3. Percepción de Riesgo ante el Consumo de Drogas**  
**Población de 12 a 65 años**



Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017.

Desde el 2004 el Instituto Deusto publicó un trabajo llamado “¿Qué opinan los docentes Vascos?”, en su apartado de Percepción del equipo docente, refiere que “la mayoría de los entrevistados transmiten la idea de que el equipo docente está preocupado por la posición del alumnado con respecto a las drogas” (pag 69 3.2.7). Así mismo, en su apartado del Grado de conocimiento de los padres, del consumo de drogas en sus hijos,” la mayoría de las respuestas se agruparon en torno a que los padres no son conscientes de estas conductas o no desean enterarse”.

Este completo y minucioso estudio de Deusto, queda reforzado en éstos últimos años, con varias publicaciones que muestran un alto nivel de conciencia por parte del profesorado que labora con adolescentes, respecto al consumo de drogas. (PIDCA, FAD, SES) y la preocupación constante sobre el involucramiento de los padres ante el consumo de los jóvenes adolescentes.

Llama la atención, una publicación realizada por la Universidad de Michigan, en su Encuesta Nacional de Salud Infantil C.S.( CHEAP, 2011), dónde los resultados de una encuesta hecha a padres de hijos adolescentes, indica que, sólo un 5% de los padres encuestados, creen que sus hijos adolescentes si han consumido marihuana, pero por otro lado, más del 40% de los encuestados, consideran que “otros adolescentes” si han consumido marihuana, pero sus hijos no...”

## OBJETIVOS

El objeto de nuestro estudio fue comparar el nivel de percepción del riesgo del consumo de cannabis en la adolescencia, en un grupo de profesores de adolescentes de una comunidad educativa, en relación a la percepción del riesgo de los padres de familia de dicho grupo de adolescentes. Nuestra hipótesis plantea que si los profesores tienen mayor información sobre los riesgos del consumo de cannabis en la adolescencia, entonces su percepción del riesgo será mayor que la de los padres de familia.

## METODOLOGÍA

Se convocaron a recibir pláticas informativas sobre el consumo de cannabis en el adolescente, su contexto actual y riesgos, tanto a los padres de familia, de estudiantes de nivel secundaria de edades comprendidas entre 12 y 15 años, así como al equipo de profesores que trabajaban con dichos grupos de estudiantes, en una Comunidad Educativa de la Cd de Veracruz, México.

Se diseñaron cuestionarios digitales de salida, que fueron respondidos por ambos grupos al final de cada charla. De manera aleatoria se seleccionaron 34 cuestionarios de profesores y 34 de padres de familia ya respondidos.

Mediante la obtención de una base de datos, se realizó el análisis de varianza de una vía, dónde se determinó la diferencia significativa o no, de las tres variables principales:

1. Información previa sobre el cannabis (fig a)
2. Información actualizada (contexto actual del cannabis) (fig b)
3. Percepción del riesgo ante el consumo (fig c)

### (Fig a) Información previa ( cuestionario padres de familia)

LA INFORMACIÓN QUE TENÍA DE ÉSTOS TEMAS ANTES DE RECIBIR EL CURSO \_\_\_\_\_ / 0

ERA:

SUFICIENTEMENTE COMPLETA

MEDIANAMENTE COMPLETA

INCOMPLETA

NULA

**(Fig b) Contexto actual (cuestionario padres de familia)**

¿QUE TAN INFORMADO(O) ESTABAS EN LOS RELACIONADO CON EL CONSUMO \_\_\_\_\_ / 0  
DE MARIHUANA Y SU IMPACTO ACTUAL EN LOS ADOLESCENTES, ?

- Suficientemente actualizada(o)
- Medianamente actualizada(o)
- Poco actualizada(o)
- Nada actualizada(o)

**(Fig c) Percepción del riesgo ( cuestionario padres de familia)**

ACORDE AL CONTEXTO ACTUAL DE TU HIJO(A) Y A SU PROPIA \_\_\_\_\_ / 0  
PERSONALIDAD, ELIGE EL RANGO NUMÉRICO DE RIESGO QUE CONSIDERAS  
TENDRÍA TU HIJO(A), EN CASO DE QUE ALGUN AMIGO(A) LO INCITE A  
CONSUMIR MARIHUANA

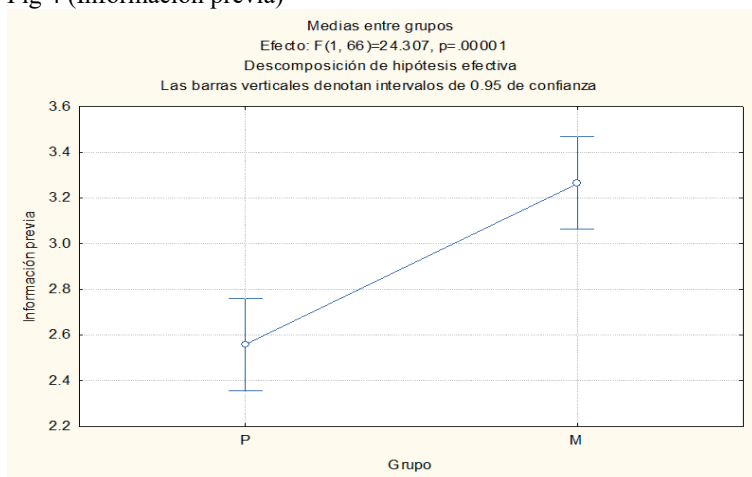
- 90-100
- 70-80
- 60-70
- Menos de 50

**RESULTADOS**

Una vez aplicado el análisis de varianza a los resultados de las encuestas se encontraron los siguientes resultados:

1. La información previa si demostró un diferencia significativa ( $p < 0.05$ ) entre los padres de familia y los docentes, siendo éstos últimos los mayormente informados de manera general sobre el consumo de cannabis. (fig 4)
2. La información sobre el impacto y contexto actual del cannabis en la adolescencia, no demostró diferencia significativa entre ambos grupos ( $p > 0.05$ ) (fig 5)
3. El nivel de percepción del riesgo ante el consumo de cannabis en el adolescente, si demostró una diferencia significativa entre ambos grupos ( $p < 0.05$ ) (fig 6)

Fig 4 (Información previa)



P( padres) M(maestros)

Fig 5 (Contexto actual del cannabis)

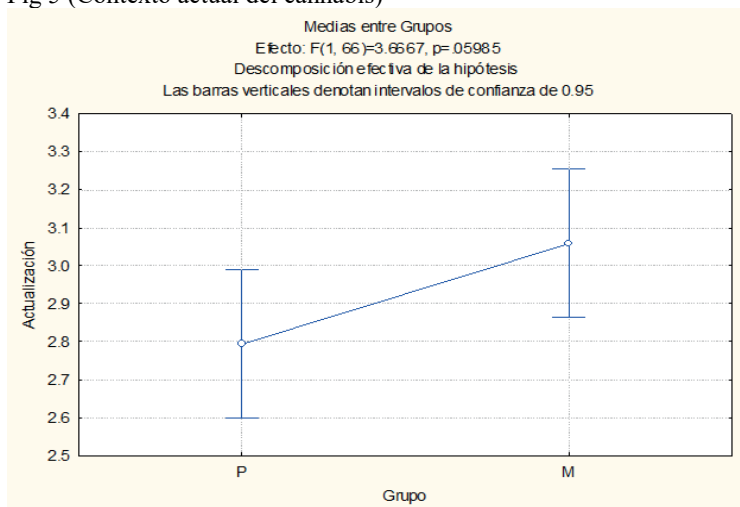
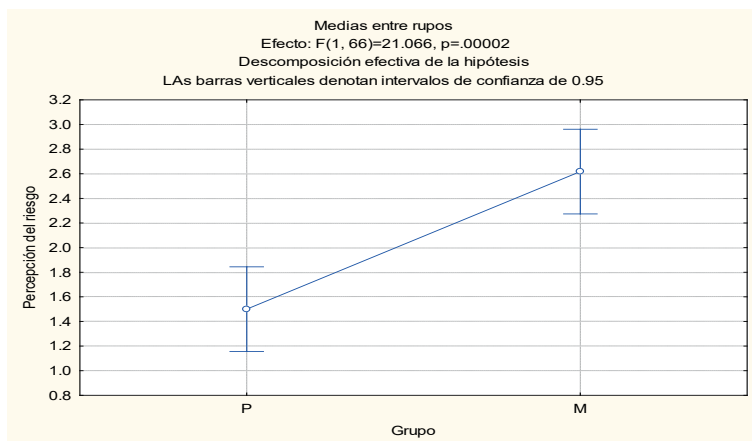
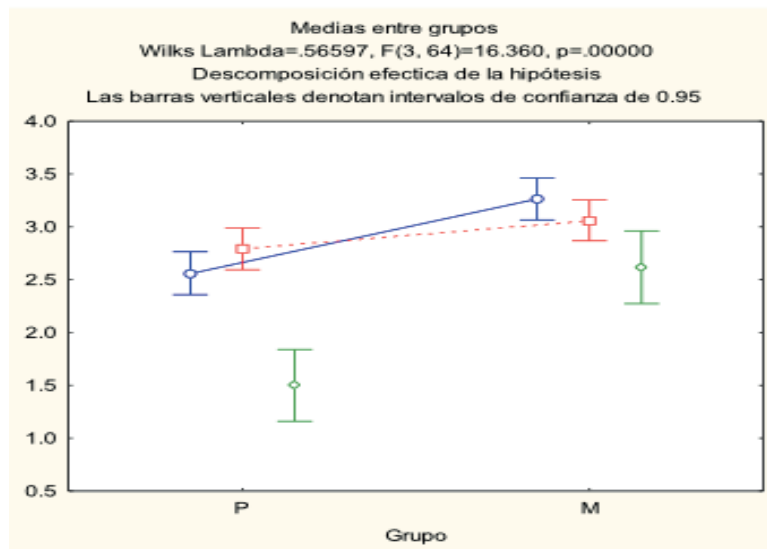


Fig 6 (Percepción del riesgo)



Por lo tanto, aceptamos nuestra hipótesis, sin embargo la información **actualizada** sobre los riesgos del consumo de cannabis en la adolescencia, es un tema que en ambos personajes educativos debemos reforzar. (fig 7)

Fig 7



## CONCLUSIONES

Los maestros tienen una mayor percepción del riesgo ante el consumo adolescente, y algunos antecedentes vinculados a nuestro trabajo lo avalan. En el artículo publicado por la Universidad de Michigan (CHEAP, 2011) habla sobre el desajuste de las percepciones de los padres de hijos adolescentes, e indica la necesidad de toma de conciencia y comunicación “real” acerca del uso de sustancias por parte de los padres hacia sus hijos adolescentes.

En contextos diferentes, es claro que los profesores son quienes a veces “alertan” a los padres sobre posibles consumos. En nuestra Comunidad Educativa, el desequilibrio de éstas percepciones, indica la necesidad de modificar las estrategias de los programas de prevención dirigidos a los padres de familia, con un enfoque de mayor concientización del problema.

Con base a nuestros resultados, maestros del sector adolescente y padres de familia, deberían recibir en mayor medida, información constante y actualizada que incluya resultados de las investigaciones más recientes, sobre todo en lo vinculado al consumo adolescente y sus riesgos, con la finalidad de producir un estado de “alerta” mayor ante la percepción del consumo de cannabis en sus hijos, en el caso de los padres, y una mejor fuerza orientadora, en el caso de los maestros, considerando que ambos personajes educativos son fundamentales para la formación de esta etapa tan vulnerable que es la adolescencia.



## BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. **Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Drogas. (ENCODAT).**Villatoro-Velázquez, JA., Reséndiz-Escobar, E., Mujica-Salazar, A., Bretón-Cirett, M., Cañas-Martínez, V., Soto-Hernández, I., Fregoso-Ito, D., Félix-Bautista, C., Medina-Mora ME., Gutiérrez-Reyes,J., Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M y Mendoza-Alvarado, L. Ciudad de México, México: INPRFM; 2017.
- 2.-Instituto Deusto de Drogodependencias; Dirección de drogodependencias del Gobierno Vasco. **Los escolares y las drogas desde la perspectiva del profesor: ¿qué opinan los docentes vascos?** Arostegi-Elisabete., Fernández-Araceli.,García del Moral-Nieves. Bilbao, (2004.)
- 3.- Unidad de Evaluación e Investigación de Salud Infantil (CHEAP) de la Universidad de Michigan. **Encuesta Nacional de Salud Infantil del Hospital C.S. Mott de la Universidad de Michigan.** (2011)
- 4.- MÓNICA MILLAN MINGUEZ, DELICIA PRIETO IZQUIERDO. **Protocolo de actuación ante la sospecha de consumo por parte de menores en centros educativos de Extremadura.** PIDCA,FAD, SES.( 2015)
- 5.- CECILIA Mª AZORÍN ABELLÁN. **¿Abre los ojos! Un proyecto de mejora educativa para la prevención de drogas en adolescentes.** Revista Complutense de Educación Vol.27 Núm. 1 (2016) 141-159
- 6.- BARRETO Y, ENRÍQUEZ C, PARDO J,VALERO MA. **Percepción de educadores sobre consumo de sustancias psicoactivas y bullying en un colegio de Bogotá.** Hacia Promoc. Salud. 2017; 23(1):56-70



**CONSUMO DE CANNABIS EN MENORES DE EDAD DEL CONCELLO DE VIGO:  
PREVALENCIA Y VARIABLES ASOCIADAS**

Rafael Pichel<sup>A</sup>; María Couñago<sup>B</sup>; María José Fontán<sup>C</sup>; Marta Lloves<sup>D</sup>; Xenoveva Cordeiro<sup>E</sup>; Pilar Domínguez<sup>F</sup> y Francisco Otero<sup>F</sup>

<sup>A</sup> *Universidad de Santiago de Compostela*

<sup>B</sup> *Asociación Alborada*

<sup>C</sup> *Asociación Amaina*

<sup>D</sup> *Asociación Érguete*

<sup>E</sup> *Plan Comunitaria de Teis*

<sup>F</sup> *Plan Local sobre Drogodependencias y Otras Adicciones (PLDA) del Ayuntamiento de Vigo*

**Contacto:** rafael.pichel.mira@usc.es

## INTRODUCCIÓN

Los datos proporcionados por la Encuesta sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España [ESTUDES 2016-2017] (Plan Nacional sobre Drogas, 2018), referidos al consumo de cannabis en la población escolar de 14 a 18 años, sitúan el consumo de cannabis en nuestra comunidad claramente por debajo del conjunto del Estado Español, lo cual evidencia la encomiable labor que las y los profesionales que trabajan en el ámbito de la prevención llevan años realizando.

A pesar de este dato positivo de partida, una revisión más exhaustiva de los estadísticos recogidos en dicho informe revela la existencia de algunos elementos preocupantes que deben alejarnos de la autocomplacencia: (1) Repunte del consumo en Galicia. El porcentaje de consumo en el último mes pasó de un 13,1% en 2015 a un 15,5% en 2017, mientras que en España apenas han variado (18,6% vs. 18,3%); (2) mayor consumo en adolescentes que en adultos. Resulta preocupante que las mayores tasas de consumo se dan en la franja de 14 a 18 años (26,3%), muy por delante de la franja 25-34 (16,7%); (3) comienzo a edades muy precoces. Según los datos del ESTUDES 2016-2017, la edad media de inicio en el consumo de cannabis se situaba en los 14,8 años, mientras que en Galicia era un poco mayor (15,1). Sin embargo, recientes estudios como el de Rial et al. (2019a) sitúan ya esa edad en Galicia también en los 14,8 años e incluso, cuando se incorpora a las encuestas la franja de 12-13 años, el promedio desciende hasta los 14,5 años, edad en la que suele producirse también la primera borrachera. Este mismo trabajo advierte que casi el 40% de los adolescentes que consumen cannabis lo hacen ya con 14 años o menos; (4) aumento del consumo problemático, que en España se sitúa en el 2,8% (el 13,3% de los consumidores) y en Galicia en el 2,9% (13,9% de los consumidores). Sin embargo, en el estudio de Rial et al. (2019) el porcentaje asciende ya al 4,9%.

## OBJETIVOS

Habida cuenta de estos antecedentes, el presente trabajo se plantea con el objetivo de analizar en profundidad el consumo de cannabis entre los menores, no sólo intentando aportar datos actualizados relativos a su prevalencia, sino también en lo referido a los patrones y perfiles de consumo, implicaciones y variables asociadas. Estamos convencidos que únicamente a través del conocimiento objetivo y profundo de la realidad y, por ende, de una mejor comprensión de ésta, será posible articular políticas de prevención más eficaces.

## METODOLOGÍA

### *Participantes*

El universo objeto de estudio fue definido por todos aquellos adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y los 17 años que cursaban Educación Secundaria Obligatoria [ESO], Bachillerato o Formación Profesional [FP], en centros de enseñanza del Concello de Vigo (N aproximado= 25000 individuos). Para la selección de la muestra se utilizó un muestreo bietápico: por conglomerados para la selección de las unidades de primer nivel (centros educativos) e intencionado para la selección de las unidades de segundo nivel (individuos). Participaron un total de 29 centros de titularidad tanto pública (10) como privada/concertada (19), proporcionando una muestra inicial de 4601 estudiantes. Fruto de un exhaustivo proceso de revisión, fueron eliminados 469 casos por presentar un excesivo número de valores *missing* o patrones de respuesta incoherentes y 384 por encontrarse fuera del rango de edad objeto de estudio. La muestra final estuvo compuesta por 3748 menores (49,8% chicas y 48,5% chicos) con edades comprendidas entre los 12 y los 17 años ( $M = 14,61$  y  $DT = 1,555$ ). El 79% se encontraba cursando la ESO, el 17,3% Bachillerato y el 3,7% FP.

### *Instrumentos*

Los datos fueron recogidos mediante un cuestionario elaborado expresamente para el presente estudio, diseñado por el equipo USC-PSICOM en colaboración con el *Center for Adolescent*

*Substance Abuse Research* de la Universidad de Harvard y con la participación directa de los profesionales del Plan Local sobre Drogodependencias y otras Adicciones [PLDA] del Concello de Vigo y entidades colaboradoras. El cuestionario incluía preguntas agrupadas en 4 bloques: (1) un primer bloque integrado por preguntas extraídas del ESTUDES 2014/15 (Plan Nacional sobre Drogas, 2016) sobre los hábitos de consumo de alcohol y otras sustancias; (2) un segundo bloque compuesto por herramientas específicas de *screening*: el *Alcohol Use Disorders Identification Test* [AUDIT] en su versión autoadministrada (Rial, Golpe, Araujo, Braña y Varela, 2017) para estimar el consumo de riesgo de alcohol; el *Cannabis Abuse Screening Test* [CAST] (Legleye, Piontek y Kraus, 2011) para estimar el consumo de riesgo de cannabis; la versión española del *CRAFFT Abuse Screening Test* validada por Rial et al. (2019b) y la Escala de Uso Problemático de Internet ([EUPI-a], Rial, Gómez, Isorna, Araujo y Varela, 2015); (3) un tercer apartado formado por preguntas de elaboración propia encaminados a estimar los consumos de Nuevas Sustancias Psicoactivas, nuevas formas o rituales de consumo así como también la accesibilidad percibida a estas sustancias y los riesgos asociados; (4) y por último, un cuarto bloque que incluía preguntas sobre los hábitos de uso de Internet y determinadas prácticas de riesgo como el *sexting* o el *cyberbullying*.

### **Procedimiento**

Los datos fueron recogidos mediante una encuesta *online* a través de una plataforma desarrollada por el grupo USC-PSICOM y alojada en los servidores del Centro de Supercomputación de Galicia [CESGA]. Cada centro se coordinó de forma autónoma para llevar a cabo la recogida de datos, siempre en grupos reducidos (15-20 individuos) y bajo la supervisión de un responsable técnico en cada centro. Para garantizar la estandarización del procedimiento de recogida se proporcionó formación específica para los responsables de cada centro y se realizó un seguimiento diario del proceso de recogida de información por parte del personal del grupo de investigación. Tanto adolescentes, como progenitores y profesorado fueron debidamente informados de la finalidad del estudio, garantizando el anonimato y confidencialidad de la información proporcionada gracias a la generación de credenciales y contraseñas específicas para cada centro. Se contó con el consentimiento y la colaboración de los equipos directivos de los centros y de las respectivas asociaciones de madres y padres del alumnado. La participación fue totalmente voluntaria y el tiempo de cumplimentación del cuestionario fue aproximadamente de 25 a 30 minutos. El trabajo contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad de Santiago de Compostela.

### **Análisis de datos**

Tras un primer análisis descriptivo univariante, se llevó a cabo una tabulación bivariada con la aplicación de los contrastes oportunos (paramétricos y no paramétricos según la naturaleza de las variables). Para la comparación de medias de dos grupos se emplearon pruebas *t* de *Student* y para la comparación de porcentajes se realizaron tablas de contingencia con contrastes de independencia  $\chi^2$ . Los análisis fueron realizados mediante el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 25 (IBM Corp. Released, 2017).

## **RESULTADOS**

### **Niveles de consumo y consumos de riesgo**

Tal y como se recoge en la Tabla 1, el alcohol es la sustancia más consumida por los menores de 12 a 17 años del Concello de Vigo (31,7% último año; 19,7% último mes), seguida del tabaco y el cannabis. Un análisis de los consumos en función del género revela diferencias estadísticamente significativas en los consumos de tabaco, siendo mayores entre las chicas. También se observan tasas de consumo de alcohol ligeramente mayores por parte de estas, mientras que, en los consumos de cannabis las diferencias se minimizan. Por grupos de edad, se aprecia un importante incremento en los niveles de consumo de dichas sustancias.

Respecto a los consumos de riesgo, las herramientas de *screening* específicas empleadas revelan que un 17% de los menores presentarían un consumo de riesgo con las drogas en general (CRAFFT), un 20,4% con el alcohol (AUDIT), y el 6,1% con el cannabis. Por género, se observan diferencias significativas únicamente en las tasas de consumo de riesgo de cannabis, siendo ligeramente mayores entre los chicos. También se constatan aumentos significativos en los diversos consumos de riesgo en función de la edad.

Tabla 1. *Consumos de sustancias y consumo de riesgo por sexo y grupo de edad*

CONSUMOS	GLOBAL (%)	GÉNERO		$\chi^2$	GRUPO DE EDAD		$\chi^2$
		Hombre (%)	Mujer (%)		12-14 años (%)	15-17 años (%)	
<b>Último año</b>							
Alcohol	31,7	29,3	33,9	8,616*	10,4	50,8	701,892**
<i>Emborracharse</i>	16,1	16	16,2	0,016	2,9	28	434,948**
Tabaco	15,2	12,8	17,6	16,033**	5,1	24,3	265,779**
Cannabis	9,2	9,6	8,9	0,444	2,3	15,4	189,966**
<b>Último mes</b>							
Alcohol	19,7	18,4	21	3,782	4,5	33,3	489,062**
<i>Emborracharse</i>	9,6	9	10	0,926	1	17,2	282,274**
Tabaco	11,3	9,4	13,3	13,273**	3	18,8	232,118**
Cannabis	6,1	6,5	5,7	0,941	1,3	10,4	134,449**
<b>Consumo Riesgo</b>							
CRAFFT	17	16,7	17,1	0,078	6,5	26,4	262,485**
AUDIT	20,4	19,2	21,5	3,041	7	32,5	369,902**
CAST	6,1	6,9	5,2	4,307*	2	9,7	95,548**

Nota. \* $p < ,05$ ; \*\* $p < ,001$ .

La edad de inicio en el consumo de cannabis se sitúa por término medio en los 14,55 años ( $DT=1,43$ ), precedida por un inicio más temprano en el consumo de alcohol ( $M=13,13$ ;  $DT=2,108$ ) y del tabaco ( $M=13,77$ ;  $DT=1,676$ ), situándose prácticamente a la par de la primera borrachera ( $M=14,62$ ;  $DT=1,379$ ). En la Figura 1, se recogen los resultados de un análisis más específico de los niveles de consumos de cannabis en función de los años, poniendo de manifiesto que a los 17 años, 1 de cada 4 menores (25,7%) ya habría consumido dicha substancia en el transcurso del último año y un 17,9% en el transcurso del último mes.

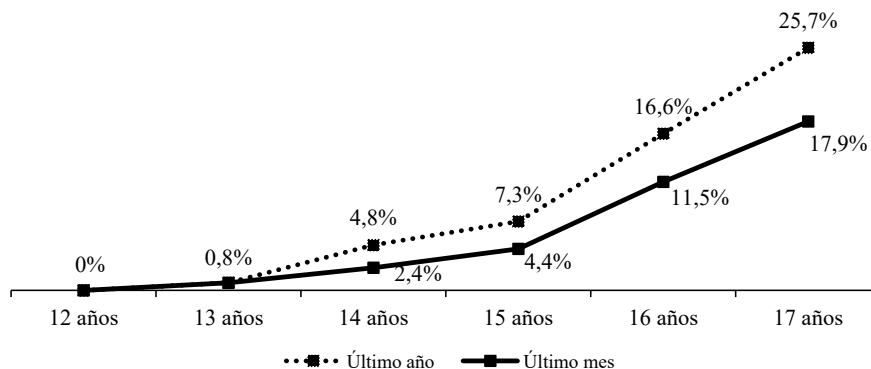


Figura 1. *Tasas de consumo de cannabis (Último año/Último mes)*

**Relación entre el consumo de cannabis y los consumos de otras sustancias**

Para analizar la relación del consumo de cannabis con el de otras sustancias, hemos optado por dividir la muestra en dos grupos (consumidores de cannabis en el último mes vs aquellos que no consumieron en el último mes), comparando a continuación sus hábitos, repertorios y consumos de riesgo. En la Tabla 2 se recogen los resultados, en los cuales se constatan diferencias estadísticamente significativas para cada una de las conductas referidas, con tasas que en ocasiones llegan a multiplicarse por 10 entre los consumidores habituales de cannabis. Así, por ejemplo, entre aquellos adolescentes que han consumido cannabis en el último mes, una gran mayoría de estos presentan también importantes tasas de consumo de alcohol (85,2% vs. 15,4;  $\chi^2= 656,558$ ;  $p <,001$ ), tabaco (84,7% vs. 6,6;  $\chi^2= 1298,448$ ;  $p <,001$ ), han participado en rituales de consumo como fumar por cachimba (44,1% vs.4,3;  $\chi^2= 656,558$ ;  $p <,001$ ) e incluso han experimentado en mayor medida con las Nuevas Sustancias Psicoactivas (17,5% vs. 1,1;  $\chi^2= 270,992$ ;  $p <,001$ ).

Estas diferencias también se aprecian en los consumos de riesgo, obteniendo tasas significativamente mayores entre los consumidores de cannabis en el último mes, llegando a multiplicarse por 6 los porcentajes de positivos en el CRAFFT (81,7% vs. 12,8;  $\chi^2= 718,056$ ;  $p <,001$ ), por 5 en el AUDIT (82,5% vs. 16,4;  $\chi^2= 574,295$ ;  $p <,001$ ) y de forma especialmente significativa, en los niveles de consumo de riesgo de cannabis, multiplicando por más de 20 las tasas de positivo en el CAST (59,8% vs. 2,6;  $\chi^2= 1223,011$ ;  $p <,001$ )

Tabla 2. Diferencias en los repertorios de consumo y consumos de riesgo

	No consume cannabis (Último mes %)	Consumo cannabis (Último mes %)	$\chi^2$
<b>Repertorio de consumos (Último mes)</b>			
Alcohol	15,4	85,2	656,558**
Emborracharse	6,3	60,3	719,740**
Tabaco	6,6	84,7	1298,448**
Botellón	9,5	69	660,595**
Policonsumo (2 sustancias o más)	8,1	95,2	1396,246**
Policonsumo (3 sustancias o más)	2,7	80,3	1877,904**
<b>Nuevas formas de consumo (Último mes)</b>			
Tabaco en Cachimba	4,3	44,1	531,654**
Alcohol con Bebidas Energéticas	10,4	58,1	419,365**
“Bebida violeta” o “Purple Drank”	0,6	7,9	99,854**
<b>Nuevas Sustancias Psicoactivas (Alguna vez)</b>			
LSD, setas, ketamina, cristal, éxtasis, poppers, GHB, etc.	1,1	17,5	270,992**
<b>Consumo de riesgo</b>			
CRAFFT (+)	12,8	81,7	718,056**
AUDIT (+)	16,4	82,5	574,295**
CAST (+)	2,6	59,8	1223,011**

Nota. \* $p <,05$ ; \*\* $p <,001$ .

### **Accesibilidad y percepción de riesgo**

La accesibilidad y la percepción de riesgo son dos variables importantes para tratar de entender el problema con el consumo de cannabis. En este sentido, si comparamos la accesibilidad percibida de dicha substancia entre los consumidores habituales (último mes) y los que no consumieron cannabis, nos encontramos con que los primeros manifiestan en mayor medida una gran facilidad a la horade conseguir o adquirir cannabis, considerándola una tarea “sencilla o muy sencilla” (89,5% vs. 34,6;  $\chi^2= 275,227$ ;  $p <,001$ ).

El análisis de los resultados revela también diferencias importantes en las percepciones de riesgo, obteniendo puntuaciones medias significativamente más bajas en los riesgos percibidos asociados a “fumar 10 o más cigarrillos”, “consumir tabaco en cachimba”, “consumir cannabis en cachimba”, siendo destacable la referida a “fumar un porro durante el fin de semana o cuando sales” considerada como la menos peligrosa por parte de los consumidores habituales (0,7 vs. 1,88;  $t= 23,433$ ;  $p <,001$ ).

### **Prácticas de riesgo en la Red y Uso Problemático de Internet**

Por último, también se ha analizado la posible relación entre el consumo de cannabis con la implicación en determinadas prácticas de riesgo en la Red y el uso problemático de Internet. Los resultados recogidos en la Tabla 3 constatan diferencias estadísticamente significativas para cada una de las conductas contempladas en el estudio, arrojando tasas de 2 a 6 veces mayores entre los que manifiestan haber consumido cannabis en el último mes. Así pues, estos señalan con más frecuencia sentirse amenazados, acosados o humillados a través de la Red (*cyberbullying*); son más propensos a difundir fotos o vídeos propios de contenido erótico (*sexting*); contactan más con desconocidos; acceden a webs de contenido pornográfico y realizan apuestas *online* en mayor medida. Lo mismo puede decirse respecto al Uso Problemático de Internet, obteniendo una tasa significativamente mayor entre los consumidores habituales de cannabis (42,8 % vs. 25,9;  $\chi^2= 30,475$ ;  $p <,001$ ).

Tabla 3. Diferencias en las prácticas de riesgo y uso problemático de Internet

	No consume cannabis (Último mes %)	Consumo cannabis (Último mes %)	$\chi^2$
<b>Prácticas de riesgo en la Red</b> (Último año)			
Victimiza de <i>cyberbullying</i>	4,6	11,4	20,549**
Agresor de <i>cyberbullying</i>	2,2	10,5	52,362**
<i>Sexting</i> activo	3,8	24,9	193,198**
<i>Sexting</i> pasivo	10,3	40,6	182,455**
Consume pornografía <i>online</i>	26	55,9	94,592**
Contacto con desconocidos	19	46,3	96,112**
Apuestas Online	8,7	24,5	59,764**
<b>Uso Problemático de Internet</b>			
EUPI-a (+)	25,9	42,8	30,475**

Nota. \* $p <,05$ ; \*\* $p <,001$



## CONCLUSIONES

Los datos disponibles permiten señalar que aproximadamente 1 de cada 10 escolares (9,2%) con edades comprendidas entre los 12 y los 17 años del Concello de Vigo han consumido cannabis en el transcurso del último año y un 6,1% en el último mes. Este porcentaje coincide prácticamente con la tasa de positivos (6%) en la escala de *screening* de consumo de riesgo de cannabis (CAST), lo que implica que a pesar de ser “relativamente pocos” los que consumen cannabis de forma habitual, quienes lo hacen presentan un patrón claramente peligroso.

Preocupa especialmente las tasas de consumo de riesgo de cannabis entre los más jóvenes: el 2% de las niñas y niños de 12 a 14 años (edad pediátrica) ya presentan un consumo de riesgo y el 9,7% en la franja que va desde los 15 a los 17 años, experimentando un salto cualitativo en estas edades, al multiplicarse prácticamente por 5. Al margen de los niveles de consumo de riesgo detectados, el presente estudio ha permitido constatar una serie de implicaciones ligadas al hecho de consumir cannabis en estas edades. Las tasas de consumo de alcohol, tabaco, borracheras e incluso de policonsumo llegan a multiplicarse por 30 entre las y los adolescentes que consumen cannabis de forma habitual. También se constatan mayores consumos de riesgo de alcohol y de drogas en general, con tasas de positivos en el AUDIT y en el CRAFFT, respectivamente, significativamente superiores. Lo mismo sucede cuando analizamos el consumo de Nuevas Substancias Psicoactivas (LSD, Setas, Éxtasis, etc.) o las Nuevas Formas de Consumo, entre las cuales destacan los porcentajes de adolescentes que han fumado tabaco y/o cannabis en cachimba, que llegan a multiplicarse por 10.

Adicionalmente, se ha podido comprobar cómo la Accesibilidad y la Percepción de Riesgo (dos variables fundamentales para comprender los consumos) constituyen un área en la que es necesario seguir incidiendo activamente. La gran mayoría de los menores que consumen de forma asidua cannabis (89,5%) manifiestan que les resulta “sencillo” o “muy sencillo” conseguir dicha sustancia. Por otro lado, de todas las percepciones de riesgo analizadas, “fumar un porro los fines de semana o cuando sales” es percibida como la menos peligrosa, percepción que se agrava entre los propios consumidores.

Por último, también se ha podido comprobar cómo el consumo de cannabis se asocia a determinadas prácticas de riesgo online (Uso Problemático de Internet, *cyberbullying*, *sexting*, consumo de pornografía *online*, contacto con desconocidos o apuestas *online*), con porcentajes significativamente mayores en cada una de ellas.

Con estos nuevos datos en la mano, parece obvia la necesidad de introducir cambios a nivel de prevención, iniciarla antes y reforzar su carácter integral.

## REFERENCIAS

- IBM Corp. Released (2017). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0* [Statistical software]. IBM Corp.
- Legleye, S., Piontek, D. y Kraus, L. (2011). Psychometric properties of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) in a French sample of adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 113, 229–235. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.08.011>
- Plan Nacional sobre Drogas. (2016). *Encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES) 2014-2015*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Plan Nacional sobre Drogas. (2018). *Encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES) 2016-2017*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Rial, A., Burkhart, G., Isorna, M., Barreiro, C., Varela, J. y Golpe, S. (2019a). Consumo de cannabis entre adolescentes: patrón de riesgo, implicaciones y posibles variables explicativas. *Adicciones*, 31(1), 64–77. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1212>

- Rial, A., Golpe, S., Araujo, M., Braña, T. y Varela, J. (2017). Validación del Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) en población adolescente española. *Psicología Conductual*, 25, 371–376.
- Rial, A., Gómez, P., Isorna, M., Araujo, M. y Varela, J. (2015). EUPI-a: Escala de Uso Problemático de Internet en adolescentes. Desarrollo y validación psicométrica. *Adicciones*, 27, 47–63
- Rial, A., Kim-Harris, S., Knight, J. R., Araujo, M., Gómez, P., Braña, T., Varela, J. y Golpe, S. (2019b). Validación empírica del CRAFFT Abuse Screening Test en una muestra de adolescentes españoles. *Adicciones*, 31(2), 160–169.

### **Agradecimientos**

Este trabajo se enmarca dentro de un proyecto de investigación financiado por el Plan Nacional sobre Drogas (Ref. 2018/008)

**EL CONSUMO DE CANNABIS EN CACHIMBA.  
ALGO MÁS QUE UNA MODA O RITUAL**

Rafael Pichel<sup>1</sup>; Manuel Isorna<sup>2</sup>; Sandra Feijoo<sup>1</sup>; Jesús Varela<sup>1</sup>; Nuria García-Couceiro<sup>1</sup> y Antonio Rial<sup>1</sup>

Universidade de Santiago de Compostela  
Universidade de Vigo

**Contacto:** [antonio.rial.boubeta@usc.es](mailto:antonio.rial.boubeta@usc.es)

## INTRODUCCIÓN

Tal y como se recoge en la *Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024* “Alrededor de 9,8 millones de españoles de entre 15 y 64 años han consumido cannabis al menos una vez en su vida”, lo cual la convierte en la sustancia ilegal de mayor prevalencia de consumo, especialmente entre los adolescentes de 14 a 18 años, segmento en el cual la tasa de consumo, referida al último año, se eleva al 26,3%. Cabe añadir, además que, desde hace años, en España, el mayor número de admisiones a tratamiento por consumo de sustancias se debe al cannabis. Estas y otras razones han llevado a que en la propia Estrategia Nacional le conceda al consumo de cannabis un protagonismo especial, centrandó en él uno de sus objetivos estratégicos (10.1.4): “Reducir la injustificada percepción en la sociedad y especialmente en menores, sobre la normalidad de los consumos”(Plan Nacional sobre Drogas, 2018).

No obstante, no solo los porcentajes de consumo deben suponer una preocupación manifiesta para profesionales y autoridades, puesto que las edades de inicio o los métodos de consumo pueden suponer un riesgo añadido a éste. Si bien es cierto que el 98,9% de los estudiantes de entre 14 y 18 años que han consumido cannabis en los últimos 30 días, lo han hecho en forma del tradicional “porro o canuto” (Plan Nacional sobre Drogas, 2019), en los últimos años han emergido nuevas formas de consumo, como son las cachimbas (también llamadas pipas de agua, sisha, argille o hookah), lo que, de cara estudio y control de la problemática relacionada con el cannabis, constituye en sí mismo un nuevo elemento preocupante. Esta costumbre centenaria de algunos países de Asia y África se ha utilizado durante muchos siglos con la falsa creencia de que eran una forma segura de fumar (Shihadeh & Eissenberg, 2005) y bajo ese enmascaramiento se ha popularizado, en pocos años, entre jóvenes y adultos de todo el mundo (Maziak, 2011; Shihadeh et al., 2015) y por supuesto también en España. Según recoge el *Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones*, el 47% de los estudiantes han utilizado cachimbas para fumar tabaco (frecuentemente con sabor a fruta), no apreciándose diferencias significativas en función del sexo. Además, el 11,9% han señalado el uso cachimbas para el consumo de cannabis o derivados (principalmente marihuana), siendo el consumo por parte de los hombres (15,1%), significativamente mayor que el de las mujeres (8,1%) (Plan Nacional sobre Drogas, 2019).

Es importante recalcar que la falta de conciencia sobre el peligro de que los jóvenes fumen tabaco con sabor a frutas en cachimba, genera una cierta permisividad social hacia un acto que constituye para ellos su primera experiencia de consumo de tabaco y que los va a predisponer al consumo futuro de cigarrillos (Martinasek et al., 2011; Maziak et al., 2015).

En España, los datos disponibles sobre el uso de cachimbas son escasos, ya que son muy pocos los trabajos que han analizado su utilización entre jóvenes y adolescentes. Los existentes revelan que esta nueva práctica o ritual suele implicar a un volumen cada vez mayor de individuos (entre un 13% y un 28%) (Sáenz-Lussagnet et al., 2018), dato que concuerda con lo señalado por la *Organización Mundial de la Salud* que, por su parte, refiere que las cifras oscilan entre el 15 y el 20% en países mediterráneos (OMS, 2015). No obstante, la *Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES)*, nos ofrece datos más específicos sobre el uso de cachimbas para consumo de cannabis y señala que en el año 2016 el 17,9% de los adolescentes españoles que consumieran cannabis en los últimos 30 días, indicaban haber usado cachimbas, porcentaje que ha descendido hasta el 11,9% en la edición del 2018 (Plan Nacional sobre Drogas, 2019). Este descenso de seis puntos porcentuales, que a priori supone un dato esperanzador, ha de ser aceptado con cautela hasta ver si la tendencia descendente se confirma en posteriores investigaciones o se trata de un dato meramente coyuntural.

En lo que respecta a la salud, según los expertos, el consumo a través de cachimba resulta más perjudicial que el consumo de manera convencional, ya que una hora de cachimba equivaldría a al consumo de aproximadamente paquete y medio de cigarrillos. Chabrol et al. (2002) informan que el

consumo de cannabis en cachimba presenta un efecto más rápido y de mayor intensidad, comparable al efecto de algunas drogas ilícitas como la cocaína o la heroína (H. Chabrol et al., 2002). De hecho, fumar en cachimba permite que las inhalaciones envíen más humo a los pulmones y por tanto más THC, lo que amplifica el efecto del cannabis debido principalmente a su efecto broncodilatador (Tetrault et al., 2007). Una característica habitual de los fumadores de cannabis es inhalar profundamente y contener la respiración para lograr la máxima absorción de THC en los pulmones (Hall et al., 2009). Es así que el uso de cachimbas está relacionado directamente con el nivel de dependencia al cannabis (Henri Chabrol et al., 2003) y el consumo de cannabis está presente en el 65,7% de los primeros episodios psicóticos (Schimmelmann et al., 2012), estando éstos, a su vez, relacionados con la cantidad ingerida de THC (Casadio et al., 2011).

Además, la combustión del carbón en la cachimba produce sustancias cancerígenas, metales pesados, hidrocarburos aromáticos policíclicos y otras toxinas; todas ellas relacionadas con enfermedades pulmonares, cardíacas y cáncer (Etemadi et al., 2017). Recientemente el consumo de cannabis en cachimba se ha relacionado con un mayor riesgo de padecer cáncer de boca, esófago, estómago, vejiga, accidentes cerebrovasculares, enfermedades cardiovasculares, deterioro de la salud mental, reflujo gastroesofágico e infertilidad masculina (Bhatnagar et al., 2019; Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud (Oficina Regional Para las Américas), 2018; WHO, 2015).

Así mismo, no se debe obviar que, al ser una práctica social en grupo, es común compartir las boquillas y la manguera de la cachimba, lo que constituye un problema sanitario añadido (Blachman-Braun et al., 2014), ya que aumenta el riesgo de transmisión de enfermedades respiratorias como la tuberculosis o múltiples virus, que ven facilitada su transmisión gracias a la humedad existente y a que en muchas ocasiones no se cambia el agua de la cachimba durante varias sesiones lo que crea un ambiente idóneo para la proliferación de microorganismos que pueden ser muy perjudiciales para la salud (Galindo Sabaniel et al., 2019).

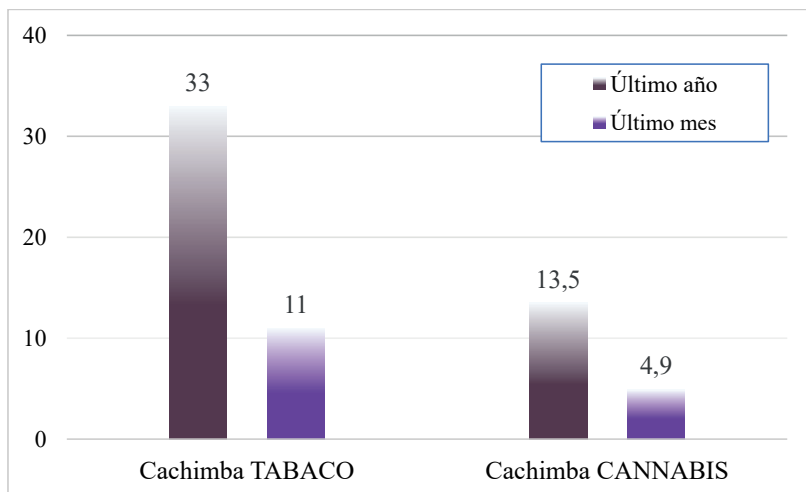
Dada su asociación con importantes problemas de salud y su uso creciente en los últimos años, la cachimba se ha convertido en una nueva preocupación para las autoridades sanitarias, un problema de salud pública a nivel mundial y una nueva amenaza en la lucha global contra las drogas (Maziak et al., 2017). No obstante, más allá de la prevalencia de esta práctica o modalidad de consumo, el objetivo del presente trabajo, de carácter exploratorio, ha sido analizar el uso de la cachimba entre jóvenes y adolescentes gallegos, especialmente para el consumo de cannabis, proporcionando nuevos datos de prevalencia y, al mismo tiempo, intentando analizar sus posibles implicaciones.

## **METODOLOGÍA**

El presente estudio se llevó a cabo con una muestra de 2.492 estudiantes de diferentes niveles académicos (Enseñanza Secundaria Obligatoria, ciclos formativos de Formación Profesional, Bachillerato y Universidad), con edades comprendidas entre los 12 y los 24 años (Media= 16,61; DT=2,52), 48,5% hombres y 51,5% mujeres, correspondientes a 18 centros educativos de las 4 provincias gallegas, tanto públicos como concertados. La recogida de datos se llevó a cabo mediante un cuestionario autoadministrado elaborado expresamente para este estudio, en un pase colectivo a grupos reducidos (20-25 sujetos), en las propias aulas de los centros. Los participantes fueron informados del objetivo del estudio, garantizando el anonimato y la confidencialidad de sus respuestas. La participación fue totalmente voluntaria. El carácter exploratorio del trabajo, unido al hecho de no haber utilizado una estrategia de muestreo probabilística, hace que los resultados deban ser interpretados con cautela.

## RESULTADOS

El consumo de cannabis en cachimba en el último año ascendería al 13,5%, valor ligeramente inferior al porcentaje recogido en el ESTUDES 2016-2017 (17%)

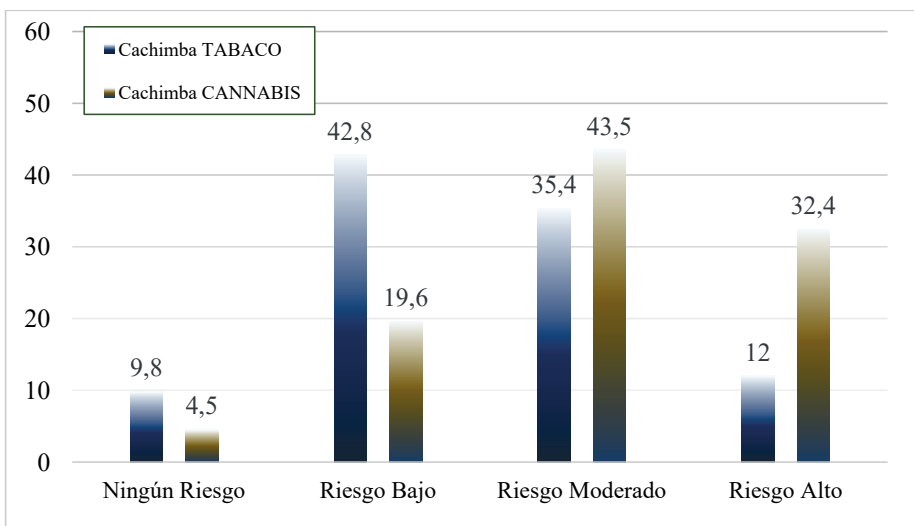


El consumo de cannabis en cachimba es más habitual en hombres que en mujeres, no así el de tabaco, que no presenta diferencias significativas. Se duplica en el tránsito de los 14-15 años a los 16-17 y alcanza el 24% entre los 18 y los 24 años

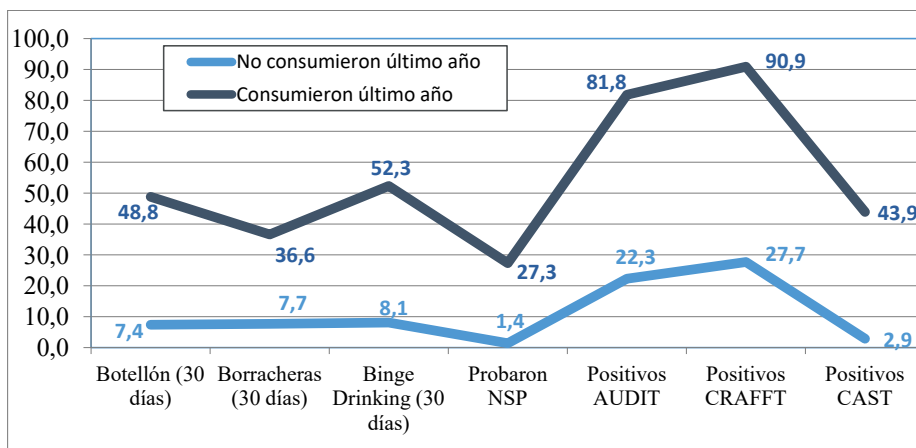
	ÚLTIMO AÑO		ÚLTIMO MES	
	TABACO	CANNABIS	TABACO	CANNABIS
<b>HOMBRES</b>	32,3%	15,8% <sup>2</sup>	11,5%	6,6% <sup>2</sup>
<b>MUJERES</b>	33,1%	11,2%	10,7%	3,1%
<b>12-13 años</b>	3,5%	0,9%	1,5%	0,6%
<b>14-15 años</b>	19,3%	4,2%	6,9%	1,3%
<b>16-17 años</b>	30,3%	11,5%	10,3%	4,6%
<b>18 o más</b>	46,9% <sup>3</sup>	24,1% <sup>3</sup>	15,4% <sup>3</sup>	8,2% <sup>3</sup>
<b>MENORES 18</b>	26,7%	9,2%	9,1%	3,5%
<b>MAYORES 18</b>	46,9% <sup>3</sup>	24,1% <sup>3</sup>	15,4% <sup>2</sup>	8,2% <sup>2</sup>

<sup>1</sup>  $p < 0,05$  ; <sup>2</sup>  $p < 0,01$  ; <sup>3</sup>  $p < 0,001$

Sólo 1 de cada 3 entrevistados considera que el riesgo que implica de consumir cannabis en cachimba es elevado. 1 de cada 4 considera que el riesgo es Bajo o Nulo.



Las tasas de *Binge Drinking*, Botellón, borracheras e incluso de consumo de Nuevas Sustancias Psicoactivas son significativamente mayores entre los que fuman en cachimba, especialmente cannabis. Lo mismo puede decirse respecto a la tasa de positivos en el AUDIT, en el CRAFFT o en el CAST



## CONCLUSIONES

El 33% de los entrevistados revela haber fumado tabaco en cachimba, al menos en una ocasión en el último año y un 11% en el último mes. Los porcentajes en el caso del cannabis son del 13,5% y el 4,9% respectivamente. Las tasas de consumo de cannabis en cachimba son significativamente mayores entre los chicos que entre las chicas (el doble), aunque las diferencias desaparecen en el caso del tabaco. Cabe señalar además que 1 de cada 10 menores de edad habrían consumido cannabis en cachimba en el último año, el 4,2% entre los 14 y 15 años y prácticamente 1 de cada 100 en la franja de 12 a 13. En el caso de los jóvenes de 18 a 24 años sería una práctica relativamente común en el 24,1% de los casos (más de 30.000). Cabe destacar también, la escasa percepción de riesgo que los jóvenes asocian al consumo a través de esta vía. Sólo un 32,4% considera que puede suponer un riesgo "Alto" para la salud

consumir cannabis en cachimba (un 12% en el caso del tabaco). Ello refuerza la idea de que estamos ante un fenómeno que parece haberse “instalado” entre las prácticas y rituales de consumo habituales de jóvenes y adolescentes, al que se suele atribuir un nivel de riesgo muy escaso pero que, sin embargo, posee importantes consecuencias para la salud. Se ha podido constatar también un mayor consumo “de riesgo” de alcohol y de sustancias entre los que consumen cannabis en cachimba, con tasas de positivos en el CRAFFT, en el AUDIT y en el CAST significativamente mayores. Podría interpretarse que el uso de la cachimba constituye en sí mismo una práctica de riesgo, pero, al mismo tiempo, un claro indicador patrón de consumo subyacente claramente perjudicial. A la luz de estos datos, parece restar poca duda de que el uso de la cachimba entre jóvenes y adolescentes va mucho más allá de una simple moda o ritual. Las tasas de problemas con el cannabis, el alcohol y de atracones se multiplica por 4 o por 5, igual que la tasa de problemas con el consumo de sustancias en general. En el caso de la experimentación con Nuevas Sustancias Psicoactivas la situación es aún peor, multiplicándose por 15. La lectura, por tanto, es obvia. Los responsables institucionales tanto a nivel estatal y autonómico, como municipal, deben tomar buena nota e implementar las medidas oportunas, tanto desde el punto de vista legal como socio-educativo, urgiendo también a las familias a tomar partido.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alzaabi, A., Mahboub, B., Salhi, H., Kajingu, W., Rashid, N., & El-Hasnaoui, A. (2016). Waterpipe Use in the Middle East and North Africa: Data From the Breathe Study. *Nicotine & Tobacco Research*, ntw256. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntw256>
- Bhatnagar, A., Maziak, W., Eissenberg, T., Ward, K. D., Thurston, G., King, B. A., Sutfin, E. L., Cobb, C. O., Griffiths, M., Goldstein, L. B., Rezk-Hanna, M., & On behalf of the American Heart Association Behavioral Change for Improving Health Factors Committee of the Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health and Council on Epidemiology and Prevention; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Quality of Care and Outcomes Research; and Stroke Council. (2019). Water Pipe (Hookah) Smoking and Cardiovascular Disease Risk: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 139(19). <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000671>
- Blachman-Braun, R., Del Mazo-Rodríguez, R. L., López-Sámano, G., & Buendía-Roldán, I. (2014). Hookah, is it really harmless? *Respiratory Medicine*, 108(5), 661-667. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2014.01.013>
- Casadio, P., Fernandes, C., Murray, R. M., & Di Forti, M. (2011). Cannabis use in young people: The risk for schizophrenia. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(8), 1779-1787. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2011.04.007>
- Chabrol, H., Massot, E., Montovany, A., Chouicha, K., & Armitage, J. (2002). Modes de consommation, représentations du cannabis et dépendance: Étude de 159 adolescents consommateurs. *Archives de Pédiatrie*, 9(8), 780-788. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(01\)00989-7](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(01)00989-7)
- Chabrol, Henri, Roura, C., & Armitage, J. (2003). Bongs, a Method of Using Cannabis Linked to Dependence. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(10), 709-709. <https://doi.org/10.1177/070674370304801011>
- Etemadi, A., Gandomkar, A., Freedman, N. D., Moghadami, M., Fattahi, M. R., Poustchi, H., Islami, F., Boffetta, P., Dawsey, S. M., Abnet, C. C., & Malekzadeh, R. (2017). The association between waterpipe smoking and gastroesophageal reflux disease. *International Journal of Epidemiology*, 46(6), 1968-1977. <https://doi.org/10.1093/ije/dyx158>
- Galindo Sabaniél, C., González Román, A. C., Espigares Rodríguez, E., & Moreno Roldán, E. (2019). Riesgo para la salud pública de fumar tabaco en cachimba. *Higiene y Salud Ambiental*, 19(3), 1775-1785.
- Hall, W., Degenhardt, L., & Teesson, M. (2009). Reprint of “Understanding comorbidity between substance use, anxiety and affective disorders: Broadening the research base”. *Addictive Behaviors*, 34(10), 795-799. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.03.040>



- Martinasek, M. P., McDermott, R. J., & Martini, L. (2011). Waterpipe (Hookah) Tobacco Smoking Among Youth. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 41(2), 34-57. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2010.10.001>
- Maziak, W. (2011). The global epidemic of waterpipe smoking. *Addictive Behaviors*, 36(1-2), 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.08.030>
- Maziak, W., Ben Taleb, Z., Jawad, M., Afifi, R., Nakkash, R., Akl, E. A., Ward, K. D., Salloum, R. G., Barnett, T. E., Primack, B. A., Sherman, S., Cobb, C. O., Sutfin, E. L., Eissenberg, T., & Expert Panel on Waterpipe Assessment in Epidemiological Studies. (2017). Consensus statement on assessment of waterpipe smoking in epidemiological studies. *Tobacco Control*, 26(3), 338-343. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2016-052958>
- Maziak, W., Taleb, Z. B., Bahelah, R., Islam, F., Jaber, R., Auf, R., & Salloum, R. G. (2015). The global epidemiology of waterpipe smoking. *Tobacco Control*, 24(Suppl 1), i3-i12. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2014-051903>
- OMS. (2015). *Hoja informativa OMS del tabaco en pipa de agua. La salud y el consumo de tabaco en pipa de agua*. Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Organización Panamericana de la Salud, & Organización Mundial de la Salud (Oficina Regional Para las Américas). (2018). *Efectos sociales y para la salud del consumo de cannabis sin fines médicos*. Pan American Health Organization.
- Plan Nacional sobre Drogas. (2018). *Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad.
- Plan Nacional sobre Drogas. (2019). *Encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES) 2018-2019*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad.
- Sáenz-Lussagnet, J. M., Rico-Villademoros, F., & Luque Romero, L. G. (2018). Consumo de pipas de agua y cigarrillos entre adolescentes de Sevilla (España): Prevalencia y potenciales determinantes. *Adicciones*, 31(2), 170. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1112>
- Schimmelmann, B. G., Conus, P., Cotton, S., Kupferschmid, S., McGorry, P. D., & Lambert, M. (2012). Prevalence and impact of cannabis use disorders in adolescents with early onset first episode psychosis. *European Psychiatry*, 27(6), 463-469. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.03.001>
- Shihadeh, A., & Eissenberg, T. (2005). *Tobacco smoking using a waterpipe: Product, prevalence, chemistry/toxicology, pharmacological effects and health hazards*. The WHO Study Group on Tobacco Product Regulation.
- Shihadeh, A., Schubert, J., Klaiany, J., El Sabban, M., Luch, A., & Saliba, N. A. (2015). Toxicant content, physical properties and biological activity of waterpipe tobacco smoke and its tobacco-free alternatives. *Tobacco Control*, 24(Suppl 1), i22-i30. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2014-051907>
- Tetrault, J. M., Crothers, K., Moore, B. A., Mehra, R., Concato, J., & Fiellin, D. A. (2007). Effects of marijuana smoking on pulmonary function and respiratory complications: A systematic review. *Archives of Internal Medicine*, 167(3), 221-228. <https://doi.org/10.1001/archinte.167.3.221>
- WHO. (2015). *Hoja informativa: La salud y el consumo de tabaco en pipa de agua*. [https://www.who.int/tobacco/publications/prod\\_regulation/factsheetwaterpipe/es/](https://www.who.int/tobacco/publications/prod_regulation/factsheetwaterpipe/es/)

### Agradecimientos

Este trabajo se enmarca dentro de un proyecto de investigación financiado por el Plan Nacional sobre Drogas (Ref. 2018/008)



**CONSUMO DE CANNABIS ENTRE LOS ADOLESCENTES DEL AYUNTAMIENTO DE RIVEIRA. REPENSANDO LA PREVENCIÓN ESCOLAR**

María del Pilar Quintela<sup>1</sup>, María José Iglesias<sup>1</sup>, David Liñares<sup>2</sup>, Sandra Golpe<sup>2</sup> y Patricia Gómez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Asociación RENACER; <sup>2</sup>USC-PSICOM

**Contacto:** [renacer@asociacion-renacer.org](mailto:renacer@asociacion-renacer.org)

## INTRODUCCIÓN

El cannabis es la sustancia ilegal más consumida entre los adolescentes españoles. Los datos de la última edición de la *Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España* [ESTUDES] 2018/2019 (Plan Nacional sobre Drogas, 2020) reflejan un repunte en las tasas de consumo de cannabis en adolescentes en el transcurso del último año, incrementándose de un 25,4% en el año 2014 a un 27,5% en el 2018 y, en el último mes, de un 18,6% a un 19,3%. Resulta preocupante también la evolución en la tasa de consumo de riesgo de cannabis, evaluado mediante la escala CAST, que aumenta de un 2,5% a un 3,4% en el mismo periodo temporal. Diferentes trabajos advierten desde hace tiempo de un descenso en las edades de inicio del consumo de las diferentes sustancias, sugiriendo que los datos disponibles a nivel oficial no representan de forma precisa la realidad actual y recalando las consecuencias que un inicio más temprano puede llevar asociado (Rial, Burkhart, Isorna, Barreiro, Varela y Golpe, 2019). Asimismo, varios estudios de cohortes en adolescentes demuestran que las tasas de consumo de cannabis, a diferencia de lo que ocurría en las generaciones anteriores en las que se mostraban como minoritarias en las chicas, se están igualando entre géneros (Kuhn, 2015). Según los expertos esto sugiere el proceso de un cambio de roles de género que modifica los patrones de consumo de drogas en la adolescencia.

De igual modo, el hallazgo de una serie de elementos sociosanitarios justifican la necesidad de seguir avanzando en el estudio del cannabis (Isorna, 2017; Levine, Clemenza, Rynn y Lieberman, 2017): (1) numerosos trabajos han hecho hincapié en las implicaciones a nivel cerebral, tanto desde un punto de vista estructural como funcional; (2) se han constatado además efectos adversos para la salud a nivel respiratorio y cardiovascular; (3) se han asociado una mayor prevalencia de sintomatología psicótica, ansiedad, depresión o un mayor riesgo de suicidio; (4) desde un punto de vista psicosocial, se ha constatado que los adolescentes que consumen cannabis presentan mayores dificultades para estudiar o trabajar, tienen un peor rendimiento académico y se implican en más conflictos o discusiones, así como en peleas o agresiones físicas y prácticas sexuales de riesgo; (5) el consumo de esta sustancia en la adolescencia ha sido relacionado con una mayor probabilidad de desenvolver una posible dependencia en edad adulta y con el consumo de otras drogas; (6) se ha evidenciado también que conducir bajo los efectos del cannabis incrementando el riesgo de sufrir accidentes de tráfico; (7) y por último, no menos importante, se han hallado estudios que relacionan el uso de esta sustancia con el Uso Problemático de Internet y diferentes prácticas de riesgo en la Red, tales como el *sexting*, el *cyberbullying* o el Uso Problemático de los Videojuegos. Más allá de estas consideraciones, se puede percibir que el cannabis está cada vez más presente en los adolescentes españoles al encontrarse ligada a las corrientes musicales más populares para ellos (como el trap) y que normalizan por completo el consumo de sustancias (Kaluža, 2018).

No cabe duda, de que estamos frente a un problema en absoluto menor, que debe ser analizado con el máximo rigor y un estricto sentido de la responsabilidad. Es por ello por lo que, en la opinión de algunos expertos, el consumo de cannabis se está convirtiendo en la tercera gran ola de drogas en España (tras la de la heroína y de la cocaína de décadas anteriores) y que, de alguna manera, lleva a cuestionar la eficacia de las políticas de prevención actuales, incapaces de frenar la progresiva normalización de su consumo.

## OBJETIVO

El objetivo general de este trabajo es actualizar las tasas y hábitos de consumo de cannabis de los adolescentes del ayuntamiento de Riveira, tratando de ahondar en los consumos de riesgo, así como en las posibles implicaciones y variables asociadas. Toda esta información debe ser de importancia fundamental para orientar el trabajo diario en la prevención del consumo de la sustancia.

## **METODOLOGÍA**

### **Participantes**

Para dar cuenta de los objetivos planteados, se llevó a cabo una encuesta presencial entre la población de estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) y Bachillerato del Ayuntamiento de Riveira. Para la selección de la muestra se utilizó un muestreo intencionado. Participaron un total de 5 centros de titularidad tanto pública como concertada. La muestra final estuvo compuesta por 948 adolescentes con edades comprendidas entre 12 y 18 años.

### **Instrumentos**

Los datos fueron recogidos mediante un cuestionario ad hoc online elaborado expresamente para el presente estudio que incluía 4 bloques: (I) Bloque 1: incluyó preguntas sobre Hábitos de consumo de cannabis y otras sustancias extraídas de la *Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España* [ESTUDES] y del *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* [ESPAD]; (II) Bloque 2: lo formaron las herramientas *Cannabis Abuse Screening Test* [CAST], *Alcohol Use Disorders Identification Test*, [AUDIT] y el *Substance Abuse Screening Test* [CRAFFT] para el screening de consumo de riesgo de cannabis, alcohol y drogas en general; (III) Bloque 3: incorporó preguntas de elaboración propia sobre conductas problema y de riesgo asociadas al consumo de alcohol y demás sustancias; (IV) Bloque 4: un último bloque que incluyó la *Escala de Autoestima de Rosenberg*, la *Escala de Asertividad del Banco de Instrumentos para la Evaluación de Intervenciones Preventivas del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías* [OEDT], la *Escala de Impulsividad de Barrat* y la *Escala de Habilidades Sociales de Oliva* con el fin de evaluar ciertas variables personales asociadas a conductas adictivas.

### **Procedimiento**

El cuestionario fue administrado en las aulas de los centros en grupos reducidos, por un equipo de psicólogas de USC-PSICOM con experiencia acreditada en la realización de este tipo de tareas. Los participantes fueron informados del objetivo del estudio, su carácter voluntario y de la confidencialidad y anonimato de sus respuestas. Se contó con la colaboración de la dirección de los centros y de las respectivas AMPAs. El tiempo de cumplimentación del cuestionario fue aproximadamente de unos 30 minutos. El trabajo contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad de Santiago de Compostela.

### **Análisis de datos**

Tras un primer análisis descriptivo, se llevó a cabo pruebas *t* de Student para la comparación de medias en variables cuantitativas y contrastes  $\chi^2$  en el caso de variables cualitativas o categóricas. Los análisis fueron realizados mediante el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 25.

## **RESULTADOS**

Tal y como se puede observar en la Figura 1, el 63,2% de los adolescentes riveirenses han consumido alcohol alguna vez en la vida, mientras que un 51,7% lo ha hecho en el último año y un 29,3% en el último mes. Un 29% reconoce haber fumado tabaco alguna vez en su vida, habiéndolo realizado un 25,1% en el último año y un 17,8% en el último mes. Asimismo, un 16,3% admite haber consumido cannabis alguna vez en la vida, un 15% en el último año y un 8,1% en el último mes. La edad de inicio del consumo de cannabis se sitúa a los 14,90 años (D.T.=1,42), siendo ellas las que comienzan antes (Femenino= 14,76 años; Masculino =15,20 años).

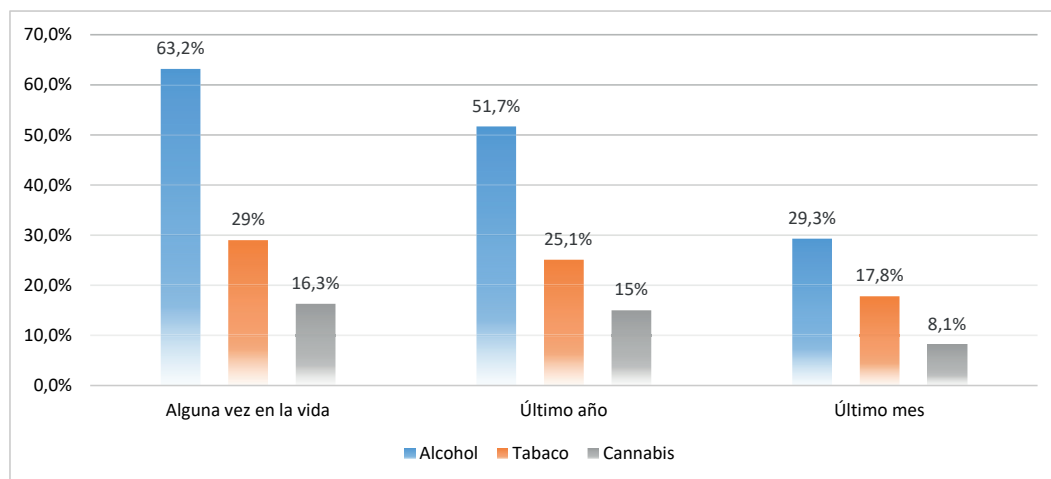


Figura 2. Tasas de consumo de alcohol, cannabis y tabaco. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,001$

En la Tabla 1 se presentan los consumos de riesgo analizados. El 20% de los adolescentes muestran un consumo de riesgo de alcohol, un 4,1% de cannabis y un 18% de drogas en general. Todos los consumos de riesgo son mayores en las chicas, aunque en el caso del cannabis no se ha encontrado una diferencia estadísticamente significativa. Por curso, se puede observar un aumento significativo en el número de casos positivos en el AUDIT y CRAFFT en el grupo de 3º y 4º de la ESO. Esto no ocurre en el CAST, donde se ha hallado una tasa de consumo de riesgo de cannabis desde edades más tempranas. El 4% de los adolescentes de 1º y 2º de la ESO (12-14 años) son casos positivos en la escala CAST. Asimismo, los centros de titularidad pública presentan tasas de consumo de riesgo significativamente más altos que los de titularidad concertada.

Tabla 4. Consumos de riesgo (Global y por Segmentos)

	Global	AUDIT	CAST		CRAFFT		
		20%	4,1%		18%		
Género	Masculino	14,9%	$\chi^2=13,79^{**}$	3,3%	$\chi^2=8,67^*$		
	Femenino	25%		4,8%			
Curso	1º y 2º de la ESO	3,8%	4%	3,9%			
	3º y 4º de la ESO	25,2%	$\chi^2=119,44^{**}$	4,7%	$\chi^2=0,47$	22,3%	$\chi^2=90,93^{**}$
	Bachillerato	39,2%		3,6%		34,1%	
Titularidad del Centro	Públicos	26,3%	$\chi^2=21,59^{**}$	5,3%	$\chi^2=2,86$	23,6%	$\chi^2=18,80^{**}$
	Concertados	13,8%		2,9%		12,3%	

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,001$

Las variables personales parecen tener un peso reducido en la explicación del consumo de cannabis. Únicamente se aprecian diferencias significativas a nivel de Asertividad ( $p < 0,05$ ), Impulsividad ( $p < 0,05$ ) y Expectativas positivas hacia el consumo ( $p < 0,001$ ).

**Tabla 5.** Consumo de Cannabis (último mes) y Variables Personales

¿Consumieron cannabis en el último mes?	No ( $\bar{X}$ )	Sí ( $\bar{X}$ )	t
Autoestima	7,03	6,79	0,98
Asertividad	7,02	6,43	2,07*
Habilidades sociales	5,68	5,82	-0,83
Impulsividad	4,10	4,47	-2,73*
Expectativas positivas	5,42	3,88	-5,13**

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,001$

Comparando a los adolescentes que llegan a casa antes de las 2 am frente a los que llegan después de las 4 am, se ha evidenciado que una hora de llegada más tardía correlaciona con mayores tasas de consumo en las sustancias analizadas. En el caso concreto del cannabis, tal y como se observa en la Tabla 3, aquellos adolescentes que llegan a casa más tarde presentan una tasa de consumo hasta cuatro veces superior en el último mes (5% vs 20,8%).

**Tabla 6.** Hora de llegada a casa y Consumo de sustancias (último mes)

Hora de llegada a casa	Antes de las 2 am (%)	Después de las 4 am (%)	$\chi^2$
Alcohol	18,5	54,4	49,83**
Emborracharse	6,6	29,5	40,82**
Tabaco	13,3	24,4	5,90*
Cannabis	5	20,8	24,80**
Cocaína	0,8	2,6	0,76
Éxtasis, alucinógenos...	0,3	2,6	2,82

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,001$

El dinero disponible cuando los adolescentes salen de noche no parece tener tanto poder explicativo en los niveles de consumo de sustancia. Ahora bien, el 14% de aquellos que disponen al salir de 30€ han consumido cannabis en el último mes, tasa que se reduce a la mitad (7,2%) en aquellos que salen con 20€ o menos. En el caso de la cocaína las diferencias son estadísticamente significativas, hallando una tasa casi diez veces superior en los que salen con más dinero (0,5% vs 4,7%).

Tabla 7. Dinero disponible y Consumo de sustancias (último mes)

Dinero disponible	Hasta 20€ (%)	Más de 30€ (%)	$\chi^2$
Alcohol	29,1	27,3	0,01
Emborracharse	10,3	16,3	0,96
Tabaco	17,4	20,9	0,70
Cannabis	7,2	14	1,75
Cocaína	0,5	4,7	5,07*
Éxtasis, alucinógenos...	0,4	2,3	0,47

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,001$ 

Finalmente, en la Tabla 5 se muestra como el consumo de cannabis parece asociarse con episodios de exceso de alcohol (Binge drinking) en los adolescentes riveirenses. La práctica totalidad que ha consumido cannabis en el último mes ha tomado 3 o más consumiciones en una misma ocasión (92,9%). Aun mismo aplicando un criterio más conservador para evaluar el Binge drinking (6 o más consumiciones), parece haber una estrecha relación entre el consumo de cannabis y el consumo de alcohol en forma de atracón. Asimismo, se ha hallado que un 87% de los que han consumido cannabis en el último mes reconoce haberse emborrachado en el último año frente al 22,5% que no lo ha consumido.

Tabla 8. Consumo de cannabis (último mes) y Binge Drinking o Emborracharse (último año)

¿Consumieron cannabis en el último mes?	No (%)	Sí (%)	$\chi^2$
Binge Drinking (3 o más)	29,9	92,9	117,93**
Binge Drinking (6 o más)	12,9	72,4	164,93**
Emborracharse	22,5	87	143,85**

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,001$ 

## CONCLUSIONES

El presente trabajo ha podido constatar que los niveles de consumo de cannabis y otras drogas en la población adolescente de Riveira se encuentran por debajo de los informados a nivel nacional. Las tasas de consumo de cannabis en el último año y en el último mes encontradas son considerablemente más reducidas a las informadas por el ESTUDES 2018/2019 (Último año: 27,5% vs 15%; Último mes: 19,3% vs 8,1%), mientras que el consumo de riesgo hallado es casi cuatro veces menor (15,4% vs 4,1%). No hay diferencias significativas en la edad de inicio de consumo de la sustancia (14,9 años) (Plan Nacional sobre Drogas, 2020). Además, se ha considerado analizar las tasas de consumo y consumo de riesgo de cannabis desde edades tempranas debido a que es una cuestión advertida como preocupante por los dos grandes sistemas de información con los que contamos a nivel estatal (el ESTUDES y el EDADES), como por la propia Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 (Plan Nacional sobre Drogas, 2018b). En consecuencia, se ha hallado que los adolescentes más jóvenes (12-14 años) presentan una tasa de



consumo de riesgo de cannabis igual al de los de mayor edad. Sin embargo, para el resto de las sustancias el paso a 3º y 4º de ESO constituye un período crítico donde se disparan los consumos. La edad de inicio en el consumo de cannabis es una variable de suma relevancia. La literatura ha evidenciado que el consumo de cannabis desde edades tempranas en la adolescencia se asocia con un riesgo más alto de experimentar con otras drogas (Agrawal et al., 2006), así como de desarrollar un trastorno por consumo de sustancias o dependencia (Perkonig et al., 2008). Por otro lado, se ha podido comprobar también que el consumo de cannabis no constituye un hecho aislado, que difícilmente se puede desvincular del consumo de alcohol y nombradamente de su consumo en forma de atracón o Binge Drinking, tal y como han advertido otros trabajos (Golpe, Isorna, Barreiro, Braña y Rial, 2017). Paralelamente, se plantea una cuestión preocupante y estratégica: los consumos de riesgo son ligeramente mayores y las edades de inicio son más tempranas ya entre las chicas que entre los chicos, datos que refuerzan la necesidad de incorporar de una vez por todas la perspectiva de género en toda la labor de prevención.

En cuanto a las variables que de alguna manera podrían explicar el consumo de cannabis, debe llamar la atención el limitado papel que parecen jugar las habituales variables personales. A pesar de que las chicas y chicos que consumen cannabis presentan niveles de Impulsividad mayor y una menor Asertividad, unido a unas mayores Expectativas Positivas relacionadas con el consumo, el hecho es que pasan a un segundo plano cuando se compara con el peso que parecen tener otras variables como la Hora de llegada a casa o el Dinero para salir. En el caso concreto del cannabis, una hora de llegada a casa más tardía multiplica por cuatro la tasa de consumo de cannabis, mientras que disponer de más dinero la duplica. Estos resultados, aunque apuntados ya en trabajos anteriores como el de Varela, Marsillas, Isorna y Rial (2013) o el de Rial, Burkhart, Isorna, Barreiro, Varela y Golpe (2019) o mismo en el propio ESTUDES 2016-2017 (Plan Nacional sobre Drogas, 2018a), deben llevarnos a la reflexión y mismo a cuestionar o repensar la tradicional prevención escolar, centrada posiblemente en exceso en tratar de incidir en las actitudes, percepciones, habilidades y competencias de los propios adolescentes, y dejando en un segundo lugar el trabajo con las familias y la prevención ambiental.

En este sentido, Burkhart (2011) defiende que la prevención ambiental es probablemente la mejor opción para intervenir sobre la normalización del consumo de sustancias que presentan los adolescentes y la percepción de sus normas. Asimismo, reconoce que para que este tipo de intervenciones tengan éxito, se debe cambiar la posición actual donde los adultos envían el mensaje implícito a los jóvenes de “haz lo que yo digo, pero no hagas lo que yo hago”. No obstante, es de justicia admitir también que cuando este tipo de prevención se tiene llevado a cabo, son las propias madres y padres los que tienden a no participar o rechazar estas actividades preventivas y, los que se comprometen y las aceptan, son los que menos las suelen necesitar. Es por ello por lo que, en la opinión de muchos profesionales y expertos, la prevención familiar y ambiental constituyen una de las grandes materias pendientes de las políticas de prevención actuales.

## REFERENCIAS

- Agrawal A., Grant J.D., Waldron M., Duncan, A.E., Scherrer, J.F., Lynskey, ... Heath, A.C. (2006). Risk for initiation of substance use as a function of age of onset of cigarette, alcohol and cannabis use: Findings in a Midwestern female twin cohort. *Preventive Medicine*, 43, 125-128. doi:10.1016/j.ypmed.2006.03.022
- Burkhart, G. (2011). Prevención ambiental de drogas en la Unión Europea. ¿Por qué es tan impopular este tipo de prevención? *Adicciones*, 23(2), 87-100.
- Golpe, S., Isorna, M., Barreiro, C., Braña, T. y Rial, A. (2017). Consumo intensivo de alcohol en adolescentes: prevalencia, conductas de riesgo y variables asociadas. *Adicciones*, 29(4), 256-267.
- Isorna, M. (2017). *Cannabis: efectos, riesgos y beneficios terapéuticos*. Vigo: Universidad de Vigo.

- Kaluža, J. (2018). Reality of Trap: Trap Music and its Emancipatory Potential. *IAFOR Journal of Media*, 5(1), 23-41.
- Kuhn, C. (2015). Emergence of sex differences in the development of substance use and abuse during adolescence. *Pharmacology & therapeutics*, 153, 55-78. doi.org/10.1016/j.pharmthera.2015.06.003
- Levine, A., Clemenza, K., Rynn, M. y Lieberman, J. (2017). Evidence for the risks and consequences of adolescent cannabis exposure. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(3), 214-225.
- Perkonig, A., Goodwin, R.D., Fiedler, A., Behrendt, S., Beesdo, K., Lieb, R. y Wittchen, H.U. (2008). The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life. *Addiction*, 103, 439-449. doi:10.1111/j.1360-0443.2007.02064.x
- Plan Nacional sobre Drogas (2018a). *Encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES) 2016-2017*. Madrid, España: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Plan Nacional sobre Drogas. (2018b). *Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024*. Madrid, España: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Plan Nacional sobre Drogas (2020). *Encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES) 2018-2019*. Madrid, España: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Rial, A., Burkhart, G., Isorna, M., Barreiro, C., Varela, J. y Golpe, S. (2019). Consumo de cannabis entre adolescentes: patrón de riesgo, implicaciones y posibles variables explicativas. *Adicciones*, 31, 64-77.
- Varela, J., Marsillas, S., Isorna, M. y Rial, A. (2013). El papel de las actitudes, las percepciones y el dinero disponible en el consumo de drogas en adolescentes. *Salud y Drogas*, 13, 67-78.

### **Agradecimientos**

Este trabajo se enmarca dentro de un proyecto de investigación financiado por el Plan Nacional sobre Drogas (Ref. 2018/008).

## LUGAR DE RESIDENCIA, CONSUMO DE CANNABIS EN UNIVERSITARIOS Y PROBLEMAS ASOCIADOS

Redondo-Martín, Susana<sup>a</sup>; Higuero-Acevedo David<sup>b</sup>; Almaraz-Gómez Ana<sup>c</sup>; Amezcua-Prieto, Carmen<sup>d</sup>; Morales Suarez-Varela, María<sup>e</sup>; Ayán, Carlos<sup>f</sup>; Mateos-Campo, Ramona<sup>g</sup>; Fernández-Villa, Tania<sup>h</sup>; Ortiz-Moncada, Rocío<sup>i</sup>; Blázquez-Abellán, Gemma<sup>j</sup>

<sup>a</sup>Comisionado Regional para la Droga Junta de Castilla y León. Departamento de Anatomía patológica, microbiología, medicina preventiva y salud pública, medicina legal y forense, Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid. España España.redmarsu@jcy.es. <sup>b,c</sup>Departamento de Anatomía patológica, microbiología, medicina preventiva y salud pública, medicina Legal y forense, Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid. España. <sup>d</sup>CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina Universidad de Granada. España. <sup>e</sup>Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Valencia. España. <sup>f</sup>Facultad de Ciencias de la Educación y el Deporte. Universidad de Vigo. España. <sup>g</sup>Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Salamanca. España. <sup>h</sup>Grupo de Investigación en Interacción Gen-Ambiente-Salud. Universidad de León. España. <sup>i</sup>Departamento de enfermería comunitaria, medicina preventiva y Salud Pública e historia de la ciencia. Universidad de Alicante. España. <sup>j</sup>Departamento de Ciencias biomédicas, Área de medicina preventiva y salud pública. Universidad de Castilla-La Mancha, Albacete. España

**Contacto:** redmarsusana@hotmail.com

## INTRODUCCIÓN

Los cannabinoides son un conjunto de sustancias psicoactivas derivadas de la planta *Cannabis sativa*, los más importantes son el  $\Delta^9$ -tetrahidrocannabinol ( $\Delta^9$ -THC o THC molécula responsable de las propiedades psicoactivas), el  $\Delta^8$ -tetrahidrocannabinol, cannabidiol y cannabinol. Estos cannabinoides se unen a los receptores cannabinoides endógenos CB1 distribuidos por el sistema nervioso central y los CB2 localizados en diversas células del sistema inmune (Lorenzo P, 2009; CEIC, 2002). Indicar que el THC actúa sobre el sistema cerebral de la recompensa, modulando la neurotransmisión de glutamato y GABA y la transmisión postsináptica dopaminérgica, siendo este el principal mecanismo que conlleva al consumo problemático y la aparición de dependencia (Rochetti, 2013).

Las formas de presentación para el consumo con fines psicoactivos son: el aceite, que se consume por vía oral y cuenta con unas concentraciones de THC de entre 15-30, la marihuana, generalmente se fuma con concentraciones de THC de entre 5-14%, y el hachís, exudado resinoso prensado en forma de pastillas que fuma mezclado con tabaco y cuya concentración de THC se sitúa entre el 10-20% (Lorenzo, 2009). La marihuana es la forma preferente de consumo frente al hachís y la mayoría de los consumidores, además, fuman la droga mezclándola con tabaco (Observatorio Español sobre drogas, 2017 y 2018). En relación a las concentraciones de THC remarcar que en los últimos años se han desarrollado nuevas formas de cannabis a raíz de los avances en las técnicas de cultivo, extracción y producción, a través de plantas híbridas y de variedades que producen cannabis más potente (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2019; Observatorio Europeo de las Drogas y la Toxicomanía, 2018).

El cannabis es la droga ilegal con mayor consumo en el mundo (188 millones de personas en 2017) y la tendencia global de su consumo se ha mantenido relativamente estable en los últimos años (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2019).

El Observatorio Español sobre Drogas (OED) en su informe de la encuesta EDADES 2017 muestra como el consumo de cannabis en la población española de entre 15-24 años en el último año vez en la vida es del 20.4% para el cannabis; mientras que el consumo en los últimos 30 días es del 15.7%, siendo la droga ilegal más consumida. El consumo problemático se sitúa en el 15.9%. Con respecto al sexo, el consumo de cannabis en el último mes es mayor entre los hombres (21% con respecto al 10.1% en mujeres) y lo mismo ocurre con el consumo problemático (17.3% versus 12.3%).

Así mismo, el OED en su informe de en la encuesta ESTUDES (2016) que aporta información sobre el consumo en los adolescentes de 14 a 18 años, indica que el consumo de cannabis en el último año es del 26,3% rompiendo la tendencia descendente iniciada en 2004 y en el último mes del 18,3%. Así mismo, el consumo problemático (CAST  $\geq$ 4) es del 2.8% para el total y de 13.3% entre los consumidores del último año, siendo superior entre los chicos.

Por tanto, el cannabis es la tercera sustancia psicoactiva más consumida por la población adolescentes y jóvenes en España, tras el consumo de alcohol y el tabaco (OED, 2017 y 2018), aunque en muchos casos el consumo de cannabis va acompañado del tabaco y del alcohol (OED, 2017 y 2018; Tsitsimpikou et al., 2018).

Según la encuesta EDADES 2017 la edad a la que se inicia el consumo de cannabis en la población general se encuentra entre los 18-19 años, coincidiendo precisamente con el inicio de la etapa universitaria.

Por otro lado, los efectos psicótropos del consumo de cannabis se caracterizan por una sensación de euforia y bienestar, pudiendo provocar alteraciones en la percepción temporal, locuacidad,

alteraciones en las percepciones experiencias sensoriales aumentadas, locuacidad e hilaridad espontánea y aumento de la sociabilidad. El consumo de cannabis también se ha relacionado con la alteración de la memoria reciente, dificultad de concentración y deterioro de las funciones motoras complejas (Lorenzo P. et al, 2009; SEIC 2002 y 2007), teniendo impacto por ejemplo en el riesgo para la conducción de vehículos ya que es una droga depresora del Sistema Nervioso Central (Jiménez-Mejías E., 2015; SEIC 2002 y 2007; OEDT, 2018 bis). Además, parece que a corto plazo el THC (tetrahidrocannabinol) dificulta el pensamiento y la resolución de problemas, altera el funcionamiento de la memoria, deteriora de la atención, la concentración, la memoria a corto plazo (Bolla et al, 2002; Gorey et al 2019). También, se han detectado relaciones significativas entre consumo continuado a edades tempranas y dificultades para pensar, memorizar y aprender, con duración de los efectos (Bolla KL et al. 2002, Broyd et al, 2016; Comisión clínica, 2009).

Por tanto, el consumo de cannabis en población joven puede representar un problema en su rendimiento académico, su desarrollo como personas y en su salud. El paso a la universidad supone un momento de transición y mayor libertad en el que los jóvenes pueden iniciar nuevas conductas de riesgo (Intra et al, 2011; Moure-Rodríguez L et al, 2016).

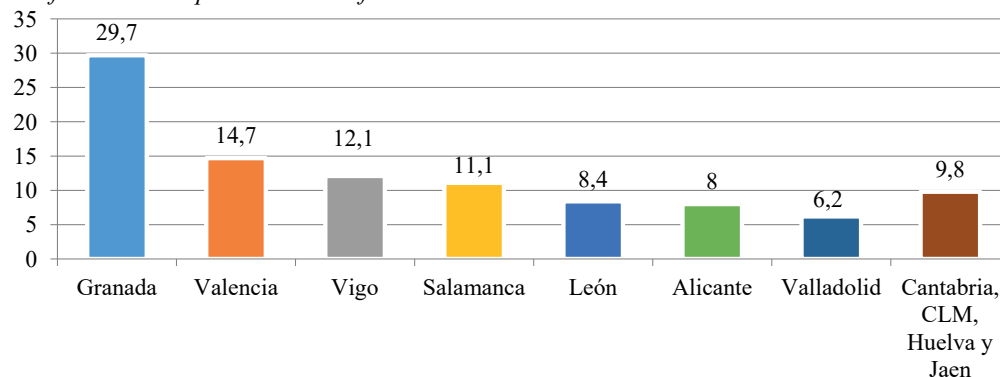
## OBJETIVOS

- Establecer la prevalencia del consumo de cannabis en estudiantes universitarios de primer año.
- Establecer los lugares de consumo de cannabis en estudiantes universitarios de primer año.
- Determinar las consecuencias del consumo de drogas entre los consumidores de cannabis en estudiantes universitarios de primer año.
- Analizar la influencia del lugar de residencia en las variables anteriores.

## METODOLOGÍA

Estudio epidemiológico observacional, descriptivo y transversal basado en el Proyecto uniHcos (Tania et al 2013), que trabaja con una cohorte dinámica de estudiantes voluntarios de primer curso de las universidades de Alicante, Cantabria, Castilla-La Mancha, Granada, Huelva, Jaén, León, Salamanca, Valencia, Valladolid y Vigo (Gráfico 1).

Gráfico 1: Participación de las diferentes universidades en la muestra de estudiantes



Las variables se recogieron mediante un cuestionario ad-hoc autoadministrado, que hasta 2016-tenía 381 ítems y después 401. El cuestionario se creó a través de SphinxOnline® y cumple la normativa vigente sobre protección de datos de carácter personal, con los niveles de seguridad correspondientes a estos datos sensibles. Las preguntas estaban estructuradas en 19 secciones que

abordan los siguientes contenidos: características sociodemográficas, hábitos de vida y consumo de drogas (6 variables).

La población de estudio fue el alumnado participante en los cursos escolares 2011-2012 hasta 2017-2018. Participaron en el proyecto un total de 9862 sujetos de los que el 72.2% fueron mujeres (Tabla 1). Un 76.8% tenía menos de 21 años. Un 45.5% vivían en el domicilio familiar, un 43.4% en piso de alquiler y 43.4% en domicilio propio/otros. Uniendo categorías colegio mayor-piso de alquiler-propio, comparándolo con el familiar-otros, las mujeres vivían de forma más independiente (54.2%; 51.4%). El 34.3% estudian en la misma provincia, 27.0% en la misma localidad, 22.5% Comunidad Autónoma y 16,2 otra Comunidad Autónoma u otro país.

Tabla 1: Características de la muestra

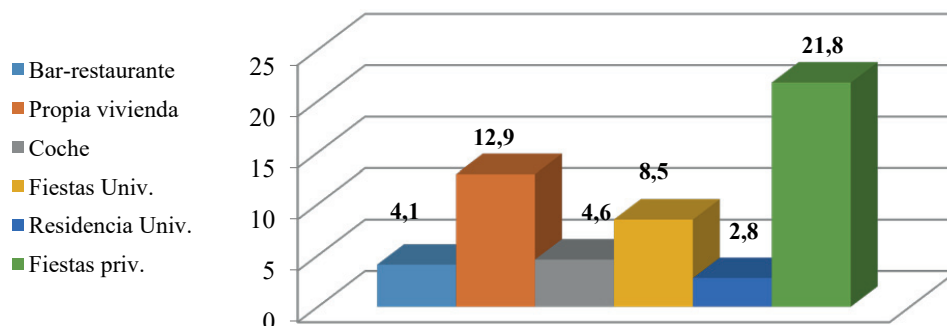
Variable	Categoría	Porcentaje	Número
Edad	< 21 años	76.8%	7.572
	≥ 21 años	23.2%	2.290
Sexo	Mujer	72.2%	7.125
	Varón	27.8%	2.737
Titulación	CC. de la Salud	32.5%	3.205
	Otras titulaciones	67.5%	6.657
Alojamiento en tres categorías	Domicilio familiar	45.4%	4.484
	Colegio Mayor/Residencia universitaria	11.2%	1.101
	Piso de alquiler/Domicilio propio /otros	43.4%	4.277

## RESULTADOS

El 15.7% de los estudiantes entrevistados consumieron cannabis en los últimos 30 días, y el 30.7% en el último año, siendo esta la droga ilegal más consumida, con diferencias significativas entre hombres y mujeres en el último mes (19% y 14.4%), y último año (36.5% y 28.5%).

Los lugares con mayores consumos de cannabis fueron las fiestas privadas (21.8%), la propia vivienda (12.9%) y fiestas universitarias (8.5%).

Gráfico 2: Lugares de consumo del cannabis



Del total de alumnado que ha consumido y ha contestado a esta pregunta (n=5396) el 42.1% residía en el domicilio familiar; el 59.4% en un colegio mayor o residencia universitaria y el 66.7% en piso de alquiler, propio u otros (Gráfico 3). En todos los casos los lugares de consumo se

mantienen, salvo en el caso de los que residen en los colegios mayores donde el consumo en estos es muy importante (15.4%) y los bares que aumentan entre los que viven en pisos (Tabla 2).

Grafico 3: Lugares de Consumo según lugar de residencia

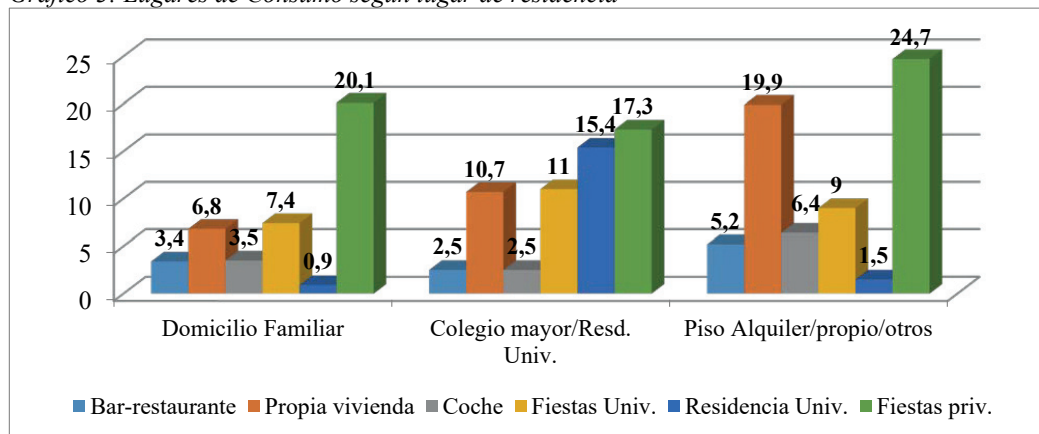


Tabla 2: Consumo de cannabis y lugar de residencia

Lugar de consumo de cannabis	LUGAR DE RESIDENCIA				Valor p
	Domicilio Familiar n= 4484	Colegio mayor/ Residencia universitaria N=1101	Piso alquiler/ propio/otros N=4277	Total n=9862	
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	
<b>Bar- restaurante</b>	3.4 (151)	2.5 (27)	5.2 (224)	4.1 (402)	0.000
<b>Propia vivienda</b>	6.8 (306)	10.7 (118)	19.9 (849)	12.9 (1.273)	0.000
<b>Coche</b>	3.5 (157)	2.5 (27)	6.4 (272)	4.6 (456)	0.000
<b>Fiestas universitarias</b>	7.4 (330)	11.0 (121)	9.0 (385)	8.5 (836)	0.000
<b>Residencia universitaria</b>	0.9 (42)	15.4 (170)	1.5 (66)	2.8 (278)	0.000
<b>Fiestas privadas</b>	20.1 (902)	17.3 (191)	24.7 (1.058)	21.8 (2.151)	0.000

Entre los consumidores de cannabis en el último año, los problemas relacionados con el consumo de alcohol u otras drogas han sido (Tabla 3): resaca (85.5%), náuseas y vómitos (76.2%), lamentarse de lo que ha sucedido (54.6%), pérdidas de memoria (52.7%), faltar a clase (45.1%), sin diferencias chicas/chicos. Otros con consecuencias más importantes: 15.4% peleas/líos, 13.3% problemas con policía, 13.3% conducir bajo los efectos de las drogas; significativamente superiores en chicos. Además, el 19.7% refiere sexo sin protección; el 2.4% haber sufrido un abuso sexual (más en chicas) y el 1.2% aprovecharse sexualmente de alguien (más entre chicos).

Tabla 3: Problemas relacionados con el consumo de drogas en los consumidores de cannabis del último año.

Problema	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Resaca	852	85,2	1740	85,7	2592	85,5
Examen	189	18,9	378	18,6	567	18,7
Actividad policial	193	<b>19,3</b>	211	10,4	404	13,3
Daños materiales	125	<b>12,5</b>	86	4,2	211	7
Peleas o líos	214	<b>21,4</b>	254	12,5	468	15,4
Nauseas/vómitos	736	<b>73,6</b>	1774	77,5	2310	76,2
Conducir bajo los efectos de las drogas	209	<b>20,9</b>	221	10,9	430	14,2
Faltar a clase	458	45,8	909	44,8	1367	45,1
Ser criticado por conocidos	397	39,7	777	38,3	1174	38,7
Pensar si tiene problemas con las drogas	226	<b>22,6</b>	283	13,9	509	16,8
Pérdida de memoria	505	50,5	939	46,2	1597	52,7
Lamentarse de los hechos	529	52,9	1126	55,4	1655	54,6
Arrestado por conducir bajo los efectos de las drogas	6	0,6	11	0,5	17	0,6
Sexo sin protección	185	18,5	411	20,2	596	19,7
Sufrir abuso sexual	15	<b>1,5</b>	58	2,9	73	2,4
Aprovecharse sexualmente de alguien	18	<b>1,8</b>	17	0,8	35	1,2
Pensar en suicidarse	79	7,9	134	6,6	213	7
Intento real de suicidio	13	1,3	32	1,6	45	1,5
Terminar herido-lesionado	163	16,3	315	15,5	478	15,8

## CONCLUSIONES

El cannabis es la droga ilegal más consumida entre los universitarios, especialmente entre chicos, con datos superiores en el consumo en el último año a los de EDADES 2017 (15-24 años, 20,4%) y ESTUDES 2016 (14-18 años, 26,3%). Consumo en el último mes igual a EDADES (15,7%) y un poco por debajo de ESTUDES (18,3%), siendo similares a los de otros estudios (Fernández Villa et al 2013; Cobo B et al, 2017; Kolar K et al 2018; Jiménez-Muro Franco, A et al 2009).

Los estudiantes que vivieron fuera de la residencia familiar fueron los que consumieron cannabis con mayor frecuencia, tal y como indican otros estudios donde vivir en el hogar familiar se asociaba a menos frecuencia de consumo (Arias-De la Torre et al, 2019).

Las consecuencias negativas entre los consumidores de cannabis del último año relacionadas con el consumo de drogas pueden tener impacto en aspectos relevantes para los estudiantes (rendimiento académico, agresiones incluyendo sexuales). Diferentes estudios refieren que el consumo de cannabis, si se asocia a consumo de alcohol, aumenta aún más la probabilidad de llevar a cabo conductas sexuales de riesgo (Metrik J et al 2016). Además, el 2,4% de total (2,9% mujeres y 1,53% hombres) sufrieron abuso sexual estando bajo los efectos de una droga y habían consumido cannabis siendo los datos acordes con los de otros estudios (Krebs CP et al, 2009; Messman-Moore TL et al, 2008; Metrik J, et al 2016; Krebs CP et al 2009).

Estos datos plantean la necesidad de trabajar la prevención con el colectivo universitario y en especial con aquellos que realizan la transición fuera del hogar familiar. Siempre basando las actuaciones en las recomendaciones internacionales y en base a la evidencia existente. En este sentido la Red de Universidades Saludables (REUS) puede ser el marco básico de trabajo. La implementación de actuaciones de prevención ambiental, mediante el impulso de una normativa clara de posicionamiento hacia los hábitos de vida saludables, la promoción de actividades de ocio libres de drogas, la detección e intervención precoz, mediante intervenciones breves motivacionales,



con el alumnado que presente problemas de consumo normativa, la participación de intervenciones lideradas por pares que cuestionen las creencias normativas, las falsas expectativas sobre el consumo y promueva habilidades de comunicación y de resistencia, son propuestas de intervenciones efectivas.

## REFERENCIAS

- Arias-De la Torre J, Fernández-Villa T, Molina AJ, Amezcua-Prieto C, Mateos R, Cancela JM, et al. Drug use, family support and related factors in university students. A cross-sectional study based on the uniHcos Project data. *Gaceta Sanitaria*. marzo de 2019;33(2):141-7.
- Arias-De la Torre, J., Fernández-Villa, T., Molina, A. J., Amezcua-Prieto, C., Mateos, R., Cancela, J. M., Delgado-Rodríguez, M., Ortiz-Moncada, R., Alguacil, J., Almaraz, A., Gómez-Acebo, I., Suárez-Varela, M. M., Blázquez-Abellán, G., Jiménez-Mejías, E., Valero, L. F., Ayán, C., Vilorio-Marqués, L., Olmedo-Requena, R., Martín, V., & uniHcos Project Research Group (2019). Drug use, family support and related factors in university students. A cross-sectional study based on the uniHcos Project data. *Gaceta sanitaria*, 33(2), 141–147. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.10.019>
- Bolla KL, Brown K, Eldreth D et al. (2002). Dose-related neurocognitive effects of marijuana use. *Neurology*, (59),1337.
- Broyd, S.J., Hendrika H. Van Hell HH., Beale C., Yücel M., Solowij N. (2016). Acute and Chronic Effects of Cannabinoids on Human Cognition-A Systematic Review. *Biological Psychiatry*, (79) 7,557-67. doi: 10.1016/j.biopsych.2015.12.002
- Cobo, B., Rueda, M. M., & López-Torrecillas, F. (2017). Application of randomized response techniques for investigating cannabis use by Spanish university students. *International journal of methods in psychiatric research*, 26(4), e1517. <https://doi.org/10.1002/mpr.1517>
- Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2009) Informe sobre cannabis. Madrid, España: Delegación del Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad.
- Fernández, T., Ojeda, J., Ayán, C., Bueno-Cavanillas, A. Cancela Carral, J. Álvarez, R., et al. (2013). Proyecto UNIHCOs. Cohorte dinámica de estudiantes universitarios para el estudio del consumo de drogas y otras adicciones. *Revista Española de Salud Pública*, (87) 6, 575-585. doi: 10.4321/S1135-57272013000600003
- Gorey C, Kuhns L, Smaragdi E, Kroon E, Cousijn J. (2019) Diferencias relacionadas con la edad en el impacto del consumo de cannabis en el cerebro y la cognición: una revisión sistemática. *European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience*, 269 (1), 37-58. doi: 10.1007 / s00406-019-00981-7.
- Intra, MV., Roales-Nieto, JG, Moreno San Pedro, E. (2011). Cambio en las conductas de riesgo y salud en estudiantes universitarios argentinos a lo largo del periodo educativo. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(1),139-147. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=560/56017110005>
- Jiménez-Mejías E, Medina-García MÁ, Martínez-Ruiz V, Pulido-Manzanero J, Fernández-Villa T. (2015). Consumo de drogas e implicación en estilos de conducción de riesgo en una muestra de estudiantes universitarios. Proyecto uniHcos. *Gaceta Sanitaria*, (29), 4-9.
- Jiménez-Muro Franco, A., Beamonte San Agustín, A., Marqueta, A., Gargallo Valero, P., & Nerín de la Puerta, I. (2009). Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso [Addictive substance use among first-year university students]. *Adicciones*, 21(1), 21–28.
- Kolar, K., Erickson, P., Hathaway, A., & Osborne, G. (2018). Differentiating the Drug Normalization Framework: A Quantitative Assessment of Cannabis Use Patterns, Accessibility, and Acceptability Attitudes among University Undergraduates. *Substance use & misuse*, 53(14), 2339–2349. <https://doi.org/10.1080/10826084.2018.1474226>
- Krebs, C. P., Lindquist, C. H., Warner, T. D., Fisher, B. S., & Martin, S. L. (2009). The differential risk factors of physically forced and alcohol- or other drug-enabled sexual assault among

- university women. *Violence and victims*, 24(3), 302–321. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.24.3.302>
- Lorenzo P, Laredo JM, Leza JC, Lizasoain I. (2009). *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. Madrid, España: Panamericana.
- Messman-Moore TL, Coates AA, Gaffey KJ, Johnson CF. (2008) Sexuality, substance use, and susceptibility to victimization: risk for rape and sexual coercion in a prospective study of college women. *Journal Interpersonal Violence*, (23) 12, 1730-46. <https://doi.org/10.1177/0886260508314336>
- Metrik J, Caswell AJ, Magill M, Monti PM, Kahler CW. (2016). Sexual Risk Behavior and Heavy Drinking Among Weekly Marijuana Users. *Journal Student Alcohol Drugs*, (77) 1, 104-12. Disponible en: <https://doi.org/10.15288/jsad.2016.77.104>
- Moure-Rodríguez L, Doallo S, Juan Salvadores P, Corral M, et al. (2016) Consumo intensivo de alcohol y cannabis, y prácticas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios. *Gaceta Sanitaria*. Doi:10.1016/j.gaceta.2016.03.007
- Observatorio Español sobre Drogas (OED). (2017). *Informe EDADES 2017*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de: [http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES\\_2017\\_Informe.pdf](http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_2017_Informe.pdf)
- Observatorio Español sobre Drogas (OED). (2018). *Informe ESTUDES 2018*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de: [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES\\_2018-19\\_Informe.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2018-19_Informe.pdf)
- Observatorio Europeo de las Drogas y la Toxicomanía (OEDT). (2018) *Uso médico del cannabis y los cannabinoides: preguntas y respuestas para la elaboración de políticas*. Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Observatorio Europeo de las Drogas y la Toxicomanía, Canadian Centre on Substance Use and Addiction. (2018 bis) *Cannabis al volante: preguntas y respuestas para la elaboración de políticas*, Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2019). Informe Mundial sobre las Drogas 2019. Recuperado de: [https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR2019\\_B1\\_S.pdf](https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR2019_B1_S.pdf)
- P, Laredo JM, Leza JC, Lizasoain I. (2009) *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. Madrid, España: Panamericana.
- Rocchetti M, Crescini A, Borgwardt S, Caverzasi E, Politi P, Atakan Z, et al. (2013). Is cannabis neurotoxic for the healthy brain? A meta-analytical review of structural brain alterations in non-psychotic users. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* (67)7, 483-92. doi.org/10.1111/pcn.12085
- Sociedad Española de Investigación sobre Cannabinoides (SEIC). (2002). *Guía básica sobre los cannabinoides*. Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid.
- Sociedad Española de Investigación sobre Cannabinoides (SEIC). (2007) *Aspectos psiquiátricos del consumo de cannabis*. Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid.
- Tsitsimpikou, C., Tsarouhas, K., Vasilaki, F., Papalexis, P., Dryllis, G., Choursalas, A., Spandidos, D. A., Tsatsakis, A., Charvalos, E., & Bacopoulou, F. (2018). Health risk behaviors among high school and university adolescent students. *Experimental and therapeutic medicine*, 16(4), 3433–3438. [doi.org/10.3892/etm.2018.6612](https://doi.org/10.3892/etm.2018.6612)

## URGENCIAS HOSPITALARIAS POR CANNABIS 2014-2017 EN CATALUNYA

Xavier Roca<sup>a,b</sup>, Cristina Pinet<sup>a,c</sup>, Xavier Majó<sup>d</sup>, Regina Muñoz<sup>d</sup>, Joan Colom<sup>d</sup>, Santiago Durán-Sindreu<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Unitat de Conductes Addictives, Departament de Psiquiatria, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

<sup>b</sup> Proyecto ACT-ATAC

<sup>c</sup> Proyecto EVICT

<sup>d</sup> Subdirecció General de drogodependències. Agència de Salut Pública. Departament de Sanitat. Generalitat de Catalunya

**Contacto:** [xrocat@santpau.cat](mailto:xrocat@santpau.cat)

## INTRODUCCION

Desde la perspectiva de salud pública, conocer las conductas que pueden afectar a una parte o a al conjunto de la población es elemento necesario e imprescindible para poder detectar, prever e implementar políticas de salud pública que permitan corregir o disminuir el impacto de las consecuencias de esas conductas.

En el caso del consumo de drogas nos encontramos con dificultades importantes para detectar las tendencias, la aparición de nuevas sustancias o nuevas formas de consumo que nos permitan anticipar los problemas que se derivan de estas conductas.

El Observatorio Europeo de las Drogas y de las Toxicomanías (EMCDDA) se encarga de monitorizar los distintos indicadores de los diferentes países europeos con la finalidad de poder proponer medidas basadas en la evidencia que se sustenten en bases empíricas y científicas.(EMCDDA, 2019)

Los indicadores que ha usado la EMCDDA hasta ahora son cinco:

- Mortalidad
- Encuestas poblacionales
- Consumidores problematicos
- Infecciones asociadas al consumo
- Inicios de tratamiento

Los distintos indicadores nos permiten tener una idea aproximada de cuál es el consumo de las distintas drogas y de los problemas asociados a su consumo. Sin embargo, estos indicadores no pueden reflejar toda la casuística y todos los problemas generados por el consumo de drogas. Con la finalidad de poder abarcar los distintos problemas y poder determinar mejor la situación del consumo de drogas, EMCDDA ha propuesto, en su informe anual del 2019, la incorporación de los siguientes indicadores en los próximos años:

- Urgencias Hospitalarias
- Análisis de residuos de jeringuillas
- Análisis de las aguas residuales
- Encuestas en línea
- Servicios de análisis de estupefacientes

Algunos de estos indicadores ya han empezado a utilizarse para comprobar los procedimientos así como su utilidad. Cada indicador añade información relevante del consumo de drogas y de sus consecuencias. En el caso de las Urgencias hospitalarias se obtiene una mayor información del impacto del consumo de drogas en la salud pública y de cómo pueden variar estos problemas en diferentes países de Europa. En la actualidad, hay un grupo europeo (EURO-DEN) que está monitorizando estas urgencias en hospitales seleccionados de 18 países europeos. (Dines et al., 2015; Miró et al., 2019)

En relación al consumo de cannabis en Catalunya, los indicadores que disponemos señalan que es la droga ilegal más consumida 39.9% de la población de 15 a 64 años la ha consumido alguna vez en su vida y un 2.9% la ha consumido diariamente durante los últimos 30 días. Las prevalencias de consumo son más altas en hombres de 15 a 29 años.(Departament de Salut i Generalitat de Catalunya, 2018). La percepción de una parte importante de la población, que no contempla el consumo de cannabis como algo problemático nos lo indica el número de asociaciones relacionadas con la defensa del consumo de cannabis existentes en Catalunya que en el 2019 eran de más de 700 asociaciones registradas.

Cascini et al (2012), en un estudio con más de 2000 muestras de cannabis que abarcaban desde 1970 hasta el 2009, obtenía que la potencia del cannabis había aumentado más de un 10% desde el 2000 y muy especialmente en los últimos años. La importancia de la potencia del cannabis es relevante si tenemos en cuenta el trabajo de Freeman et al.,(2017) en el que señalaba la relación directa entre el aumento de la potencia del cannabis (% de THC) y el aumento de las solicitudes de tratamiento para dejar el cannabis. (Cascini, Aiello, & Tanna, 2012; Tom P. Freeman et al., 2018)

En resumen, la baja percepción social del peligro del cannabis, el aumento de la potencia del cannabis mediante nuevas variantes y cruces de plantas y la mayor disponibilidad de esta sustancia explican porque ha habido un aumento de solicitudes de tratamiento de deshabituación del cannabis

En el año 2000 en Catalunya hubieron 311 solicitudes de tratamiento de deshabituación del Cannabis como droga principal, mientras que en el año 2018 fueron 1924 solicitudes, por detrás de la Cocaína (con 3338 inicios) y del alcohol (5879 inicios).(Catalunya, 2001)

## OBJETIVOS

En este trabajo queremos observar la evolución de las urgencias hospitalarias relacionadas con el cannabis entre los años 2014 y 2017 con la finalidad de comprobar la información que este indicador puede ofrecer en relación con el consumo de cannabis

## METODOLOGÍA

Hemos obtenido todos los registros de los episodios anonimizados de urgencias hospitalarias a través del CMBD del Servei Català de Salut relacionadas con el consumo de drogas de todos los hospitales de Catalunya codificados mediante ICD 9. Los datos se han analizado mediante el programa estadístico SPSS v24 y el programa Tableau Desktop v10.2

## RESULTADOS

En la Tabla 1 podemos observar los datos del número de episodios en los que el consumo de cannabis ha estado relacionado. Así, mientras que en el 2014, el cannabis suponía el 3,25% de todas las urgencias en que el había algún consumo de droga, en el 2017 suponía el 4,03%

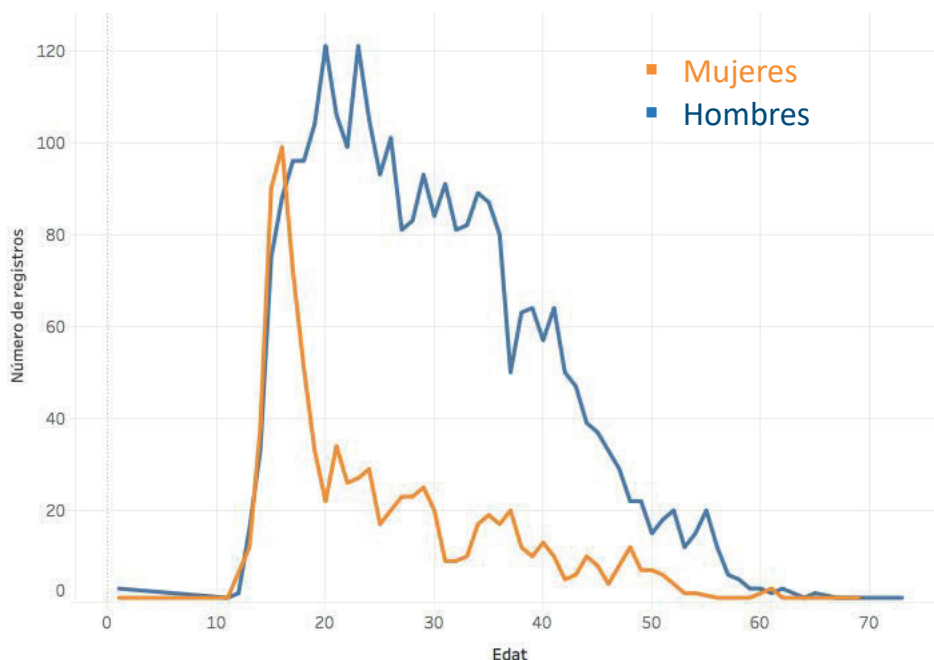
**Tabla1:** Numero de episodios de urgencias relacionados con el cánnabis

Año	Número de Episodios	Diagnóstico Principal relacionado con Cannabis	Diagnóstico Secundario relacionado con Cannabis	Total de Diagnósticos relacionados con Cánnabis
2014	22.230	299	423	722
2015	24.099	345	514	859
2016	25.335	363	686	1049
2017	27.412	411	694	1105

La mayoría de los casos acudieron por sus propios medios (2394, 64,1%) mientras que en ambulancia fueron 1266, el 33,89%.

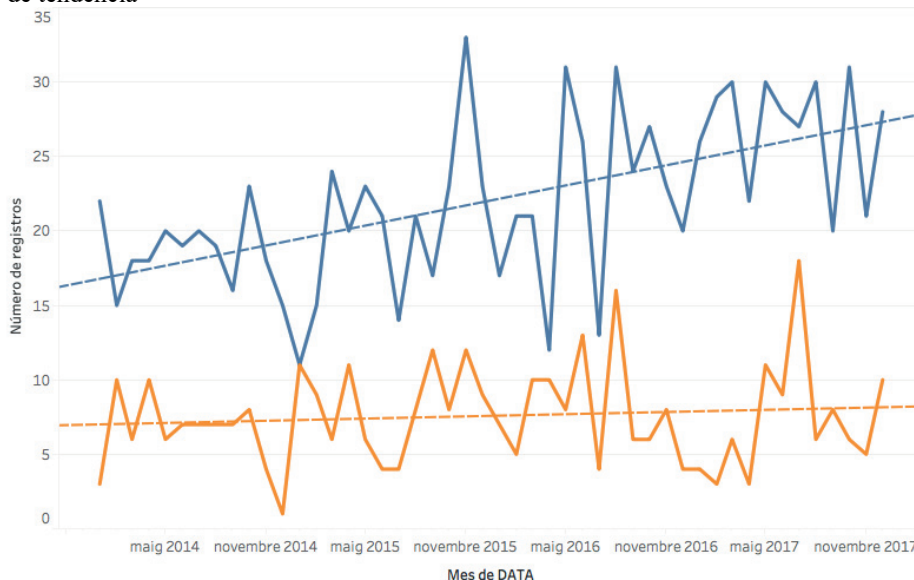
Del total del número de episodios relacionados con el cannabis (3735). La mayoría fueron hombres 2833 mientras que mujeres fueron 902. Esta proporción de 3 hombres para cada mujer no es constante, como se puede ver en el gráfico 1. De 10 a 20 años hay igualdad de proporción entre hombres y mujeres. A partir de 20 años se observa esta diferencia de proporción entre hombres y mujeres.

**Gráfico 1.** Número de episodios de urgencias relacionados con el cannabis en función de la edad y el sexo



Teniendo en cuenta que entre los años 2014 al 2017 hay un ligero aumento en la proporción de urgencias relacionadas con el cannabis, como ya hemos señalado, queríamos comprobar si este aumento está relacionado en función del sexo. (Ver Gráfico 2). Como se puede observar en este gráfico, las líneas de tendencia para los hombres es  $R^2=0.446019$ ,  $p < .0001$ , mientras que la línea de tendencia para las mujeres es de  $R^2=0.0366434$ ,  $p < .243055$  indicando que el aumento de las urgencias se centra en los hombres mientras que el número de urgencias de las mujeres se mantiene estable.

**Gráfico 2.** Evolución de urgencias relacionadas con el cannabis en función del sexo y del mes con líneas de tendencia



Por lo que se refiere a qué momento del día se producen esas urgencias, podemos observar en el gráfico 3 el número de episodios en función de la hora en que se produce su ingreso en urgencias. Podemos observar como las urgencias relacionadas con la cocaína y el cannabis siguen patrones paralelos, sugiriendo que no hay un patrón diferente.

**Gráfico 3.** Evolución de las urgencias relacionadas con el cannabis o la cocaína en función de la hora del día



El 74.16% (2770 casos) de los episodios de urgencias relacionadas con el cannabis recibieron el alta desde urgencias sin necesitar un control posterior. Un 13.68% (511 casos) necesitaron ingresar en el hospital y 361 casos (9.66%) fueron derivados a otros recursos.

## CONCLUSIONES

En los últimos años ha habido un incremento en el número de urgencias relacionadas con las drogas. El incremento de urgencias relacionadas con el cannabis ha sido poco significativo y centrado en hombres. Se observa que, en general, por cada tres hombres que acuden a urgencias por el consumo de cannabis solo hay una mujer. Sin embargo, esta relación solo se cumple a partir de los 20 años. Para edades entre 12 y 20 años, la relación es de uno a uno. Las campañas de prevención deberían tener este factor muy presente para dirigir sus mensajes a distintos grupos de población y que puedan tener éxito. No tenemos una explicación para justificar que las urgencias con las mujeres disminuyan a partir de los 20 años, pero sería necesario un estudio más profundo de este hecho. Los datos que disponemos señalan que este hecho también ocurre con otras drogas (alcohol, cocaína) pero quedan fuera del objetivo de este trabajo.

En relación a patrones de consumo, los datos no parecen sustentar la idea de una relación entre consumo y estacionalidad. Asimismo, el patrón por horas no parece diferenciarse entre distintas sustancias por lo que no parece que el consumo de cannabis tenga patrones específicos o diferentes en relación a otras drogas.

No parece que el consumo de cannabis suponga graves problemas médicos, pero este aspecto puede que se vaya modificando a tenor de las modificaciones que se están produciendo en relación a la potencia del cannabis, por lo que conviene continuar monitorizando este aspecto (Chandra et al., 2019; Freeman & Winstock, 2018)

Hay que añadir que existient Trabajos recientes que apuntan a una divergència entre los patrones de consumo que se obtienen mediante las encuestas y los resultados que se obtienen mediante otros indicadores (Manthey, 2019; Wang, Davies, Halmo, Sass, & Mistry, 2018).

## REFERENCIAS

- Cascini, F., Aiello, C., & Tanna, G. Di. (2012). Increasing Delta-9-Tetrahydrocannabinol (-9-THC) Content in Herbal Cannabis Over Time: Systematic Review and Meta-Analysis. *Current Drug Abuse Reviews*, 5, 32–40. Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/f7bd/b888a6b88d1f9f26edae943a6508ddaee3ee.pdf>
- Catalunya, D. de S. i G. de. (2001). *Òrgan Tècnic de Drogodependències 2000*. Retrieved from [http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/epidemiologia/docs/anual\\_2000.pdf](http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/epidemiologia/docs/anual_2000.pdf)
- Catalunya, D. de S. i G. de. (2019). *Òrgan Tècnic de Drogodependències 2018*. Retrieved from [http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/epidemiologia/docs/anual\\_2018.pdf](http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/epidemiologia/docs/anual_2018.pdf)
- Chandra, S., Radwan, M. M., Majumdar, C. G., Church, J. C., Freeman, T. P., & ElSohly, M. A. (2019). New trends in cannabis potency in USA and Europe during the last decade (2008–2017). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269(1), 5–15. <https://doi.org/10.1007/s00406-019-00983-5>
- Departament de Salut i Generalitat de Catalunya. (2018). Informe dels resultats per a Catalunya de l'Enquesta estatal sobre l'ús de drogues a l'ensenyament secundari ( ESTUDES ) 2017, 1–60.



- Dines, A. M., Wood, D. M., Yates, C., Heyerdahl, F., Hovda, K. E., Giraudon, I., ... Dargan, P. I. (2015). Acute recreational drug and new psychoactive substance toxicity in Europe: 12 months data collection from the European Drug Emergencies Network (Euro-DEN). *Clinical Toxicology*, 53(9), 893–900. <https://doi.org/10.3109/15563650.2015.1088157>
- EMCDDA. (2019). *General Report of Activities*. <https://doi.org/10.2810/311765>
- Freeman, T P, & Winstock, A. R. (2018). Examining the profile of high-potency cannabis and its association with severity of cannabis dependence. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001178>
- Freeman, Tom P., Van Der Pol, P., Kuijpers, W., Wisselink, J., Das, R. K., Rigter, S., ... Lynskey, M. T. (2018). Changes in cannabis potency and first-time admissions to drug treatment: a 16-year study in the Netherlands. *Psychological Medicine*, 48(14), 1–7. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003877>
- Manthey, J. (2019). Cannabis use in Europe: Current trends and public health concerns. *International Journal of Drug Policy*, 68, 93–96. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.03.006>
- Miró, Ò., Dargan, P. I., Wood, D. M., Dines, A. M., Yates, C., Heyerdahl, F., ... Galicia, M. (2019). Epidemiology, clinical features and management of patients presenting to European emergency departments with acute cocaine toxicity: comparison between powder cocaine and crack cocaine cases. *Clinical Toxicology*. <https://doi.org/10.1080/15563650.2018.1549735>
- Wang, G. S., Davies, S. D., Halmo, L. S., Sass, A., & Mistry, R. D. (2018). Impact of Marijuana Legalization in Colorado on Adolescent Emergency and Urgent Care Visits. *Journal of Adolescent Health*, 63(2), 239–241. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.12.010>



## **CANNABIS Y HOSPITAL DE DIA PARA PERSONAS CON DEPENDENCIA A SUSTANCIAS**

Xavier Roca <sup>a</sup>, Cristina Pinet <sup>a,b</sup>, Sandra De Andrés <sup>a</sup>, Maite Madrid <sup>a</sup>, José Alberto Tomé <sup>a</sup>, Sefa Campins <sup>a</sup>, Pedro Alvarado <sup>a</sup>, Joana Bauza <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Unitat de Conductes Addicitives, Departament de Psiquiatria, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

<sup>b</sup> Proyecto EVICT

**Contacto:** [xrocat@santpau.cat](mailto:xrocat@santpau.cat)

## **OBJETIVOS**

En la Unitat de Conductes Addictives del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau disponemos de un recurso ambulatorio, el Hospital de Día (HD), destinado a que pacientes adictos puedan beneficiarse de un tratamiento intensivo de 2 meses de duración (3,4).

El objetivo de este trabajo es el de poder estudiar si los pacientes con Trastorno por Dependencia al Cannabis se benefician de esta modalidad de tratamiento. Las actividades que se realizan en HD son, entre otras, mindfulness, musicoterapia, estrategias de afrontamiento, prevención de recaídas, inteligencia emocional y sesiones de grupo multifamiliares. Así mismo se realizan controles analíticos, administración de medicación supervisada y visitas individuales por parte de miembros del equipo (1,2).

## **METODOLOGÍA**

Se seleccionaron, en un primer momento, a todos los pacientes que han estado en el HD, pero se seleccionaron a 427 pacientes de los que disponíamos todos los datos posibles. El régimen de HD supone la asistencia de mañana (20 plazas) o tarde (10 plazas) de lunes a viernes y en la que se realizan diversas actividades, garantizándose que las actividades que participan los pacientes son las mismas por la mañana o por la tarde.

Los criterios de inclusión son: haber sido derivados por el centro de referencia, estar abstinente 2 semanas antes del ingreso en HD y aceptar las pautas y normativa de HD. Los criterios de exclusión son: riesgo autolítico activo, descompensación psicótica grave o conductas agresivas hacia terceros.

Se recogieron datos sociodemográficos, datos toxicológicos y clínicos, así como la valoración del craving y ansiedad al inicio y al final del programa de HD mediante escala analógica de 0 a 10.

## **RESULTADOS**

Del total de 427 pacientes, 274 (64.2%) eran hombres y 153 (35.8%) mujeres. Las medias de edades de los hombres se situaban en 44.76 (sd=13.07) y la de las mujeres en 43.56 (sd=10.76), siendo la media de edad para el total de la muestra de 44.33 (sd=10.78). Los días de permanencia en el recurso fueron de 64.27 (sd= 13.55) para los hombres y de 63.98 (sd= 13.07) para las mujeres, situando la media global de la muestra en 64.16 (sd=13.36).

En régimen de horario de mañana estuvieron 325 (76.1%) pacientes y 102 (23.9%) en horario de tarde. Del grupo que asistió por la mañana un 14.46% (47 pacientes) no tuvieron buena evolución en el recurso, porcentaje muy similar al grupo de pacientes que asistieron al horario de tarde, 15.68 % (16 pacientes).

En relación a la problemática toxicológica, cabe destacar que la mayoría de las personas atendidas presentaban más de una dependencia a sustancias. Destaca la dependencia a la cocaína en un 42%, Alcohol en un 60%, benzodiazepinas en un 13.1% y heroína en un 8%. En relación al Cannabis nos encontramos con un 17.3% de los pacientes con una dependencia principal, aunque existe un 58.5 % que presenta una dependencia secundaria a esta sustancia, lo que supone el 75.8% de la muestra con problemas relacionados con el cannabis.

En relación a la finalización del programa, 364 (85.2%) pacientes completaron con éxito el programa, 20 (5.3%) solicitaron el alta voluntaria y 40 (9.4%) fueron dados de alta antes del tiempo previsto por consumo activo o por faltas de asistencia. La evolución en el recurso de los pacientes con trastorno por dependencia al Cannabis nos encontramos que un porcentaje elevado evoluciona favorablemente en el recurso (Tabla 1). En relación al número de días que han estado en el recurso no hay diferencias significativas entre consumidores dependientes del consumo de cannabis y los que no ( $F=.644$ ,  $p=.423$ ) (Tabla 2).

**Tabla 1.** Pacientes atendidos en el HD en relación a su dependencia al Cannabis y su evolución en el recurso

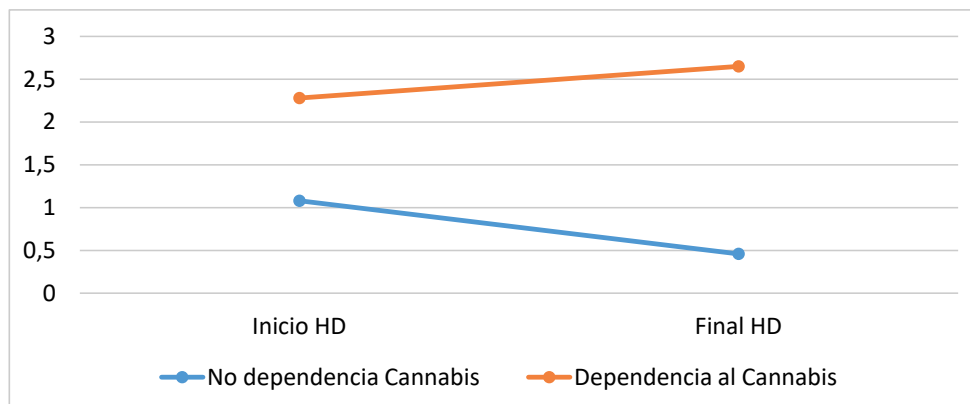
	<b>Buena evolución (N)</b>	<b>Mala evolución (N)</b>
<b>No dependencia del Cannabis</b>	66 % (68)	34% (35)
<b>Dependencia Principal</b>	52.3 % (39)	47.7 % (35)
<b>Dependencia Secundaria</b>	60.5 % (152)	39.5 % (98)

**Tabla 2.** Datos de los pacientes en relación al programa en el HD y en relación a su dependencia al Cannabis

	<b>No dependencia al Cannabis</b>	<b>Dependencia al Cannabis</b>
<b>Ead Media (años)</b>	45.82	43.86
<b>Días en HD</b>	63.24	64.46
<b>Género (N)</b>		
<b>Hombres</b>	69	205
<b>Mujeres</b>	34	119
<b>Programa (N)</b>		
<b>Mañana</b>	66	259
<b>Tarde</b>	37	65
<b>Patología Dual (N)</b>		
<b>No</b>	70	15
<b>Si</b>	33	309

En relación a las variables de Ansiedad, Craving y Dolor se observan disminuciones en las puntuaciones del inicio al final del tratamiento. No se observan diferencias estadísticamente significativas en las variables de Ansiedad y de Craving, pero si se observan diferencias estadísticamente significativas en relación al dolor que experimentan al inicio del programa y al final mediante puntuaciones de 0 a 10. Los pacientes dependientes al cannabis obtienen mayores puntuaciones en dolor, tanto al inicio del programa ( $F=15.079$ ,  $p=.000$ ) como al final del programa ( $F=49.617$ ,  $p=.000$ ) (Gráfico 1).

**Gráfico 1.** Dolor y dependencia al Cannabis al inicio y al final del HD



### CONCLUSIONES

Se observan buenos índices de retención y de evolución en pacientes con dependencia al Cannabis en régimen de HD. El hecho de conseguir disminuir el craving experimentado por los pacientes al finalizar el tratamiento en HD debe interpretarse como un elemento importante del programa. Los datos apuntan también a que los pacientes aceptan bien esta modalidad de tratamiento y un volumen importante de pacientes finalizan el tratamiento. El hecho que la sensación de Dolor aumente con el tratamiento es un dato que habrá que estudiar con más detenimiento. Una de las hipótesis es que los efectos analgésicos del Cannabis, en la medida que su eliminación es más lenta, puede influir en la experiencia subjetiva del dolor.

El trabajo actual no nos permite diferenciar entre aquellos pacientes con sólo dependencia al Cannabis de aquellos que presentan dependencias a varias sustancias. Este aspecto deberá ser investigado en próximos trabajos. Una de las limitaciones de este trabajo reside en la necesidad de disponer un estudio de seguimiento para valorar los efectos más allá de los 2 meses de tratamiento. Los resultados iniciales sugieren que el tratamiento de hospitalización parcial en HD puede ser un recurso eficiente y útil en pacientes adictos con trastorno de personalidad.

### BIBLIOGRAFIA

- Baldus C, Mokros L, Daubmann A, et al. Treatment effectiveness of a mindfulness-based inpatient group psychotherapy in adolescent substance use disorder - study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2018;19(1):706. Published 2018 Dec 27. doi:10.1186/s13063-018-3048-y
- Gibbons CJ, Nich C, Steinberg K, Roffman RA, Corvino J, Babor TF, Carroll KM, Treatment process, alliance and outcome in brief versus extended treatments for marijuana dependence. *Addiction*. 2010 October ; 105(10): 1799–1808. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03047.x.
- Gates PJ, Sabioni P, Copeland J, Le Foll B, Gowing L. Psychosocial interventions for cannabis use disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 5. Art. No.: CD005336. DOI: 10.1002/14651858.CD005336.pub4.
- Wapp M, van de Glind G, van Emmerik-van Oortmerssen K, Dom G, Verspreet S, Carpentier PJ, Ramos-Quiroga JA, Skutle A, Bu ET, Franck J, Konstenius M, Kaye S, Demetrovics Z, Barta C, Fatséas M, Auriacombe M, Johnson B, Faraone SV, Levin FR, Allsop S, Carruthers S, Schoevers RA, Koeter MW, van den Brink W, Moggi F; IASP Research Group: Risk Factors for Borderline Personality Disorder in Treatment Seeking Patients with a Substance Use Disorder: An International Multicenter Study. *Eur Addict Res*. 2015;21(4):188-194. doi: 10.1159/000371724.

**EVOLUCIÓN DE LOS NIVELES DE DEPENDENCIA Y EDADES DE INICIO EN EL  
CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y CANNABIS EN ESTUDIANTES  
UNIVERSITARIOS**

L. Ruiz Soriano, L.; J.M. Faílde Garrido; M. Isorna Folgar y Y. Rodríguez Castro

Universidade de Vigo

**Contacto:** [ruizsorianolaura@hotmail.com](mailto:ruizsorianolaura@hotmail.com)

## INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias es considerado un problema de salud pública que va en aumento, el cual genera importantes implicaciones sociales y personales. El alcohol y el tabaco, al tratarse de drogas legales, son las dos sustancias psicoactivas más consumidas entre la población. El cannabis es la droga ilegal con mayor prevalencia de consumo (United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC, 2011; Galván, Guerrero-Martelo y Vásquez De la Hoz, 2017).

No es abundante la literatura que estudie la evolución del consumo y los niveles de dependencia de sustancias en alumnado universitario de ciclos iniciales y finales, y especialmente que realice una comparación entre ambos. Entre los pocos estudios disponibles, algunos señalan que el alumnado de cursos más avanzados reduce sus niveles de dependencia alcohólica y tabáquica (Faílde, Ruiz, Pérez, Lameiras y Rodríguez, 2018). No obstante, la prevalencia de conductas adictivas es susceptible de verse afectada por diferentes factores, por lo que se hace necesaria su monitorización constante. Por tal motivo, el presente trabajo tiene por objetivo evaluar la evolución de los niveles de dependencia y las edades de inicio en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis en cuatro cohortes de estudiantes universitarias/os en sus etapas académicas iniciales y finales.

## METODOLOGÍA

La muestra total está constituida por 2390 estudiantes de la universidad de Vigo. Un 61,4% eran de primer curso y un 38,6% de cuarto. En cuanto a la distribución por sexo, el 66,3% eran mujeres y el 33,7% hombres, todas/os ellas/os pertenecientes a los cursos académicos 2015-2016 (26,4%), 2016-2017 (25,1%), 2017-2018 (24,4%) y 2018-2019 (24%).

Las/os participantes fueron seleccionadas/os mediante un muestreo aleatorio estratificado por género, ámbito científico, titulación y curso. A todas/os les fue administrada una batería de pruebas conformadas por: el test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) para evaluar sus niveles de dependencia alcohólica; el Fagerström para la tabáquica y el Cannabis Abuse Screening Test (CAST) para la cannábica. Además, se les aplicó una entrevista de datos sociodemográficos y un cuestionario diseñado *ad hoc* para conocer la edad en la que iniciaron su consumo de sustancias. De forma previa a la aplicación de los instrumentos, la muestra fue conocedora del propósito de la investigación y se obtuvo su consentimiento informado, teniendo en cuenta las directrices de Helsinki para la investigación con seres humanos.

Para el análisis de los datos se utilizaron estadísticos de tendencia central (media y desviaciones típicas), dispersión y contrastes de medias mediante ANOVA y T de Student, utilizando para ello el programa estadístico SPSS en su versión 19.

## RESULTADOS

Tal como se aprecia en la tabla 1, el alcohol es la sustancia en la que se inicia de forma más precoz tanto el alumnado de primero como el de cuarto curso, seguido del tabaco y el cannabis (por este orden).



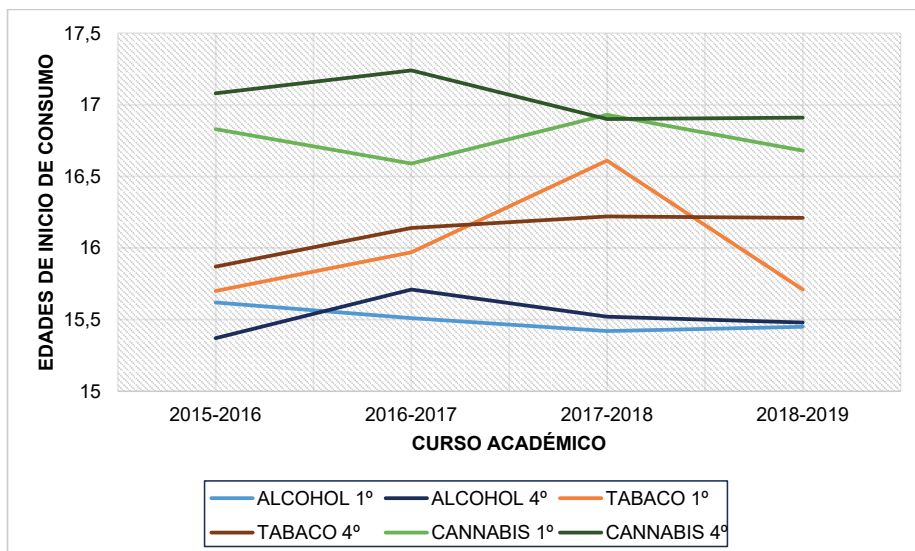
**Tabla 1.** Edad de inicio en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis en el alumnado de primer y cuarto curso

	2016		2017		2018		2019	
	1º	4º	1º	4º	1º	4º	1º	4º
	Media (Sx)	Media (Sx)	Media (Sx)	Media (Sx)	Media (Sx)	Media (Sx)	Media (Sx)	Media (Sx)
<b>ALCOHOL</b>	15,62 (1,88)	15,37 (2,04)	15,51 (1,56)	15,71 (1,43)	15,42 (1,77)	15,52 (1,88)	15,45 (1,60)	15,48 (2,11)
<b>TABACO</b>	15,70 (2,65)	15,87 (2,62)	15,97 (1,85)	16,14 (1,67)	15,61 (2,60)	16,22 (2,47)	15,71 (2,04)	16,21 (2,50)
<b>CANNABIS</b>	16,83 (2,49)	17,08 (1,88)	16,59 (1,72)	17,24 (1,71)	16,93 (2,36)	16,90 (1,74)	16,68 (3,10)	16,91 (1,75)

El alumnado de primero se inicia en el consumo de alcohol como media a los 15,50 años ( $Sx=1,69$ ), en el de tabaco a los 15,79 ( $Sx=2,26$ ) y en el de cannabis a los 16,73 ( $Sx=2,38$ ). Por su parte, el alumnado de cuarto se inicia en el consumo de alcohol como media a los 15,48 años ( $Sx=1,95$ ), en el de tabaco a los 16,09 ( $Sx=2,46$ ) y en el de cannabis a los 17,00 ( $Sx=1,79$ ). Tomando los datos en su conjunto por nivel educativo, hemos observado diferencias estadísticamente significativas únicamente en el caso del tabaco ( $t=5,36$ ,  $p=,021$ ), reflejando que el alumnado de primero se inicia de forma más temprana en el consumo de esta sustancia.

Por otra parte, cuando segmentamos la muestra en función del nivel educativo (primero versus cuarto curso), no detectamos diferencias estadísticamente significativas en las edades de inicio de consumo para ninguna de las tres sustancias estudiadas entre los diferentes años de estudio.

En el gráfico 1 podemos observar la evolución de las edades de inicio en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis en el alumnado universitario de primer y cuarto curso a lo largo de los cuatro años académicos estudiados.



**Gráfico 1.** Edades de inicio en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis en alumnado universitario de primer y cuarto curso en función del año académico

En relación a los niveles de dependencia (ver tabla 2), si tenemos en cuenta la muestra de primer curso y el año académico de estudio, encontramos diferencias estadísticamente significativas en las tres sustancias analizadas. En el caso del alcohol ( $F=10,34$ ,  $p=,000$ ), los análisis post hoc (método Tukey) indicaron que las diferencias se encontraban entre la cohorte de estudiantes del curso 2015-2016 (quienes registraron niveles de dependencia alcohólica más elevados) y los demás años de estudio ( $p=,000$ ); en el caso del tabaco ( $F=35,56$ ,  $p=,000$ ), los análisis post hoc indicaron que las/os estudiantes del curso 2017-2018 registraban niveles de dependencia tabáquica significativamente más reducidos que las/os de los demás años de estudio ( $p=,000$ ); por último, tomando en consideración el cannabis ( $F=18,56$ ,  $p=,000$ ), los análisis post hoc indicaron que el alumnado del curso 2016-2017 registró niveles de dependencia cannábica significativamente más altos que la cohorte de estudiantes de los demás años de estudio ( $p=,000$ ).

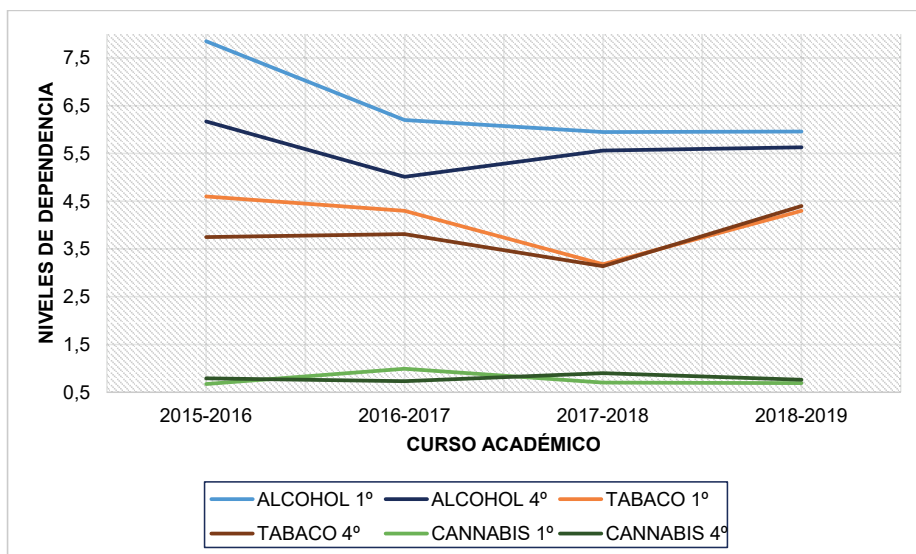
En relación al alumnado de cuarto, únicamente se detectaron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de dependencia tabáquica ( $F=18,52$ ,  $p=,000$ ). Los análisis post hoc indicaron que estas diferencias se encontraban, por una parte, entre el alumnado del curso 2017-2018 (quien presentaba niveles de dependencia tabáquica significativamente más reducidos) y los de los demás años de estudio ( $p=,000$ ), y entre la cohorte del curso 2018-2019 (por presentar éstos los niveles más elevados) con los demás grupos ( $p=,000$ ).

**Tabla 2.** Niveles de dependencia hacia el alcohol, tabaco y cannabis en el alumnado de primer y cuarto curso

	2016		2017		2018		2019	
	1°	4°	1°	4°	1°	4°	1°	4°
	Media (Sx)	Media (Sx)	Media (Sx)	Media (Sx)	Media (Sx)	Media (Sx)	Media (Sx)	Media (Sx)
ALCOHOL	7,85 (6,15)	6,17 (4,48)	6,20 (4,58)	5,01 (4,09)	5,95 (4,71)	5,56 (4,32)	5,96 (4,73)	5,63 (4,34)
TABACO	4,60 (1,24)	3,75 (0,71)	4,30 (1,48)	3,81 (1,17)	3,18 (,90)	3,14 (,95)	4,30 (,82)	4,40 (1,05)
CANNABIS	,67 (1,91)	,79 (2,19)	,99 (2,64)	,73 (2,75)	,70 (2,20)	,90 (2,30)	,69 (2,19)	,76 (2,22)

El nivel medio de dependencia para el alumnado de primer curso fue de 6,47 ( $Sx=5,10$ ) para alcohol, 3,63 ( $Sx=1,92$ ) para tabaco y ,91 ( $Sx=2,46$ ), para cannabis. En el caso del alumnado de cuarto curso, los valores medios de dependencia fueron de 5,70 ( $Sx=4,36$ ) en el caso del alcohol, de 2,63 ( $Sx=1,90$ ) para tabaco, y de 1,01 ( $Sx=2,51$ ) para cannabis. En términos globales se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de dependencia del alumnado de primero y cuarto para alcohol ( $t=3,52$ ,  $p=,000$ ) y tabaco ( $t=4,16$ ,  $p=,000$ ). Por el contrario, no se hallaron diferencias respecto al cannabis ( $t=-,76$ ,  $p=,447$ ).

En el gráfico 2 podemos observar la evolución de los niveles de dependencia en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis en el alumnado universitario de primer y cuarto curso a lo largo de los cuatro años académicos estudiados.



**Gráfico 2.** Niveles de dependencia para alcohol, tabaco y cannabis en alumnado universitario de primer y cuarto curso en función del curso académico

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Según los datos de la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), el alcohol y el tabaco son las sustancias que empiezan a consumirse de forma más precoz, 16,6 años para ambas sustancias (PNSD, 2017). En la presente investigación observamos que la edad de inicio en el consumo de sendas sustancias es más baja, situándose en 15,5 años en el caso del alcohol y en 15,79 años en el del tabaco, no obstante, debemos considerar que la encuesta EDADES contempla un rango de edades de 15 a 64 años, lo que supone una mayor amplitud y una edad media superior. En cuanto al cannabis, la edad de inicio que nos muestra la encuesta EDADES es 18,4 años (PNSD, 2017), cifra que también se ve reducida si tenemos en cuenta la edad de inicio media encontrada en nuestra muestra objeto de estudio (16,73 años). Es importante señalar que el alumnado de primero y de cuarto curso se inició a edades muy similares en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis.

Existe un consumo problemático de alcohol en el 4,9% de la población española de 15 a 64 años (PNSD, 2016). En nuestro estudio, la media de los niveles de dependencia hacia el alcohol se sitúa en la Zona I, también denominada zona de bajo riesgo. Haciendo un análisis más pormenorizado encontramos que el 28,1% del alumnado de primer curso presenta un nivel de dependencia alcohólica medio o alto. En el caso de las/os estudiantes de cuarto curso este porcentaje se reduce al 20,8%. Estos datos, aunque elevados, son significativamente más bajos que los observados en la encuesta EDADES para niveles de edad similares (PNSD, 2017). Siguiendo la misma línea, si hacemos referencia a los niveles de dependencia nicotínica, encontramos que el alumnado de cuarto curso evaluado en los cursos académicos 2015-2016 y 2016-2017, así como el alumnado evaluado durante el curso 2017-2018 (tanto de primero como de cuarto), presenta una baja dependencia hacia el tabaco. Sin embargo, la media del alumnado de primer curso evaluado en los años 2015-2016 y 2016-2017, así como del alumnado evaluado durante el curso 2018-2019 (tanto de primero como de cuarto) llega a presentar niveles de dependencia nicotínica moderada (entre 4 y 7 puntos). El 32,3% de primero y el 35,4% de cuarto niveles de dependencia tabáquica alta o moderada. Por último, al tener en cuenta el consumo de cannabis, encontramos que el 3,8% del alumnado de primero y el 3,6% del de cuarto presenta niveles de abuso o posible dependencia de cannabis, datos que son

similares en ambas muestras a lo observado en otros estudios, teniendo en cuenta el mismo grupo etario.

En general, podríamos concluir manifestando que el alumnado de cuarto presenta niveles menos elevados de dependencia para las tres sustancias estudiadas, aunque únicamente resultó significativo en el caso del tabaco.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Faílde, J.M., Ruiz, L., Pérez, M.R., Lameiras, M. y Rodríguez, Y. (2018). Evolution of quality of life and health-related behaviors among Spanish University Students. *The International Journal of Health Planning and Management*, 34, 789-801. doi: 10.1002/hpm.2692
- Galván, G., Guerrero-Martelo, M. y Vázquez De la Hoz, F. (2017). Cannabis: una ilusión cognitiva. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(2), 95-102.
- PNSD (2017). *EDADES 2017 Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), 1995-2017*. Recuperado de:  
[http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES\\_2017\\_Informe.pdf](http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_2017_Informe.pdf)
- UNODC (2011). *World Drug Report 2011 (E.11.XI.10)*. Vienna, Austria: United Nations. Recuperado de:  
[https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/World\\_Drug\\_Report\\_2011\\_ebook.pdf](https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/World_Drug_Report_2011_ebook.pdf)

## **ESTUDIO PILOTO SOBRE MOTIVACIONES EN LA CONTINUACIÓN DEL CONSUMO DE CANNABIS POR PARTE DE PERSONAS USUARIAS CON FINES TERAPEUTICOS**

Noemí Sánchez-Nàcher<sup>ac</sup>, Antonio Cervero<sup>b</sup>, Hugo Madera<sup>c</sup> y Francisco Azorín<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Psicología Básica, Universitat de València y Universitat de les Illes Balears, España,

<sup>b</sup> Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo, España.

<sup>c</sup> Observatorio Europeo del Consumo y Cultivo de Cannabis, España.

**Contacto:** [noemi.sanchez@uv.es](mailto:noemi.sanchez@uv.es)

## INTRODUCCIÓN

Existe un interés científico creciente en el potencial terapéutico del cannabis, principalmente desde que se observaron sus efectos beneficiosos sobre la náusea y vómito inducidos por la quimioterapia, la estimulación del apetito en pacientes con SIDA, la mejora del sueño y espasticidad derivados de la esclerosis múltiple y el manejo del dolor crónico; del mismo modo se ha observado el papel protector del sistema endocannabinoide en enfermedades neurodegenerativas (i.e. Parkinson, Alzheimer, Huntington) y su control homeostático sobre las emociones (Fattore et al., 2008; Sánchez-Nàcher, 2019).

El cannabis es la droga ilegal más consumida tanto en el Estado Español como a nivel mundial, mostrando el informe EDADES 2017 (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2019a) una prevalencia creciente en nuestro país desde 2013, que ha alcanzado en 2017 el valor máximo de la serie histórica. Ese año, un 35,2% de personas entre 15 y 64 años manifestó haber consumido cannabis al menos una vez en la vida. Sin embargo, al tratarse de una sustancia controlada se desconocen datos oficiales del número de personas que realizan un uso medicinal en nuestro Estado. Para ello hemos de fijarnos en datos de países donde el uso del cannabis sea legal, como por ejemplo Canadá, donde se ha legalizado recientemente su uso tanto medicinal como recreativo. Según la Canadian Cannabis Survey 2019, el 14% de las personas encuestadas realizan un uso medicinal del cannabis, realizando el 35% de estas personas un uso diario. Además el 61% han declarado que el cannabis les ayudó a disminuir el uso de otra medicación prescrita por su médico.

Los datos de Canadá nos pueden dar a entender que las personas que realizan, principalmente, un uso medicinal puede obtener beneficios directos del mismo. Sin embargo, prácticamente la totalidad de estudios encontrados únicamente analizan las motivaciones desde la perspectiva de factor de riesgo, mostrando un importante sesgo en la literatura científica a este respecto al basarse en un modelo que considera el consumo de cannabis, sea cuales fueren sus características, como un problema de adicción o, al menos, de abuso de sustancias. Pudiendo apreciarse, por ejemplo en la encuesta EDADES, en la inclusión de preguntas únicamente derivadas del cuestionario Cannabis Abuse Screening Test (Legleye et al., 2007), sin incorporar además cuestiones sobre posibles efectos deseados o terapéuticos.

En un estudio realizado en México con jóvenes solicitantes de asistencia a un centro de integración juvenil, se analizaron *indicadores de riesgo* siendo estos considerados como componentes negativos incompatibles con los indicadores de protección, aunque también analizan indicadores de riesgo *positivos* considerando a éstos como factores que muestran activación del circuito de recompensa. En este caso los resultados muestran que los indicadores negativos fueron conflictos familiares, mientras que los positivos fueron que es una droga “natural, barata, que produce tranquilidad, relajación, que es medicinal, ayuda a la diversión y a “cotorrear”, produce sensaciones de placer, risa, alegría y es agradable” (García-Aurrecochea et al., 2006). Estos indicadores pueden considerarse, en lugar de indicadores de riesgo positivos, motivaciones en el mantenimiento del consumo como se hace en el estudio de Amigó (2002), donde se evaluó una muestra de estudiantes universitarios y jóvenes, y se observó que las personas usuarias de cannabis tienen motivos como la realización personal, sentirse libre, tener un sentido espiritual o disfrutar de los efectos positivos generales que produce en sus vidas.

Se puede observar que estas motivaciones tienen un carácter positivo sobre la calidad de vida de las personas, sin embargo, se desconocen dichas motivaciones en el caso de las personas usuarias de cannabis terapéutico. Este hecho es de especial relevancia dado que sería necesario conocerlas para implementar correctas estrategias de prevención secundaria y terciaria, así como podría influir directamente sobre factores implicados en la calidad de vida relacionada con la propia percepción de salud en personas que realizan un uso terapéutico.

## **OBJETIVOS**

Nuestros objetivos específicos son: estimar el porcentaje de personas de nuestra muestra que realiza un uso terapéutico, identificar el perfil sociodemográfico de las personas usuarias de cannabis terapéutico, mostrar el patrón de consumo de las personas usuarias de cannabis terapéutico, analizar las motivaciones que llevan a las personas a mantener el consumo de cannabis con fines terapéuticos. También contamos con objetivos transversales, dado que algunos principios teóricos sobre los que sustentan las bases de los instrumentos utilizados, parecen mostrar un cierto sesgo como se indica en la introducción. Por ello, nuestros objetivos transversales son: evitar, en la medida de lo posible, sesgos positivos y/o negativos en la formulación de los ítems, evitar juicios de valor y la estigmatización de personas usuarias en las respuestas a los ítems, mostrar un lenguaje inclusivo y respetuoso.

## **METODOLOGÍA**

### **Muestra**

La muestra de este estudio piloto está compuesta por 346 personas que se han definido como usuarias terapéuticas de una muestra total de 944 personas. Con respecto al género la muestra se compone por 58,9% de hombres, 39,9% de mujeres, y un pequeño porcentaje de personas de género no binario (0,6%). La edad media de los varones es de 35,5 años (DT=9,8), de las mujeres de 36,6 años (DT= 10,6) y de las personas no binarias 35 años (DT=2,7). Se trata principalmente de personas solteras (53,3%) o casadas/parejas de hecho (36%), estando el resto en otras situaciones de convivencia. En cuanto a la formación académica, el nivel de estudios más representado es el correspondiente a la educación secundaria, que incluye tanto los estudios de Educación Secundaria Obligatoria, como los estudios de Bachillerato o los Ciclos Formativos (50,7%), seguido del nivel universitario (27,1%), que engloba tanto a los diplomados, como a los licenciados o graduados. Finalmente, respecto a la situación laboral, un 44,5% trabaja por cuenta ajena, un 23,9% por cuenta propia, un 10,9% está desempleado y el resto se encuentra en otro tipo de situaciones (estudiantes, jubilados/pensionistas, etc.).

### **Instrumento**

Hemos desarrollado un cuestionario, diseñado ad hoc, basado en otras pruebas como la Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES, Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2019a), la Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES, Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2019b) y el Cuestionario sobre aspectos relacionados con el consumo de drogas de Amigó y Seshadri (1999), si bien incorpora algunos aspectos que van más allá del objeto de estudio de los primeros. Se compone de cinco bloques, siendo el primero relativo a datos personales y sociodemográficos, donde se pregunta específicamente sobre aspectos como: sexo, edad, estado civil, nacionalidad, situación de convivencia, nivel de estudios y situación laboral.

El segundo bloque hace referencia a cuestiones sobre consumo, en el cual se incluyen ítems sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida o en los últimos doce meses, la percepción del perfil de consumidor (no consumidor, ocasional, habitual, regular o diario), la cantidad diaria y mensual consumida (especificada en gramos), la modalidad de consumo (lúdico o recreativo), el tipo de producto consumido (marihuana, extractos sin solventes tipo hachís, extractos con solventes tipo BHO, CBD u otros), la edad de inicio de consumo, la vía de administración de la sustancia (fumada con tabaco, fumada sin tabaco, vaporizada, oral en comestibles, oral en tinturas como disuelto en aceites o alcohol, u otros medios) y el modo de obtención de la misma (ya sea en el mercado ilícito, las asociaciones o clubes cannábicos o mediante autocultivo).

El tercer bloque pregunta por las motivaciones de consumo tanto de inicio como de mantenimiento e incluye variables que han podido influir, tales como: por experimentar placer o disfrute, por

curiosidad, para integrarme socialmente, para sentirme libre, por mi adicción, etc. Respondiendo en una escala de respuesta tipo Likert de 4 puntos ( 1.- Nada, 2.- Poco, 3.- Bastante y 4.- Mucho).

El cuarto bloque recoge información sobre los efectos percibidos y la sensación de control. En el primer caso, se utiliza una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos, de acuerdo con el siguiente baremo: 1.- Muy negativos, 2.- Negativos, 3.- Sin efectos, 4.- Positivos y 5.- Muy positivos, referida a variables como: efectos en el bienestar emocional, en el grado de seguridad en uno mismo, en el grado de conocimiento sobre uno mismo, en las relaciones personales, en la capacidad de atención y concentración, etc. En el segundo, se pregunta directamente por el grado de control percibido sobre el uso de cannabis, teniendo también que responder en función de una escala tipo Likert, en esta ocasión de 4 puntos (1.- Ninguno, 2.- Poco, 3.- Bastante y 4.- Total).

Finalmente, el quinto bloque hace alusión a diferentes aspectos relacionados con una posible regulación del cannabis, dividiéndose este factor en varios subapartados. Un apartado introductorio que pregunta sobre la necesidad de regular el uso del cannabis tanto en su vertiente terapéutica como recreativa y sobre las cantidades a poseer. Un primer subapartado sobre asociacionismo, con cuestiones como la pertenencia a asociaciones o clubes cannábicos, su papel en una posible regulación, los servicios ofrecidos o las obligaciones que deberían adquirir. Un segundo subapartado de cuestiones sobre el cultivo, que incluye información sobre si este es para uso personal o colectivo, si sus fines son estrictamente terapéuticos o las cantidades de posesión por cultivo que se considerarían adecuadas ante una supuesta regulación. Y un tercer apartado sobre modelo de negocio, que incluye cuestiones sobre la pertinencia de venta de productos con CBD o la regulación de los growshop, de los bancos de semillas y de las explotaciones con licencia.

### **Procedimiento**

El cuestionario se ha implementado en formato on-line a través de la herramienta SurveyMonkey, especializada en aplicación de cuestionarios de este tipo, habiéndose difundido su enlace a través de asociaciones, grow shops y revistas relacionadas con el sector del cannabis. Dicha aplicación informática permite, además, la realización de un cuestionario dirigido, en el cual la aparición de ítems se ajusta en función de las respuestas dadas en ciertos ítems llave, eliminando aquellos que resultan irrelevantes para la situación del encuestado.

### **Análisis de datos**

Para la realización de los análisis de datos preliminares que se presentan en este estudio, se ha utilizado el paquete estadístico SPSS v. 25, realizándose análisis de tipo descriptivo. Para la obtención de los resultados de motivación mostrados se han sumado los porcentajes de las valoraciones poco-nada y bastante-mucho.

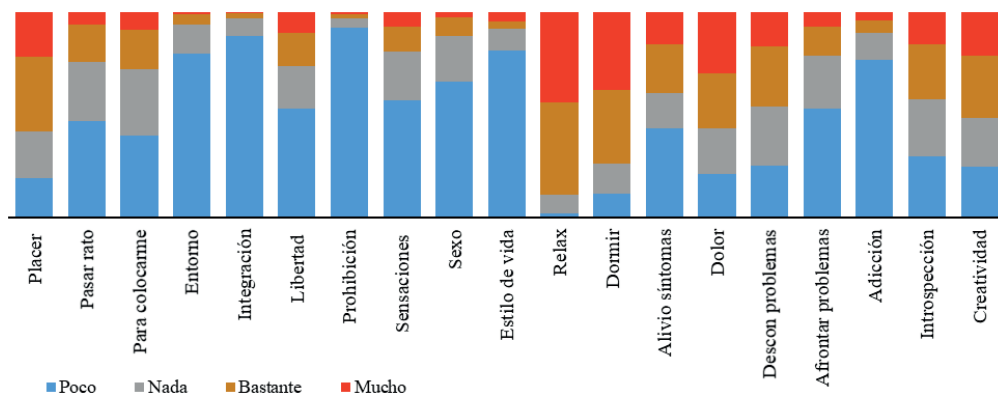
### **RESULTADOS**

Los resultados preliminares indican que del total de las personas analizadas en este estudio piloto, el 36,64% se consideran usuarias terapéuticas, y además el 69,3% de ellas considera que también realiza un consumo lúdico. Respecto a las pautas de consumo, se observa que las personas usuarias de cannabis terapéutico realizan principalmente un uso diario (75,6%), o al menos una vez por semana (14,2%), consumiéndolo el resto de sujetos con menor frecuencia (9,8%): uso regular (consumo de cannabis al menos una vez al mes), uso ocasional (consumo de cannabis con una frecuencia menor de una vez al mes).

Los resultados obtenidos en los ítems referentes a motivación de mantenimiento del consumo, muestran que las personas que dicen consumir cannabis con fines terapéuticos, mantienen éste fundamentalmente por cinco razones, las cuales tienen una relación directa con la obtención de beneficios directos en su estado de salud y calidad de vida. Así, las principales motivaciones de continuación de consumo en esta muestra, valorados como que influyen bastante-mucho, serían: 1)



para relajarse (88,9%); 2) para dormir mejor (73,9%); 3) para experimentar placer o por mero disfrute (58,3%) y 4) para reducir algún tipo de dolor físico (56,5%); 5) fomentar la creatividad (51,6%). Por otro lado los factores que no afectarían a la motivación de continuación, valorados como poco-nada, son: 1) la integración en un grupo (97,1%); 2) el que sea una sustancia prohibida (97,1%); 3) el influjo del entorno (94,2%); 4) el propio estilo de vida (92,3%); 5) a causa de la propia adicción (90,3%) (Fig.1).



**Figura 1.** Motivaciones de consumo entre personas usuarias terapéuticas, expresados en %.

## CONCLUSIONES

Según nuestros resultados preliminares en relación al perfil de la persona usuaria de cannabis terapéutico, podemos decir que se caracteriza por tener una media de edad en torno a los 35 años, siendo en su mayoría hombres. Además posee mayoritariamente un nivel de estudios secundarios y universitarios. Pese a ser en su mayoría personas solteras, viven en pareja ya sea con o sin hijos. Son principalmente personas que trabajan por cuenta ajena, aunque se observa un gran porcentaje que trabaja por cuenta propia. Este perfil difiere significativamente de la imagen marginal que se tiene socialmente de la persona usuaria de cannabis.

Es relevante resaltar que más de un tercio de las personas encuestadas en este estudio piloto consideró realizar un uso terapéutico del cannabis, pero no hemos encontrado estudios que analicen el número de personas usuarias de cannabis medicinal en el Estado Español, con lo que los resultados obtenidos en la presente encuesta no pueden ser comparados con otros estudios dentro del Estado. Sin embargo, pese a ser un resultado preliminar, resulta un número bastante importante a tener en cuenta para el desarrollo de estrategias y legislación adecuadas para que estas personas puedan obtener su tratamiento de una forma segura y legal.

Respecto al patrón de consumo, hemos observado que se realiza un uso principalmente diario. Este resultado parece guardar diferencias con los resultados obtenidos en la Canadian Cannabis Survey 2019, donde únicamente el 35% de las personas encuestadas realizan un uso diario a diferencia del 75,6% que aparece en nuestra muestra. Este hecho puede estar mediado por otro dato, y es que más de la mitad de estas personas declararon realizar a su vez un uso lúdico. Ésto puede ser debido a la diferente forma de respuesta a los ítems, en la encuesta canadiense se permite contestar únicamente si se realiza un uso medicinal o lúdico, mientras que en la presente encuesta se permite marcar ambas casillas. A falta de un análisis en mayor profundidad cuando se complete la encuesta, es

posible que los ámbitos terapéuticos y lúdicos no sean variables dicotómicas sino más bien un continuo, donde la persona, al obtener placer derivado del consumo, interpreta éste como lúdico y le conduce a consumir también en situaciones de ocio. También puede ser consecuencia de la falta de información sobre su tratamiento en base a cannabis que tienen las personas en el Estado Español donde a diferencia de Canadá no existen profesionales especializados quienes informan sobre cómo deben tomarlo así como en materia de reducción de riesgos.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el apartado de motivación de continuación de consumo, las personas que utilizan cannabis con fines medicinales obtienen beneficios directos sobre su calidad de vida relacionada con la salud. Se puede inferir que la necesidad de bienestar motiva a las personas a la búsqueda de estrategias para conseguirlo y por ello acuden inicialmente al cannabis, manteniéndose el consumo como consecuencia de haber alcanzado cierto equilibrio en dicha necesidad. Los resultados obtenidos en otros estudios donde entran a valorar las posibles motivaciones hacia el consumo de cannabis, observamos que entre los factores que motivan el consumo entre jóvenes están la relajación, la diversión o disfrute (Amigó, 2002; García-Aurrecoechea et al., 2006). Estos factores se encuentran relacionados con los obtenidos en el presente estudio, pero al componerse de una muestra adulta y que realiza un uso medicinal, se valora además como motivante el que ayude a conciliar el sueño y que ayude a manejar el dolor.

Por otro lado, los factores que no están influyendo en el consumo parecen estar más relacionados con aquellos que podrían influir más en una muestra de jóvenes o personas que realizan un uso lúdico como los sujetos evaluados en el estudio de Amigó (2002). Es importante observar que pese a ser una sustancia controlada y con potencial de generar adicción, las personas usuarias de cannabis medicinal no consideran que la adicción sea un factor motivante hacia su consumo, así como no lo es que sea una sustancia ilegal.

Pese a éste último dato, que sea una sustancia ilegal, las personas continúan consumiendo por los beneficios que obtienen sobre su calidad de vida relacionada con la salud. Es decir, que este estatus legal no les disuade de su uso, con lo que sería apropiado realizar determinados cambios en el marco jurídico de la sustancia para, en primer lugar, respetar derechos fundamentales de estas personas que deciden su propio tratamiento, como para incrementar la investigación tanto sobre los usos del cannabis con fines terapéuticos como en materia de prevención secundaria y terciaria.

## REFERENCIAS

- Amigó, S. (2002). ¿Legalizar los porros? Estudio comparativo sobre el consumo de cannabis, éxtasis y cocaína en una muestra de jóvenes. *Informació Psicològica*, 78, 55-70.
- Amigó, S. y Seshadri, V. (1999). Consumo de cannabis: determinantes y consecuencias en una muestra de estudiantes valencianos. *Informació Psicològica*, 71, 66-71.
- Canadian Cannabis Survey 2019. (2019). *Theme 4: Cannabis for medical purposes*. Recuperado de <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/drugs-health-products/canadian-cannabis-survey-2019-summary.html>
- Fattore, L., Fadda, P., Spano, M. S., Pistis, M., & Fratta, W. (2008). Neurobiological mechanisms of cannabinoid addiction. *Molecular and Cellular Endocrinology*, 286(1-2), 97-107.
- García-Aurrecoechea, R., Díaz-Guerrero, R., Reyes-Lagunes, I., Medina-Mora, M.E., Andrade-Palos, P., Reidl, L. M. (2006). Indicadores psicosociales de motivación del consumo de marihuana y/o cocaína. *Adicciones*, 18 (4), 387-398.
- Legleye, S., Karila, L., Beck, F., & Reynaud, M. (2007). Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *Journal of Substance Use*, 12(4), 233-242. Adaptación española: Fernández-Artamendi, Fernández-Hermida, García-Cueto, et al., 2012.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2019a). *Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES)*, 1995-2017. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2019b). ESTUDES 2018/2019. *Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES)*, 1994-2018. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Sánchez-Nàcher, N. (2019) Cannabis y dolor ¿Podremos ver el bosque tras los árboles? *Revista Española de Drogodependencias*, 44 (3), 5-12



**¿POR QUÉ ES IMPORTANTE EL CONSUMO DE CANNABIS EN LA ADOLESCENCIA?  
AVISO PARA NAVEGANTES**

María Isabel Sanmartín<sup>1</sup>, Dolores Clemente<sup>1</sup>, Miguel Óscar Rancaño<sup>1</sup>, Patricia Gómez<sup>2</sup> y Sandra Golpe<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Concello de A Estrada; <sup>2</sup> Universidad de Santiago de Compostela

**Contacto:** [isanprieto@gmail.com](mailto:isanprieto@gmail.com)

## **INTRODUCCIÓN**

Según el ESTUDES 2016-2017 las cifras de consumo de cannabis entre los adolescentes han experimentado un incremento de casi un punto respecto a la edición anterior (pasando de un 25,4% de consumidores en el último año a un 26,3%), por lo que el cannabis sigue siendo la droga ilegal más consumida entre los más jóvenes. Cabe añadir además que en el mismo informe estatal se señala que un 2,8% de los adolescentes españoles de entre 14 y 18 años presenta un patrón de consumo realmente problemático, al dar positivo en el CAST (casi medio punto más que en la edición anterior). No parece, por tanto, que la deriva sea ni mucho menos positiva. Diferentes trabajos han advertido también de la importancia de frenar el progresivo descenso en las edades de inicio de consumo de las diferentes sustancias, en particular el alcohol y el cannabis (Rial, Golpe, Barreiro, Gómez e Isorna, 2019). La forma más común de consumo de cannabis suele ser mezclada con tabaco. Este consumo combinado no solo incide en el mantenimiento del consumo de ambas sustancias, sino que incrementa su potencial adictivo, con importantes implicaciones tanto a nivel neurobiológico como psicosocial. Conviene añadir también dos factores adicionales que justifican este trabajo: (1) de un lado la aparición de nuevas prácticas y rituales de consumo, como el autocultivo o el uso de las cachimbas, que no ha hecho más que complicar la situación, convirtiéndose en un factor de riesgo adicional; (2) de otro lado, el aumento significativo en los niveles de concentración de THC, que hace que a día de hoy nos enfrentemos a una sustancia que, además de ser consumida por un porcentaje de adolescentes cada vez mayor y más joven, su potencial tóxico y adictivo se haya visto multiplicado por cinco y, por ende, sus efectos a nivel cerebral sean sustancialmente mayores. Pero más allá de las consecuencias que el consumo de cannabis a edades tempranas posee a nivel orgánico y/o de comorbilidad psiquiátrica.

## **OBJETIVO**

El objetivo fundamental de este trabajo ha sido intentar aportar nuevas evidencias sobre las implicaciones que éste puede tener a nivel comportamental, en el día a día de los adolescentes que lo consumen. Esperamos que estos nuevos datos sirvan para “desnormalizar” el consumo de cannabis y redoblar los esfuerzos en materia de prevención.

## **METODOLOGÍA**

### **Participantes**

Población objeto de estudio: Estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria residentes en el municipio de A Estrada, con edades comprendidas entre los 12 y los 16 años. Selección de la muestra: Muestreo intencionado. Se recogieron datos de forma sistemática en las aulas de los cuatro centros de E.S.O. existentes en el municipio (2 de titularidad pública y 2 concertados). Muestra final: 635 adolescentes (51,4% hombres y 48,6% mujeres) entre 12 y 16 años (M = 13,80; DT = 1,26).

### **Instrumentos**

Los datos fueron recogidos mediante un cuestionario ad hoc online elaborado expresamente para el presente estudio que incluía 4 bloques: (I) Bloque 1. Preguntas sobre Hábitos de consumo de cannabis y otras sustancias extraídas de la Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España [ESTUDES] y del European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs [ESPAD]; (II) Bloque 2. Diferentes instrumentos de screening: Cannabis Abuse Screening Test (CAST), para el Consumo de riesgo de cannabis; Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), para el Consumo de riesgo de alcohol; Substance Abuse Screening Test (CRAFFT), para el Consumo de riesgo de sustancias en general y Escala de Uso Problemático de Internet en adolescentes (EUPI-a), para el Uso problemático de Internet. (III) Bloque 3. Preguntas de elaboración propia sobre Conductas Problema/de Riesgo asociadas al consumo de alcohol y sustancias (peleas, accidentes o lesiones, sexo sin protección, bajo rendimiento académico...). (IV) Bloque 4. Preguntas de elaboración propia sobre Prácticas de Riesgo OnLine (sexting, ciberacoso...).

### Procedimiento

Los datos fueron recogidos en las propias aulas, en grupos reducidos, mediante un cuestionario autoadministrado. La recogida de datos fue realizada por psicólogas de la Universidad de Santiago de Compostela (USC) con experiencia en este tipo de tareas. Se garantizó el anonimato y confidencialidad de la información. Se contó con el consentimiento y colaboración tanto de la dirección de los centros como de las respectivas AMPAS. Se contó con la aprobación del Comité de Bioética de la USC.

### Análisis de datos

Tras un primer análisis descriptivo, se llevó a cabo pruebas *t* de Student para la comparación de medias en variables cuantitativas y contrastes  $\chi^2$  en el caso de variables cualitativas o categóricas. Los análisis fueron realizados mediante el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 25.

### RESULTADOS

El 33 de los entrevistados manifiestan haber consumido alcohol en el último año y un 17% en el último mes. Un 11,6% reconoce haber fumado en el último año y un 4,5% en el último mes. Tan sólo el 2,2% dice haber consumido en el último año y un 0,5% en el último mes. El consumo de riesgo, por su parte, se sitúa en un 0,8%. No se aprecian diferencias significativas por Sexo, pero sí por Curso. Por último, cabe señalar que la edad de inicio del consumo de cannabis se sitúa en los 14,3 años, justo cuando tiene lugar la primera borrachera.

Figura 3. Tasas de consumo del Último año y el Último mes

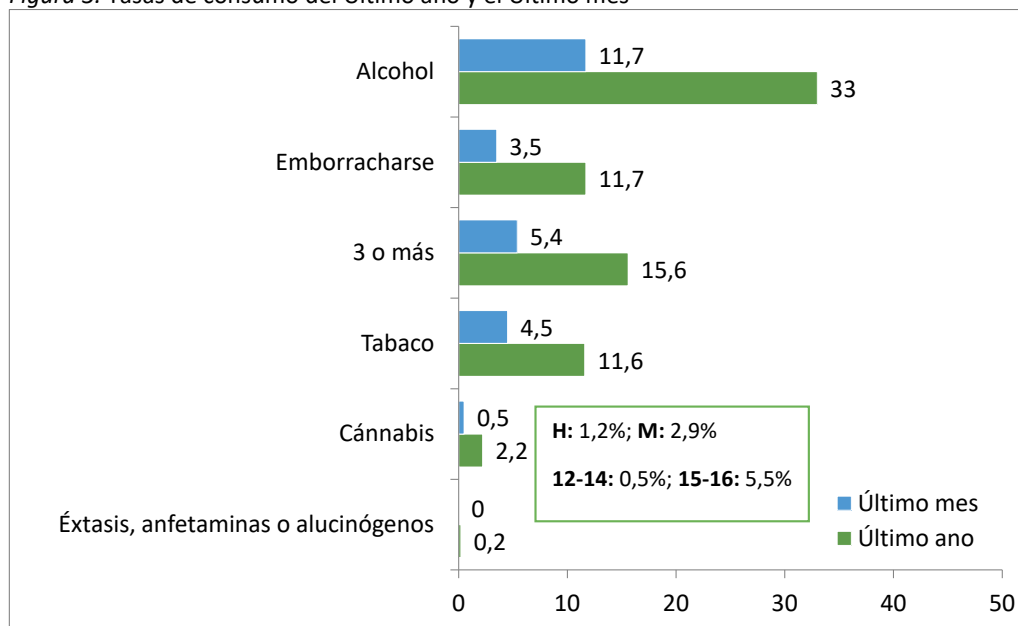
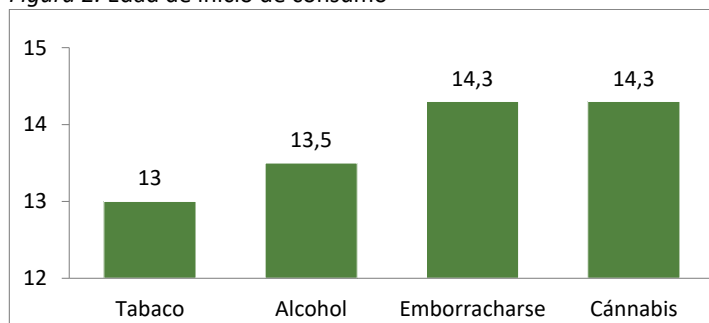


Tabla 9. Consumos de riesgo (Global y por Segmentos)

CONSUMO DE RIESGO (CAST +)			
GÉNERO	Hombres	Mujeres	$\chi^2$
CURSO	1º-2º	3º-4º	$\chi^2$
<b>CAST (+)</b>	0,3%	1,3%	44,52**

Figura 2. Edad de inicio de consumo



Si se compara el repertorio de consumo de los adolescentes que dicen haber consumido cannabis en el transcurso del   ltimo año con el de los que no lo han hecho, se observan diferencias muy notorias y significativas en todos los casos. Se observa también que la tasa de positivos tanto en el AUDIT como en el CRAFFT llega a multiplicarse por 8 (Tabla 2). Algo similar puede decirse de diferentes conductas de riesgo, como meterse en peleas, sufrir accidentes o lesiones, mantener relaciones sexuales sin protección, subirse a un automóvil con un conductor ebrio, etc. (Figura 3), e incluso de diferentes conductas de riesgo online (como el sexting o el contacto con desconocidos) o el propio Uso Problemático de Internet.

Tabla 10. Repertorio de consumo ( ltimo mes) y consumo de riesgo

REPERTORIO DE CONSUMO	NO CANNABIS ÚLTIMO AÑO	CANNABIS ÚLTIMO AÑO	$\chi^2$
<b>Tabaco</b>	3,1%	61,5%	93,09**
<b>Alcohol</b>	9,6%	69,2%	40,73**
<b>Emborracharse</b>	2,1%	46,2%	70,67**
<b>3 o más consumiciones</b>	3,9%	38,5%	27,49**
<b>6 o más consumiciones</b>	0,8%	15,4%	13,26**
<b>AUDIT (+)</b>	8%	69,2%	49,54**
<b>CRAFFT (+)</b>	9%	76,9%	55,88**

\*p < ,05; \*\*p < ,001



Figura 3. Conductas de riesgo asociadas al consumo de alcohol y sustancias

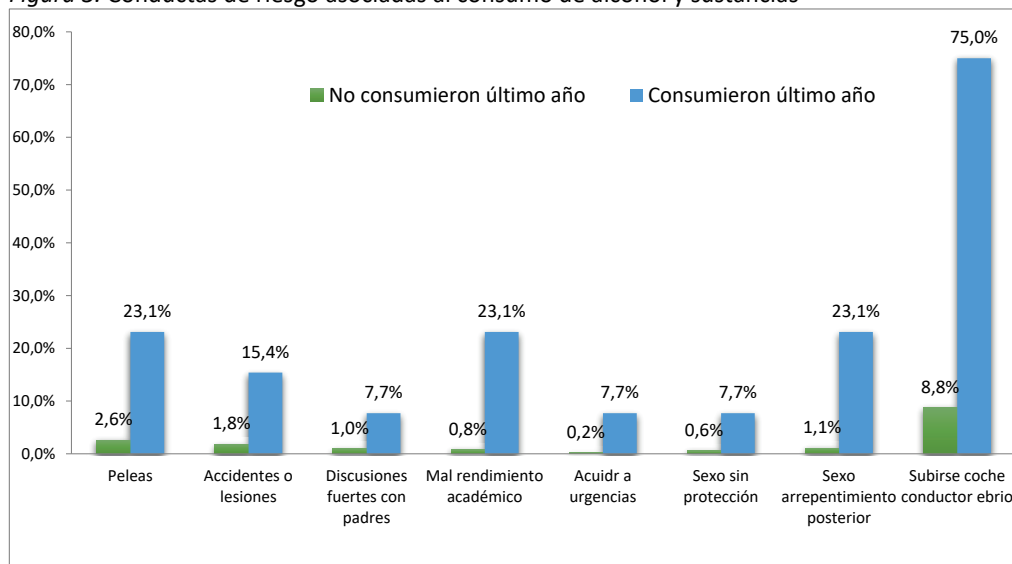
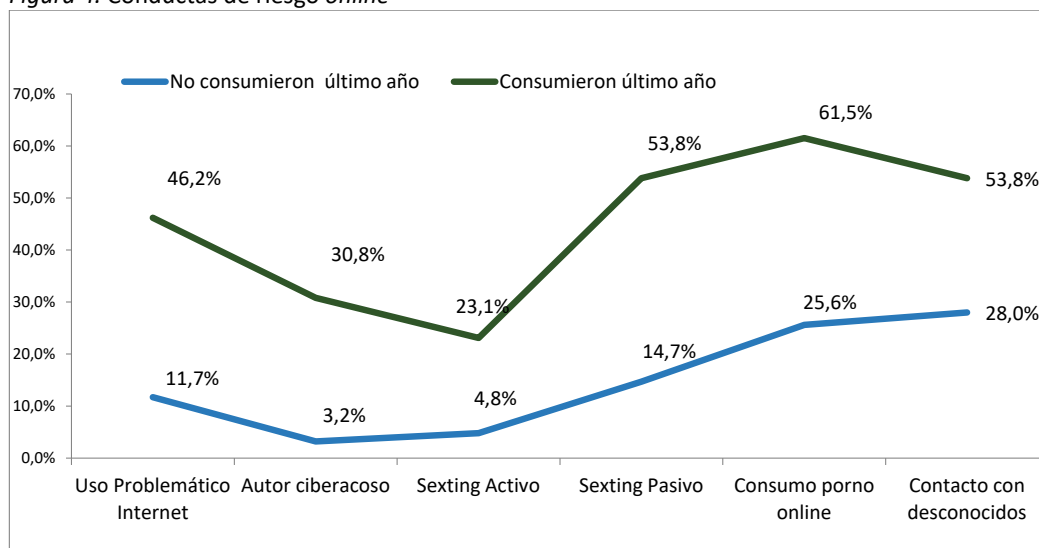


Figura 4. Conductas de riesgo online



## CONCLUSIONES

Los niveles de consumo de cannabis entre los adolescentes del municipio de A Estrada de 12 a 16 años son realmente bajos, muy inferiores a los del conjunto del Estado y a los de la Comunidad Gallega. Apenas un 2,2% de los escolares de esta franja de Edad ha consumido cannabis en el transcurso del último año. Lo mismo puede decirse de la tasa de consumo de riesgo, que se sitúa en el 0,8%. Ello puede venir explicado por varios factores: uno de ellos, la inversión realizada en materia de prevención desde hace más de 15 años; el otro, las consabidas diferencias que en materia de consumo suelen existir entre entornos rurales y urbanos que, según los expertos, suele implicar modelos de familia y estilos de vida diferentes. Pero más allá de esta diferencia, el presente estudio ha servido para llamar la atención de las serias implicaciones que el hecho de consumir cannabis a edades tan tempranas posee. Se ha podido comprobar que las tasas de policonsumo, de borracheras

o de *Binge Drinking* llegan a multiplicarse por 20 entre los y las adolescentes que consumieron cannabis en el último año. Algo similar sucede con los consumos de riesgo de alcohol y de drogas en general, con tasas de positivos en el AUDIT y en el CRAFFT 8 o 9 veces mayores; o incluso cuando se analizan diferentes conductas de riesgo o problemas asociados al consumo de alcohol y de sustancias. Los porcentajes de adolescentes que se han metido en peleas, han sufrido accidentes o lesiones, han tenido sexo sin protección o del que más tarde se arrepienten, llegan multiplicarse por 20. No parece, por tanto, que el consumo de cannabis a estas edades resulte una cuestión baladí. En la era de la globalización y de las Nuevas Tecnologías hemos podido comprobar también que el consumo de cannabis se asocia a diferentes prácticas de riesgo online, como el sexting (activo y pasivo), el consumo de porno a través de la Red o el contacto con desconocidos. La tasa de Uso Problemático se ve también cuadruplicada y el porcentaje de menores que reconoce haber insultado, humillado o amenazado a otros a través de Internet se multiplica por 10. Estos resultados, si bien coinciden con los obtenidos por Golpe et al., 2017; Hublet et al., 2015; Rial et al., 2019 o Schauer, Rosenberry & Peters, 2017, deben alejarnos definitivamente de la autocomplacencia y concederle al problema la importancia que merece, redoblando los esfuerzos en materia de prevención.

## BIBLIOGRAFÍA

- Burkhart, G. (2011). Prevención ambiental de drogas en la Unión Europea. ¿Por qué es tan impopular este tipo de prevención? *Adicciones*, 23(2), 87-100.
- Golpe, S., Gómez, P., Braña, T., Varela, J. y Rial, A. (2017). Relación entre el consumo de alcohol y otras drogas y el uso problemático de Internet en adolescentes. *Adicciones*, 29 (4), 268-277.
- Isorna, M. (2017). Cannabis: efectos, riesgos y beneficios terapéuticos. Vigo: Universidad de Vigo.
- Levine, A., Clemenza, K., Rynn, M. y Lieberman, J. (2017). Evidence for the risks and consequences of adolescent cannabis exposure. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(3), 214-225.
- Plan Nacional sobre Drogas. (2018b). *Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024*. Madrid, España: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Plan Nacional sobre Drogas (2020). Encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES) 2018-2019. Madrid, España: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Rial, A. Burkhart, G., Isorna, M., Barreiro, C., Varela, J. y Golpe, S. (2019). Consumo de cannabis entre adolescentes: patrón de riesgo, implicaciones y posibles variables explicativas. *Adicciones*, 31, 64-77.
- Rial, A., Golpe, S., Araujo, M., Braña, T. y Varela, J. (2017). Validación del Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) en población adolescente española. *Psicología Conductual*, 25(2), 371-386. Recuperado de <https://www.behavioralpsycho.com/producto/validacion-del-test-de-identificacion-de-trastornos-por-consumo-de-alcohol-audit-en-poblacion-adolescente-espanola/>
- Rial, A., Gómez, P., Isorna, M., Araujo, M. y Varela, J. (2015). EUPI-a: Escala de Uso Problemático de Internet en adolescentes. Desarrollo y validación psicométrica. *Adicciones*, 27(1), 47-63. doi: 10.20882/adicciones.193.
- Rial, A., Harris, S. K., Knight, J. R., Araujo, M., Gómez, P., Braña, T., Varela, J. y Golpe, S. (2019). Validación empírica del CRAFFT Abuse Screening Test en una muestra de adolescentes españoles. *Adicciones*, 31(2), 160-169. doi: 10.20882/adicciones.31.2

## Agradecimientos

Este trabajo se enmarca dentro de un proyecto de investigación financiado por el Plan Nacional sobre Drogas (Ref. 2018/008)

**EVOLUCIÓN DEL PERFIL DE CONSUMIDORES DE CANNABIS EN PROGRAMAS DE  
ATENCIÓN JURÍDICO SOCIAL**

Tajes Alonso, M. Fraga Ares, J. y Otero Puig, M.

Servizo de Saúde Mental. Servizo Galego de Saúde

**Contacto:** [maria.Tajes.Alonso@sergas.es](mailto:maria.Tajes.Alonso@sergas.es)

## **INTRODUCCIÓN**

El Programa Atención Jurídico Social está dirigido a personas con conductas adictivas, y con su desarrollo se pretende dar respuesta a las necesidades planteadas por éstas y sus familiares en relación a cuestiones sociales y judiciales.

La mayoría de los usuarios y usuarias están a tratamiento terapéutico o en fase de superación de la adicción. Son con frecuencia personas con dificultades añadidas, como bajo nivel cultural o académico, escasa cualificación laboral o problemas socioeconómicos.

Al amparo de este programa se realizan actividades de diversa índoles, como: Entrevistas con los usuarios y sus familias, coordinación con profesionales del PGD, entrevistas con diferentes personas relacionadas con el proceso (jueces, fiscales), localización y revisión de diligencias pendientes, preparación y asistencia a juicios, identificación, contacto y entrevistas con los abogados y abogadas de oficio, actuaciones ante organismos administrativos, dependencias policiales, judiciales y penitenciarias, redacción de escritos jurídicos, solicitud de suspensión y cumplimiento alternativo, solicitud de indultos, orientación y asesoramiento sociolaboral, Información, valoración y atención social-, etc.

El objetivo general del programa de atención jurídico social es prestar una atención global e integradora en el marco jurídico y social a personas reclusas, con conductas adictivas, y a sus familiares.

El consumo de cannabis es percibida como una de las conductas adictivas de menor riesgo, sin embargo esto contrasta con la percepción de los profesionales de la red que observan como en los últimos años el perfil de los usuarios de estos programas está cambiando, siendo cada vez más jóvenes los demandantes de atención, y constituyendo el cannabis una de las drogas de consumo principal.

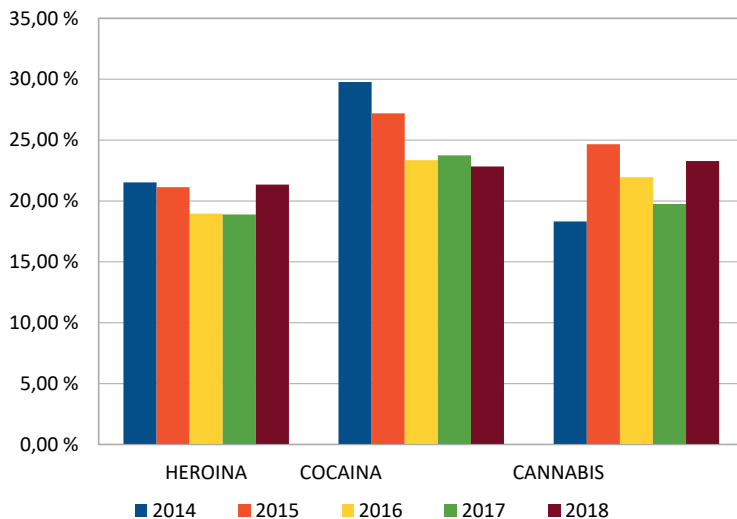
## **MÉTODO**

Revisión de los indicadores del sistema de información de la red gallega de asistencia a drogodependencias en el periodo 2014- 2018.

## **RESULTADOS**

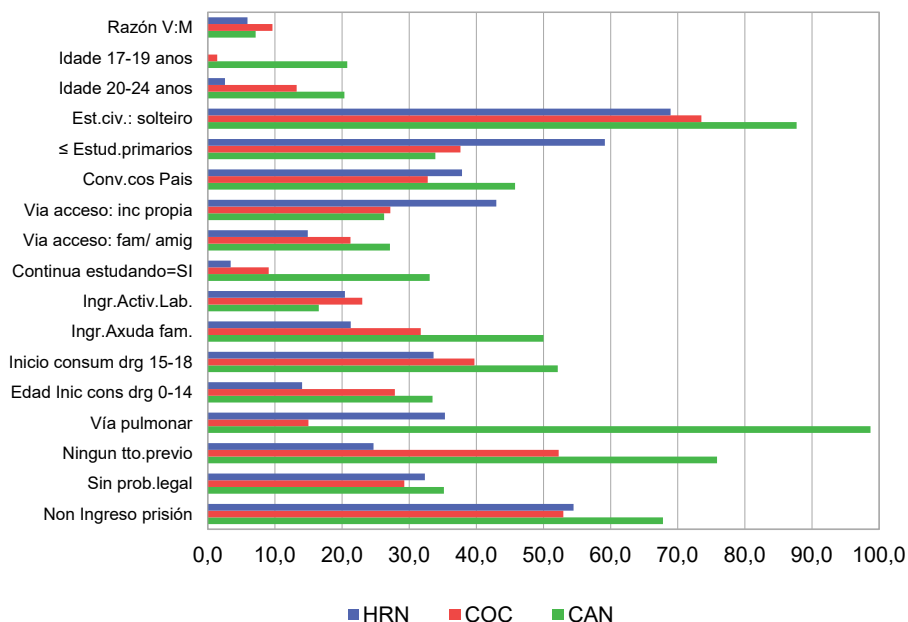
Del total de personas atendidas en los programas de atención jurídico social en el año 2018 un 23,3% lo hacen siendo el cannabis a droga principal de consumo, lo que representa un incremento del 27% sobre el año 2014 (gráfico 1). Este dato contrasta con el porcentaje de usuarios admitidos por cocaína como droga principal que disminuyó en el periodo 2014- 2018 en un 30%, permaneciendo estable en el caso de los usuarios que consumen heroína como droga principal (gráfico 1).

**Gráfico 1:** Porcentaje de usuarios de los PAXs según droga principal. Periodo 2014- 2018

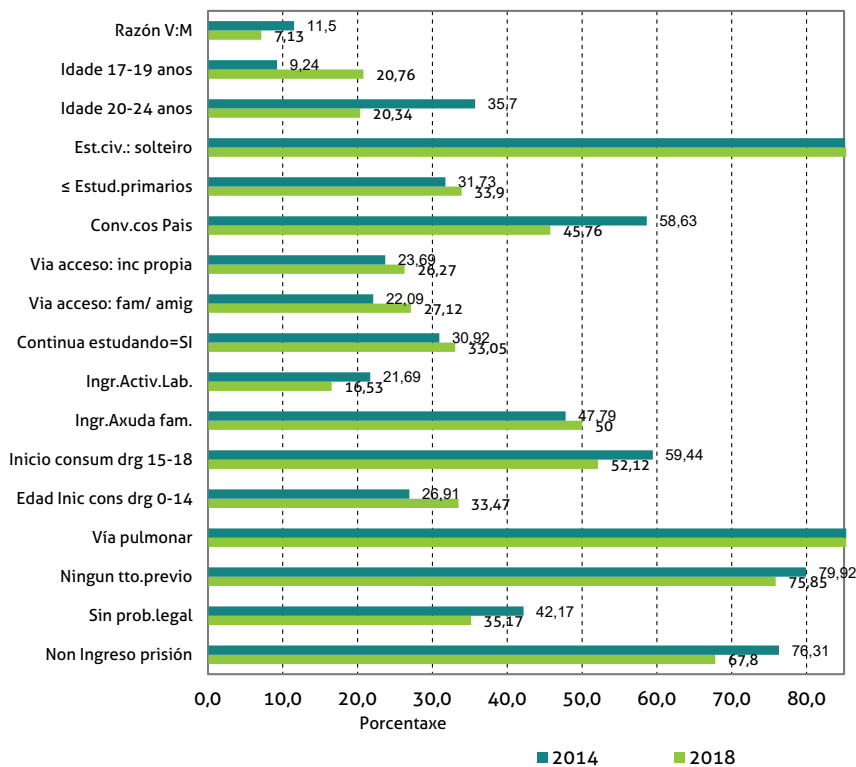


Los usuarios del PAXS consumidores de cannabis son más jóvenes que los usuarios consumidores de cocaína o heroína, representando la mayor de las admisiones en las edades comprendidas entre 17 a 24 años (gráfico 2). Tienen un nivel de estudios mayor y muchos están estudiando. En esta muestra, comenzaron a consumir drogas más tempranamente que las personas que consumen como droga principal heroína o cocaína, más de un 30% con 14 años o menos (gráfico 2).

**Gráfico 2:** Perfil de usuarios do PAXs segundo droga principal. Año 2018.



**Gráfico 3:** Perfil general de los pacientes atendidos en PAXS. Droga principal: Cannabis. Galicia 2014-2018



En el período 2014-2018 los cambios más destacables en el perfil de usuarios de PAXS con cannabis como droga principal son: el incremento de las mujeres admitidas en el programa, el incremento de usuarios de entre 17-19 años, la disminución en la edad de inicio en el consumo, y un mayor porcentaje de personas que ya habían recibido previamente un tratamiento.

El número de usuarios que han ingresado en prisión también se vio incrementado en 9 puntos porcentuales alcanzando el 33% de los usuarios en 2018 (gráfico 3).

### CONCLUSIONES

A pesar de la percepción social del cannabis como droga de bajo riesgo, del análisis de los datos observados de este tipo de programas se observa el relevante papel del consumo de cannabis como droga vinculada a procesos de índole legal. Las personas que inician el programa PAXS con cannabis como droga de consumo principal son más jóvenes, y se han iniciado en el consumo de drogas a edades más tempranas, siendo la proporción hombre/mujer menor al final del periodo.

**CONSUMO DE CANNABIS ¿ES NECESARIO UN ABORDAJE DESDE LA  
PERSPECTIVA DE GÉNERO?**

M<sup>a</sup> José Vázquez Figueiredo, Manuel Isorna Folgar, Laura Gutiérrez Redondo  
*Grupo PSI-Psicología Jurídica. Universidad de Vigo*

**Contacto:** [figueiredo@uvigo.es](mailto:figueiredo@uvigo.es)

## INTRODUCCIÓN

La literatura nos advierte que el género es una variable relevante en el estudio de la conducta adictiva (Meneses et al., 2009); al evidenciar que el consumo y los problemas asociados al mismo se manifiestan, en hombres y mujeres, de forma diferente (d'Acremont, y Van der Linden, 2006). En este sentido, algunos autores (i.e., Gustfson, 1998; Mahalik, Burns, y Syzdek, 2007) indican que la valoración del riesgo percibido y asumido, en el consumo de sustancias adictivas, debe tomar en consideración tanto las actividades y roles sociales de cada sexo, como la desigualdad de poder que se produce entre ellos. Esta distinción del comportamiento del adolescente atendiendo al género se fundamenta principalmente en un proceso de socialización diferencial intersexual, donde los chicos se sienten obligados a cumplir unas normas e ideales de masculinidad estereotipadas, que promueven la construcción de una identidad dominante (Vázquez, Fariña, Seijo, y Arce, 2019), y en el que el consumo no es reprobado ni penalizado socialmente tanto como en el de las mujeres (Patrón-Hernández, Nieto Robles, y Limiñana-Gras, 2020). En este sentido, se ha constatado que la reacción que adopta la familia ante el consumo de la hija suele ser de mayor preocupación y agilidad, que la del hijo, a la hora de buscar una solución (Ochoa, 2019). Este tipo de codificación de género se ha llegado a extender y normalizar en los distintos contextos en los que se socializan los/as adolescentes (Lunneblad y Johansson, 2019), provocando un desarrollo diferencial en las competencias que inhiben las conductas de riesgo y, en particular el consumo de drogas, dando lugar a factores de riesgo distintos para hombres y mujeres (Gustfson, 1998). De ahí la importancia de averiguar cuánto influye el cumplimiento de las normas de género en este patrón comportamental (Patrón-Hernández et al., 2020). En esta línea se presenta el estudio que describimos a continuación, que trata de comprobar si el género es una variable pertinente en la explicación del consumo de cannabis.

## METODOLOGÍA

### Participantes

En este estudio han participado 1368 estudiantes de enseñanza secundaria obligatoria (en adelante ESO) procedentes de centros educativos ubicados en comarcas de la zona norte de Pontevedra. De éstos, 679 (49.6%) eran varones y 689 (50.4%) mujeres, con edades comprendidas entre los 11 y los 18 años ( $M=14.32$ ;  $Sx=1.471$ ). En cuanto al curso académico, 373(27.3%) eran de 1º de la ESO, 374(27.3%) de 2º, 321(23.5%) de 3º, 300(21.9%) de 4º.

### Procedimiento e instrumentos de evaluación

El instrumento de medida fue aplicado de forma colectiva en el aula, previo consentimiento informado de los progenitores o tutores. A todos los participantes se les garantizó que el tratamiento de sus datos cumpliría con el principio de protección de datos de la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de datos personales y con las garantías de derechos digitales.

Para evaluar el consumo de cannabis los participantes tenían que responder de forma categórica al ítem *¿Has consumido cannabis, alguna vez en tu vida?* De forma adicional, se tanea si el consumo de cannabis provoca conflictos en el ámbito familiar a partir del ítem *¿Tienes conflictos con tus padres por el consumo de porros?* del *Cuestionario de Conflictos Familiares* de Fuentes, Motrico y Bersabé (1999). La respuesta a esta pregunta aparece formulada en una escala tipo Likert (1 = nunca, 2 = pocas veces, 3 = algunas veces, 4 = muchas veces y 5 = siempre), donde se concreta la frecuencia con que el/la adolescente ha tenido conflictos, por separado, con su padre y su madre por el consumo de esta sustancia. Por último, los datos sociodemográficos que se recabaron para este estudio fueron el género y la edad.

### Análisis de datos

Se abordó el cálculo de análisis descriptivos para estimar la prevalencia. Para las variables categóricas se realizaron tablas de contingencia y se analizaron las diferencias mediante el estadístico chi cuadrado, y en el cálculo del tamaño del efecto se empleó  $\Phi = \sqrt{(\chi^2/N)}$ . Para las



variables continuas se llevaron a cabo comparaciones de medias entre grupos mediante la prueba *t* de Student para muestras independientes. El tamaño del efecto, en este caso, se computó mediante *d* de Cohen para medir la magnitud de las diferencias encontradas, considerándose pequeña si  $d=0.20$ ; moderada, si  $d=0.50$  y grande si  $d > 0.80$  (Cohen, 1988). Para el análisis de datos se empleó el paquete estadístico SPSS24.0.

## RESULTADOS

En este estudio hemos obtenido que 1157(85.6%) participantes informan que nunca habrían consumido cannabis y 195(14.4%) sí lo había hecho; situándose el inicio de este consumo entre los 7 y 17 años ( $M=13.80$  y  $Sx=1.651$ ). En este caso, la prevalencia de la conducta de consumo de cannabis en la población evaluada es superior a lo esperado por el azar,  $Z(1368)=15.95$ ,  $p < .001$ .

Tabla 1.

*Prevalencia de consumo en estudiantes de la ESO*

	No <i>f</i> (%)	Sí <i>f</i> (%)
Consumo de Cannabis	1157(85.6%)	195(14.4%)

Nota: *f*(%)=frecuencia porcentaje

Atendiendo a la variable género (chicos vs. chicas), la aplicación de la prueba Chi cuadrado informa de diferencias significativas  $X^2_{(1)}=23,170$ ,  $p < .001$ , tal que los chicos adolescentes presentan un consumo más alto que las chicas (ver Tabla 2), con un tamaño del efecto pequeño ( $\Phi=0.13$ ). Asimismo, la edad media de inicio en el consumo se diferencia por el género, aunque muy poco, siendo más temprana en los chicos ( $M=13.59$ ) que en las chicas ( $M=14.22$ ).

Tabla 2.

*Prevalencia de consumo en estudiantes de la ESO, en función del género*

	Consumo de cannabis	
	No	Sí
Hombre	538(46.5%)	127(65.1%)
Mujer	619(53.5%)	68(34.9%)

Según indican los adolescentes, este consumo motiva situaciones de conflicto filioparentales, apreciándose igualmente diferencias marcadas por el género del descendiente, siendo más habitual el conflicto cuando éste es varón ( $M=1.19$ ) que cuando es mujer ( $M=1.10$ ), con un tamaño del efecto medio.

Tabla 3.

*Comparación de medias mediante *t* de Student en consumo de cannabis, en función del género*

	<i>t</i>	<i>p</i>	$M_h$	$M_m$	<i>d</i>
Consumo de Cannabis	4.831	.000	1,19	1.10	0.26

Nota:  $gl(1, 1395)$ ;  $M_h$ =media grupo chicos y  $M_m$ =media grupo chicas

En concreto, los chicos tienen más conflictos por el consumo de esta sustancia tanto con la madre como con el padre ( $M_{padre}=1.15$ ;  $M_{madre}=1,16$ ) en comparación con las chicas ( $M_{padre}=1.07$ ;  $M_{madre}=1.08$ ), con un tamaño del efecto pequeño ( $d=0.16$  y  $d=0.17$ ), respectivamente. De forma adicional, se ha comprobado que la prevalencia del conflicto en chicos y chicas es muy similar en ambos progenitores (ver Tabla 5).

Tabla 4.

*Comparación de medias mediante t de Student en conflictos filioparentales, en función del género*

	<i>t</i>	<i>p</i>	Mh	Mm	<i>d</i>
Conflicto con la madre por el consumo de cannabis	3.184	.004	1.16	1.07	0.16
Conflicto con el padre por el consumo de cannabis	2.875	.001	1.15	1.07	0.17

Nota: *gl*(1, 1395); *M<sub>h</sub>*=media grupo chicos y *M<sub>m</sub>*=media grupo chicas

Tabla 5.

*Prevalencia de conflicto filioparental por consumo cannabis en función del género de los estudiantes de la ESO*

	Chicas <i>f</i> (%)	Chicos <i>f</i> (%)
Conflicto con la madre	50(85.6%)	50(7.6%)
Conflicto con el padre	27(4%)	24(3.7%)

Nota: *f*(%)=frecuencia porcentaje

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este estudio indica que, en la Comunidad Autónoma de Galicia y más concretamente en el área de Pontevedra, el consumo de esta sustancia es habitual en la población adolescente, en tanto que se obtuvo un consumo significativamente superior al esperado por el azar. Este hallazgo se muestra en consonancia con la tendencia que se observa en el uso de esta sustancia en Europa y en España (González-Yubero, Palomera, Lázaro-Visa, 2019). Estos datos resultan especialmente preocupantes, dado que la cantidad y la frecuencia con que se use esta sustancia se relaciona con la aparición de trastornos mentales, abuso y dependencia en adolescentes y jóvenes adultos (Degenhardt et al., 2013). De la misma forma Rial, Burkhart, Isorna, Barreiro, Varela y Golpe (2018), hallan que los adolescentes que “dan el salto” al consumo de cannabis tienen una mayor probabilidad de desarrollar un patrón de riesgo, caracterizado por un repertorio de consumo más perjudicial y una mayor probabilidad de implicarse en numerosas prácticas de riesgo en el uso de Internet. Ahora bien, este consumo, tal como se muestra en esta investigación y en las precedentes (i.e., Plan Nacional sobre Drogas (PNSD), 2007; 2018) está más extendido entre los varones. Es más, se ha comprobado, en línea con este resultado, que el consumo de cannabis en los adolescentes varones también ha provocado más conflictos con los progenitores, si lo comparamos con los que tienen con las hijas, por este tema. Este resultado apoya lo ya postulado por Smetana y Asquith (1994), quienes nos informan que los conflictos sobre el consumo de alcohol y drogas están muy presentes en familias con adolescentes varones, pero no así en aquellas que tienen hijas. Esta diferencia en el tipo conflicto familiar mediada por el género de los hijos responde, en palabras de Motrillo, Fuentes, y Bersabé (2001), a que los progenitores son más exigentes con las hijas en este tema y, además educan de forma distinta a sus descendientes, en función de su género. En torno a esta cuestión Patró-Hernández et al. (2020) realizan una interesante reflexión sobre la imperiosa necesidad de estudiar el impacto positivo o negativo que tienen algunas normas de género en la promoción de comportamientos saludables. En este sentido, algunos estudios apuntan que aquellos hombres que son más asertivos y se muestran más identificados con los aspectos positivos de la masculinidad tiende a consumir menos drogas, que aquellos que se posicionan en una masculinidad entendida como agresiva (Kulis et al, 2010; Van Gundy et al., 2005). Igualmente, se ha llegado a sugerir que, una de las razones por las que las mujeres tienden a mantener niveles de consumo tanto o más altos que los varones, se debe a la necesidad de sentirse igual a ellos; dicho de otro, se conforman o adhieren más fuertemente con los aspectos negativos que se asocian con la masculinidad tradicional (Kaya et al., 2016; Willians y Ricciardelli, 1999). A tal efecto, Moral et al (2011) subrayan la necesidad de cambiar aquellas representaciones sociales sobre la droga y el género que favorezcan

el consumo, dado constituyen una variable fundamental en la configuración de actitudes de rechazo hacia el consumo de drogas, tanto legales como ilegales. Si asumimos el reto de prestar atención al impacto que tienen las normas de género en la promoción de la salud, debemos partir del supuesto que nos plantean South y Hammock (2007), quienes nos sugieren que la relevancia explicativa del factor género, en este patrón comportamental, debe estudiarse en un contexto social y cultural concreto. Bajo esta premisa, se ha de plantear la introducción de la perspectiva de género en las propuestas de prevención e intervención de las conductas adictivas y, en especial en el consumo de cannabis, tal y como ya nos proponían algunos estudios bibliométricos (González *et al.*, 2007; Mauleón y Bordons, 2006) y ejemplos de intervención en esta línea (i.e., Casares-López *et al.*, 2010; Luciano, Páez-Biarrina y Valdivia-Salas, 2010; Rebollada, Llopis, Castillo y Stocco, 2007).

## REFERENCIAS

- Casares-López, M.J., González-Menéndez, A., Torres-Lobo, M., Secades-Villa, R., Fernández-Hermida, J.R., y Álvarez, M.M. (2010). Comparación del perfil psicopatológico y adictivo de dos muestras de adictos en tratamiento: en prisión y en comunidad terapéutica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, 225-243.
- d'Acremont, M., y Van der Linden, M. (2006). Gender differences in two decision-making tasks in a community sample of adolescents. *International Journal of Behavioral Development*, 4(30), 352-358.
- Degenhardt, L., Coffey, C., Romaniuk, H., Swift, W., Carlin, J. B., Hall, W. D. y Patton, G. C. (2013). The persistence of the association between adolescent cannabis use and common mental disorders into young adulthood. *Addiction*, 108, 124-133. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02819.x.
- Fuentes, M. J., Motrico, E., y Bersabé, R.M. (1999). *Cuestionario de conflictos familiares*. Informe de investigación no publicado. Universidad de Málaga.
- González, G., Valderrama, J.C., Navarro, C., Alonso, A., Bolaños, M. y Aleixandre, R. (2007). Análisis de género en la producción científica española sobre drogodependencias en biomedicina 1999-2004. *Adicciones*, 19, 45-50.
- González-Yubero, S., Palomera, R., Lázaro-Visa, S. (2020). Inteligencia emocional rasgo y habilidad como asociados al consumo de cannabis en la adolescencia. *Adicciones*, 1-12. <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.1364>.
- Gustafson, P. E. (1998). Gender differences in risk perception: Theoretical and methodological perspectives. *Risk Analysis*, 18(6), 805-811. <https://doi.org/10.1023/B:RIAN.0000005926.03250.c0>
- Kaya, A., Iwamoto, D. K., Grivel, M., Clinton, L., y Brady, J. (2016). The role of feminine and masculine norms in college women's alcohol use. *Psychology of Men & Masculinity*, 17, 206-214. doi:10.1037/men0000017
- Kulis, S., Marsiglia, F. F., Lingard, E. C., Nieri, T., y Nagoski, J. (2008). Gender identity and substance use among students in two high schools in Monterrey, Mexico. *Drug and Alcohol Dependence*, 95, 258-268. doi:10.1016/j.drugalcdep.2008.01.019.
- Luciano, C., Páez-Biarrina, M., y Valdivia-Salas, S. (2010). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de Evitación Experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, 141-165.
- Lunneblad, J., y Johansson, Th. (2019). Violence and gender thresholds: A study of the gender coding of violent behaviour in schools. *Gender and Education*. Advance online. <https://doi.org/10.1080/09540253.2019.1583318>
- Mahalik, J. R., Burns, S. M., y Syzdek, M. (2007). Masculinity and perceived normative health behaviors as predictors of men's health behaviors. *Social Science & Medicine*, 64, 2201-2209. doi:10.1016/j.socscimed.2007.02.035.
- Mauleón, E. y Bordons, M. (2006). Productivity, impact and publication habits by gender in the area of Materials Science. *Scientometrics*, 66, 199-218.

- Meneses, C., Romo, N., Uroz, J., Gil, E., Markez, I., Giménez, S., y Vega, A. (2009). Adolescencia, consumo de drogas y comportamientos de riesgo: diferencias pro sexo, etnicidad y áreas geográficas en España. *Trastornos Adictivos*, 1(11), 51-63.
- Moral, M.V., Rodríguez, F.J., y Ovejero, A. (2010). Correlatos psicosociales del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes españoles. *Salud Pública de México*, 52, 406-415.
- Moral-Jimenez, M<sup>a</sup> de la V., Ovejero-Bernal, A., Rodríguez-Díaz, F.J., Sirvent-Ruiz, C. (2011). Modificación de actitudes hacia el consumo de sustancias en adolescentes: seguimiento de las diferencias intergénero. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(2), 291-311.
- Motrillo, E., Fuentes, M<sup>a</sup> J., y Bersabé, R. (2001). Discrepancias en la percepción de los conflictos entre padres e hijos/as a lo largo de la adolescencia. *Anales de Psicología*, 17(1), 1-13.
- Ochoa, E. (2019). Diferencias de género en adolescentes consumidores de cannabis. En M. Isorna y A. Rial (Coords.), *El consumo de cannabis y sus derivados* (pp.193-201). Madrid: Dykinson.
- Patrón-Hernández, R. M<sup>a</sup>, Nieto-Robles, Y., y Limiñana-Gras, R.M. (2020). The relationship between gender norms and alcohol consumption: A systematic. Review. *Adicciones*, 32(2), 145-158.
- Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) (2007). *Informe de la encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2006-2007*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD).
- Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) (2018). *Encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES 2016-2018)*. Madrid, España: Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Rebollada, M., Llopis, J.J., Castillo, A., y Stocco, P. (2007). Guía para el tratamiento de la adicción desde una perspectiva de género. *Adicciones*, 19, 108-109.
- Rial, A., Burkhart, G., Isorna, M., Barreiro, C., Varela, J., & Golpe, S. (2019). Consumo de cannabis entre adolescentes: patrón de riesgo, implicaciones y posibles variables explicativas. *Adicciones*, 31(1), 64-77.
- Smetana, J. G., y Asquith, P. (1994). Adolescents' and parents' conceptions of parental authority and personal autonomy. *Child Development*, 65(4), 1147-1162. <https://doi.org/10.2307/1131311>
- South, D., y Hammock, G. (2007) Social context of human aggression: Are we paying too much attention to gender? *Aggression and Violent Behavior*, 12(4), 417-426.
- Van Gundy, K., Schieman, S., Kelley, M. S., y Rebellon, C. J. (2005). Gender role orientations and alcohol use among Moscow and Toronto adults. *Social Science & Medicine*, 61, 2317-2330. doi:10.1016/j.socscimed.2005.07.033.
- Vázquez, M<sup>a</sup> J., Fariña, F., Seijo, D., y Arce, R. (2019). *Comportamiento antisocial en las aulas ¿es necesario un abordaje con perspectiva de género?* En Peralbo, M., Risso, A., Barca, A., Duarte, B., Almeida, L., y Brenlla, J. C., *Libro de Actas XV Congreso Internacional Gallego-Portugués de Psicopedagogía* (pp. 664-673). Coruña: Universidade da Coruña.
- Williams, R. J., y Ricciardelli, L. A. (1999). Gender congruence in confirmatory and compensatory drinking. *The Journal of Psychology*, 133, 323-331. doi:10.1080/00223989909599745.

**ORIGEN ESPAÑOL DE LAS PRINCIPALES VARIEDADES DE CANNABIS CON  
NIVELES ALTOS DE CBD**

Álvaro Zamora<sup>1a</sup>, Hugo Madera<sup>1</sup>, Marta De Luxán<sup>1</sup>, Noemí Sánchez-Nàcher<sup>2</sup>, Antonio Cervero<sup>3</sup>

<sup>1</sup> *Observatorio Europeo del Consumo y Cultivo de Cannabis*

<sup>2</sup> *Universitat de València y Universitat de les Illes Balears*

<sup>3</sup> *Universidad de Oviedo*

**Contacto:** [ganjatime13@hotmail.com](mailto:ganjatime13@hotmail.com)

## INTRODUCCIÓN

El primer paper científico sobre el CBD data de 1980. Raphael Mechoulam y otros científicos publicaron “Chronic Administration of Cannabidiol to Healthy Volunteers and Epileptic Patients” (Cunha et al., 1980). En este estudio afirmaban que el CBD podía ayudar a pacientes epilépticos y que no mostraban signos de toxicidad, ni contraindicaciones importantes. A pesar de esto, el CBD pasó décadas casi desapercibido, hasta la difusión masiva actual del CBD, que surgió a partir del 2009, cuando se empezaron a extender, por todo el mundo, las variedades españolas altas en CBD.

EL CBD se trata de un mercado en crecimiento y con mucho potencial. De hecho, The CBD Report (Hemp Business Journal, 2017) valora que el mercado del CBD para 2020 habrá alcanzado los 2.100 millones de dólares. Según una proyección de Bloomberg (Dench, 2018) el mercado de las bebidas de cannabis con CBD alcanzará en 2022 los 600 millones de dólares. A pesar de ello, es poco conocido que la mayoría de las variedades mundiales altas en CBD descienden de trabajos de cría de los bancos de semillas españoles (Observatorio Europeo para el Consumo y Cultivo de Cannabis, 2020). Debido a ello, el objetivo de la presente comunicación es realizar un estudio evolutivo de las variedades de CBD dando especial relevancia al carácter español de sus orígenes.

## METODOLOGÍA

Este trabajo constituye un resumen recopilatorio de una serie de artículos de investigación sobre el tema realizados desde el año 2011, y está basado en entrevistas con los criadores originales de las variedades CBD españolas que se han hecho famosas en el mundo, en una revisión de la bibliografía científica que menciona variedades CBD y en analíticas de cannabinoides mediante HPLC.

## RESULTADOS

### **Cannatonic y Juanita: La verdadera historia. El Linaje Chemdawg: el largo camino**

Los dos primeros artículos (Madera, 2011a; Madera, 2011b) publicados en el mundo sobre los orígenes de la actual ola de variedades CBD, incluyen una entrevista con los dos criadores claves: Jimmi de Reggae Seeds y Jaime de Resin Seeds. Jimi de Reggae Seeds empezó la saga a partir de un macho de la variedad Diesel del banco Soma Seeds, transmitiendo CBD a distintas variedades de su banco, Reggae Seeds, como Kalijah, Dancehall, Dub o Juanita la Lagimosa.

Jaime de Resin Seeds recibió de un exsocio, Alex, un lote mezclado de semillas regulares de Dancehall y Dub, asegurándole este que se trata de un cruce de Mk Ultra x G13 Haze. Desde estas semillas Jaime seleccionó varios fenotipos que son la base de Resin Seeds y en un primer momento creó Cannatonic y Dieseltonic. En la copa High Times del 2008 sucedió un hecho histórico, ya que por primera vez triunfó un banco de semillas español. Se trataba de Resin Seeds con la variedad Cannatonic que ganó un tercer premio en la categoría de Sativas, pues en aquel momento ni siquiera había categoría de variedades con CBD, al no ser conocidas.

En la feria Spannabis de 2009, Iñaki García de la Fundación Canna analizó Cannatonic y descubrió su alto contenido en CBD. Es en ese momento cuando empezó la carrera de las variedades CBD y más bancos empezaron a presentar variedades con CBD en todo el mundo, surgiendo una amplísima gama de productos CBD

### **Ola CBD. Primer decenio (2004-2014). La llegada a Israel**

El artículo de Madera (2014), detalla la colección genética que realizó Jimmi de Reggae Seeds a partir del macho Diesel que transmitió CBD a parte de su descendencia. Una factura de 2008 prueba que el lote de donde se seleccionaría Cannatonic constaba de 5000 de semillas de Dub y 2000 semillas de Dancehall.

En 2009, después de descubrir el alto contenido en CBD de Cannatonic, se asoció con Mr Nice Seedbank para crear CBD Crew, agrupación con la que lanzó al mercado en 2012 la primera gama de variedades con el alto contenido en CBD estabilizado, pues hasta el momento las variedades de Reggae Seeds y Resin Seeds presentaban el contenido alto en CBD solo en algunos fenotipos.

En 2010 Resin Seeds publicitó por primera vez en la historia una variedad alta en CBD, en el catálogo europeo de variedades de Soft Secrets. La compañía israelí Tikun Olam recibió de un amigo común unas 300 semillas feminizadas de Z6 y Z7, los primeros prototipos de CBD Crew, luego descartados. Tikun Olam sencillamente las cultivó y analizó, presentándolas al mundo como si fueran variedades estabilizadas desde un trabajo propio, Avi-Dekel (16.3% CBD), Midnight (12.4 % CBD), El-Na (6.5 % CBD) o Rafael (18.6% CBD). A pesar de no respaldar sus afirmaciones con prueba alguna ni ofrecer las semillas, sí emprendieron una campaña de marketing con cientos de noticias en prensa atribuyéndose haber descubierto una “marihuana medicinal”.

### **Cannatonic: piedra angular de la crianza del CBD en América**

Jaime de Resin Seeds viaja a Estados Unidos, promocionó las variedades CBD y regaló miles de semillas de Cannatonic, de donde surgieron nuevas selecciones de clones altos en CBD que se empezaron a distribuir por todo el país (Madera, 2016). Entre los clones relacionados con Cannatonic, unos heredaron su nombre como Cannatonic #4, Cannatonic X o Cannatonic B, pero otros le cambiaron el nombre por diversos motivos. Es el caso de ACDC, Oracle o Huel Perkins.

En el recuento realizado en 2016 más de 20 bancos de semillas estadounidenses usaban la Cannatonic. Por otra parte la revista High Times había creado ya una categoría de mejores variedades CBD en la que tuvo gran relevancia la familia Cannatonic. Según el artículo The Best CBD Strains of 2015, ese año hubo copas en las que Cannatonic y sus descendientes ganaron el primer, segundo y tercer puesto, tanto en flores, como en extracción. Se puede decir, por tanto, que esta variedad se convirtió en piedra angular de la crianza del CBD en Estados Unidos.

### **Uruguay. La satisfacción del trabajo reconocido. (Madera, 2017c)**

Las variedades CBD que se venden legalmente en Uruguay son un trabajo conjunto de dos bancos españoles, Positronics y CBD Crew (Madera, 2017c). Ambos bancos fueron seleccionados por el Instituto de Regulación y Control del Cannabis (IRCCA) para desarrollar las variedades de cannabis que se ofrecían a la venta en las farmacias de Uruguay. Los dos equipos colaboraron en crear las genéticas, además de dar asesoramiento sobre su cultivo.

El cultivo se ha realizado por las dos empresas seleccionadas: ICcorp y Symbiosis, en un predio propiedad del gobierno y custodiado por el ejército. Se utilizaron invernaderos preparados para la producción de más de 2 toneladas, equipados con tecnología de última generación.

**La rica Auto CBD: autofloreciente del año 2016. Solodiol, nueva fuente de CBD.** Novedad mundial: variedades con alto contenido en THCV y CBDV estabilizado.

Elite Seeds es otro de los bancos que aparecen desde el principio en la crianza y estabilización de variedades CBD y por ello en su proceso de crianza han dado una gran importancia a las analíticas por cromatografía y el método científico. Durante el desarrollo de sus variedades con CBD, se dieron cuenta de que necesitaban un laboratorio de uso exclusivo, pues la necesidad de análisis era continua, tanto para las fotodependientes como para las autoflorecientes.

La calidad científica del laboratorio ya venía asegurada por su localización, en el Parc Científic de la Universitat de València. Gracias a ello, Élite Seeds diseñó protocolos propios para las analíticas. De esta forma fueron capaces de localizar, en las analíticas masales, cannabinoides únicos y

excepcionales, como el CBDV y THCV, que hubiera sido imposible encontrar usando configuraciones comerciales, destinadas a la analítica del público general.

Desde su variedad La Rica crearon, por sucesivos cruces y selecciones, La Rica CBD (Madera, 2016d), donde toda la descendencia tenía estabilizado el rasgo de ser altas en CBD, con el ratio CBD:THC en torno a 1:1 en la mayor parte de ejemplares. Desde ahí lanzaron La Rica Auto CBD, que pertenecía a la primera colección de autoflorecientes con el alto contenido en CBD estabilizado, un trabajo complicado, pues los parentales no se podían guardar en forma de clon y seguían creciendo mientras los analizaban y seleccionaban.

Solodiol viene de un trabajo largo y en profundidad, desarrollado para buscar alto contenido en CBD, bajo contenido en THC y sin que se diera consanguinidad, lo que generaría problemas añadidos, como plantas más débiles o que presentasen malformaciones (Madera, 2017b). En Élite Seeds querían buscar una fuente de CBD alternativa al Diesel Soma que usaban la mayoría de las CBD hasta el momento, además de evitar el parentesco entre los progenitores, y buscando cambiar otros factores, como por ejemplo, el sabor. Así, buscaron una nueva fuente de CBD y la encontraron en una landrace asiática. Aunque ya sospechaban que era diferente por su sabor y olor hicieron una análisis genético para comprobarlo. Este aspecto incrementó los conocimientos sobre el efecto séquito, es decir, el hecho de que ciertas personas notaban efectos más beneficiosos bajo la extracción directa de la planta, con todos sus cannabinoides, terpenos y flavonoides y las interacciones entre ellos, que con el CBD puro o el THC puro. Al encontrar una nueva fuente de CBD, con otra combinación de terpenos y flavonoides, este efecto séquito también era distinto.

En el proceso de la Solodiol, consiguieron localizar parentales que contenían THCV y CBDV. Cultivaron más semillas de ese lote y se pusieron a hacer más cruces y testados, analizando cómo se realiza la transmisión de estos cannabinoides en la progenie. En el periodo de crianza, realizaron distintos ensayos, pues el sistema de crianza de las CBD no funcionaba con estos cannabinoides, por lo que tuvieron que probar nuevas vías de trabajo hasta crear su propio sistema. Después de varios cruces y muchos análisis, ya comenzaron a obtener resultados, consiguiendo transmitir los cannabinoides, a la vez que empezaron a mejorar la presencia y paladar, así como incrementar la cantidad de resina. Además, trabajaron en tres vías a la vez, con éxito en todas ellas, por lo que desarrollaron tres nuevas variedades, Novarín con ratio THC: THCV de 1:1, Sedativa con ratio CBD: CBDV de 1:1, y Quatrovarín que incluye los 4 cannabinoides, THC, THCV, CBD y CBDV, en ratio 1:1:1:1.

Además, se estabilizó un alto contenido, es decir, se garantizó que las THCV rich y las CBD rich llegaran como mínimo al 4% de contenido en estos cannabinoides (Madera, 2017d). Tras la creación de las variedades, afinaron los últimos detalles. Luego pasan a un periodo de cultivo y testado de cannabinoides, tanto en interior, como en exterior. Ahí comprobaron que la calidad y contenido en cannabinoides eran rasgos estables. Entonces decidieron anunciar al mercado este trabajo pionero, pues hasta el momento ningún banco había ofrecido un catálogo con tantos cannabinoides diferentes, que además se presentaron estabilizados y con distintos ratios.

### **Semillas con CBD: la gran selección. Analítica y crianza del 2.0 del CBD. Dinamed: llegan las CBD dominantes**

La colección CBD del banco de semillas Dinafem partió de un meticuloso trabajo de crianza, originado en el uso de 4000 semillas que Dancehall adquirió de Reggae Seed. Desde ahí, por repetidas analíticas, seleccionaron varios machos y hembras dominantes en CBD (Madera, 2016b). En la analítica partieron de cero debido que el método de análisis no era correcto, así que tuvieron que diseñar y validar su propio sistema. Desde las primeras pruebas incrementaron el nivel de exigencia, hasta llegar a una precisión de análisis que les resultara fiable.

Entonces realizaron varias generaciones de cruces y analíticas para introducir el alto contenido en CBD a distintas variedades de su catálogo. Además de informar sobre los niveles de cannabinoides,



la analítica también sirvió para profundizar en el conocimiento de las genéticas. Así, por ejemplo, hacer la distribución de los quimiotipos que presenta una variedad ayudaba a determinar el estado del material de base, si era una F1, una F2 o una F3.

En este proyecto, como trabajaban solo con los quimiotipos deseados se facilitaron las selecciones amplias, al poder descartar un gran número de individuos, por lo que se favoreció mucho encontrar los mejores. En primer lugar, separaron los quimiotipos de CBD dominante, que tenían concentraciones variables, por lo que eligieron las plantas con mayores niveles de cannabinoides (Madera, 2016c). Tras realizar la analítica de poblaciones completas hicieron gráficas donde veían cómo se distribuían, especialmente cuando empezaron a trabajar con un material genético concreto, para comprobar si las plantas se comportaban como ellos esperaban. Este mapeado también sirvió para descartar el conjunto de plantas sin interés para el proyecto. Al realizar analíticas en distintas fases, constataron que no se puede juzgar totalmente una planta hasta que llega a término, pues no todos los fenotipos maduran a la vez y de esta forma la mejor de un grupo a los 30 días podría ser solo más temprana, mientras que la mejor del mismo grupo a los 60 días sería otra distinta.

Trabajaron con varios quimiotipos de CBD para crear Dinamed (Madera, 2017a), la primera variedad feminizada que presentaba estabilizado el alto contenido en CBD y bajo en THC. Hasta el momento, varios bancos de semillas tenían fenotipos CBD dominantes, pero, por miedo a plagios, los usaban para hacer variedades con ratio THC:CBD de 1:1, en lugar de comercializarlos directamente.

Aún a riesgo de que otros bancos de semillas les copiaran el trabajo, Dinafem decidió presentar Dinamed por responsabilidad social con las personas enfermas que lo pudieran necesitar. Al poco de presentar esta variedad, hubo un gran desarrollo del mercado del CBD en Suiza y Dinamed pasó a ser una de las variedades más cultivadas.

### **Declaraciones de los protagonistas**

Los entrevistados aportaron sus reflexiones sobre el cannabis medicinal, el CBD y la situación actual. A continuación, presentamos dos de las muchas que podría seleccionar y que bien pueden servir de conclusión previa.

Las farmacéuticas que emplean cannabis quieren monopolios. Monetizar al máximo es su principal criterio, muy por encima del sufrimiento de las personas o de la mejora de la base genética del cannabis. Desde los años 80 del siglo pasado, gracias a las investigaciones de Mechoulam, sabemos que las variedades CBD dominantes pueden ayudar a personas que sufren dolencias graves, como por ejemplo la epilepsia infantil, pero se han hecho pocos avances en mejorar la calidad de vida de estos enfermos. Si podemos ayudar, como empresa tenemos una responsabilidad social. Me sentiría mal si hago un trabajo de crianza que puede ayudar a niños epilépticos y me lo guardo para sacarle el máximo rendimiento económico. Somos conscientes de que nos copiarán, pero lo damos por bien empleado si ayudamos a estos niños y de paso empujamos a la industria cannábica en una dirección que creemos buena. Nosotros tenemos una vocación por ayudar a la gente (Profesor O.G., Dinafem).

Siento mucha pena, impotencia y rabia al ver que, mientras en España, los usuarios lúdicos pueden adquirir sin muchos problemas su hierba en las distintas asociaciones repartidas por toda la geografía española, los usuarios medicinales no tienen reconocidos sus derechos a poder utilizar la marihuana y sus diferentes derivados para conseguir los beneficios que nuestra querida planta puede ofrecerles para, al menos, poder llevar un mejor nivel de vida. Beneficios que ya están probados y documentados en numerosos ensayos clínicos y reconocidos en muchos países, incluso de nuestro entorno europeo, pero que todavía no lo están en España, siendo nuestro país cuna de las principales genéticas medicinales que hoy se están utilizando en todo el mundo. Ya es hora de que nuestro gobierno empiece a reconocer que el cannabis tiene propiedades medicinales, hay

muchas patologías susceptibles de ser tratadas con él y muchas personas que necesitan información, para poder decidir libremente sobre la opción de seguir un tratamiento determinado con el uso del cannabis. (Jaime Carrión, Resin Seeds/ Cbd Crew).

## CONCLUSIONES

En diciembre de 2017, la Organización Mundial de la Salud (*World Health Organization, 2017*) emitió un informe sobre el CBD. Estableció entre sus conclusiones que el CBD, además de no estar fiscalizado como el THC de forma expresa por los convenios internacionales no parecía tener un potencial adictivo ni psicoactivo. En definitiva, no le observaron ningún efecto perjudicial en la salud, careciendo de toxicidad.

A pesar de este contexto mundial favorable y la posición de país pionero, las tiendas españolas de productos con CBD han sufrido varias intervenciones. Las tiendas restantes venden sobre todo producto de importación, elaborado en muchas ocasiones con variedades de procedencia española. Aunque sus variedades han llegado a los mercados legales de Estados Unidos, Canadá, Uruguay, Israel o Suiza, tampoco los criadores españoles del CBD han encontrado facilidades para registrar sus trabajos y proteger su propiedad intelectual.

Tras una etapa de investigación y denuncia, donde se detalla y difunde la importancia de la crianza española, dentro de la escena mundial del CBD, el Observatorio Europeo de Consumo y Cultivo de Cannabis entra en una etapa propositiva, con la propuesta de Ley Cannabis Medicinal (Observatorio Europeo de Consumo y Cultivo de Cannabis, 2019) que presenta en el II Congreso Cannabis de Catoira. Dentro de esta propuesta se solicita la creación de un Instituto Español del Cannabis, donde los bancos de semillas podrán pedir los permisos de investigación para el desarrollo y registro de sus variedades. De esta forma, gracias a la riqueza de su crianza y tradición de cultivo de cáñamo, España se puede convertir en un actor de referencia en el creciente mercado mundial del CBD.

## REFERENCIAS

- Cunha, J.M., Carlini, E.A., Pereira, A.E., Ramos, O.L., Pimentel, C., Gagliardi, L., Sanvito, W.L., Lander, N., & Mechoulam, R. (1980). Chronic administration of cannabidiol to healthy volunteers and epileptic patients. *Pharmacology*, 21(3), 175-185. <http://doi.org/10.1159/000137430>.
- Dench, C. (2018). Cannabis-Laced Drinks could be a \$600 million market in U.S. by 2022. Bloomberg. Recuperado de <https://bloom.bg/38fwAqv>
- Hemp Business Journal. (2017). *The CBD Report 2017*. London: New Frontier Data.
- Madera, H. (2011). Cannatonic y Juanita: la verdadera historia. *Soft Secrets* (3), 72-75.
- Madera, H. (2011b). Linaje Chemdawg: el largo camino. *Soft Secrets* (3), 77-78.
- Madera, H. (2014). Ola CBD. Primer decenio (2004-2014). *Soft Secrets* (3), 30-35.
- Madera, H. (2016). Cannatonic: piedra angular de la crianza del CBD en América. *Soft Secrets* (5), 16-20.
- Madera, H. (2016b). Semillas con CBD: la gran selección. *Soft Secrets* (3), 59-60.
- Madera, H. (2016c). Analítica y crianza del 2.0 del CBD. *Soft Secrets* (6), 29-30.
- Madera, H. (2016d). La rica Auto CBD: autoflorecente del año 2016. *Soft Secrets* (2), 19
- Madera, H. (2017a). Dinamed: llegan las CBD dominantes. *Soft Secrets* (2), 72-73.
- Madera, H. (2017b). Solodiol: nueva fuente de CBD. *Soft Secrets* (6), 38-39.
- Madera, H. (2017c). La satisfacción del trabajo reconocido. *Soft Secrets Latam* (5), 36.
- Madera, H. (2017d). Novedad mundial: variedades con alto contenido en THCV y CBDV estabilizado. *Soft Secrets* (4), 59-60.
- Observatorio Europeo de Consumo y Cultivo de Cannabis (OECCC). (2019). *Documento de trabajo: Ley del cannabis medicinal y terapéutico*. Madrid: Cannabis Research Institute.
- Observatorio Europeo para el Consumo y Cultivo de Cannabis (OECCC). (2020). CBD, razones para la regulación inmediata. Madrid: Cannabis Research Institute.
- World Health Organization. (2017). *Cannabidiol (CBD) Pre-Review Report. Agenda Item 5.2. Expert Committee on Drug Dependence Thirty-ninth Meeting. Geneva: WHO*.





Universidade de Vigo  
Grupo PSI