

GUÍA CLÍNICA DE CANNABIS

Guías clínicas SOCIDROGALCOHOL basadas en la
EVIDENCIA CIENTÍFICA, Socidrogalcohol
ADAPTADA POR METODOLOGÍA AGREE II

CAPÍTULO 1: Epidemiología

1.1.Prevalencia e incidencia del consumo de cannabis en España, Europa y el Mundo

Eugènia Campeny de Lara, Cristina Casajuana Kögel, Regina Muñoz Galán y Joan Colom Farran

El consumo de cannabis está muy extendido en todo el mundo, siendo la tercera droga más consumida después del alcohol y del tabaco. Además, las encuestas ponen de manifiesto que el cannabis es la droga ilegal cuyo consumo se inicia a una edad más temprana.



En España, se realizan dos encuestas bianuales sobre consumo de sustancias, en años alternos. Una de ellas es la “Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España” (EDADES), que es una encuesta domiciliaria dirigida a personas entre 15 y 64 años; la otra es la “Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España” (ESTUDES) que es autoadministrada en jóvenes de 14 a 18 años. El indicador de admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas y el indicador de urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas son indicadores indirectos del consumo de sustancias psicoactivas.

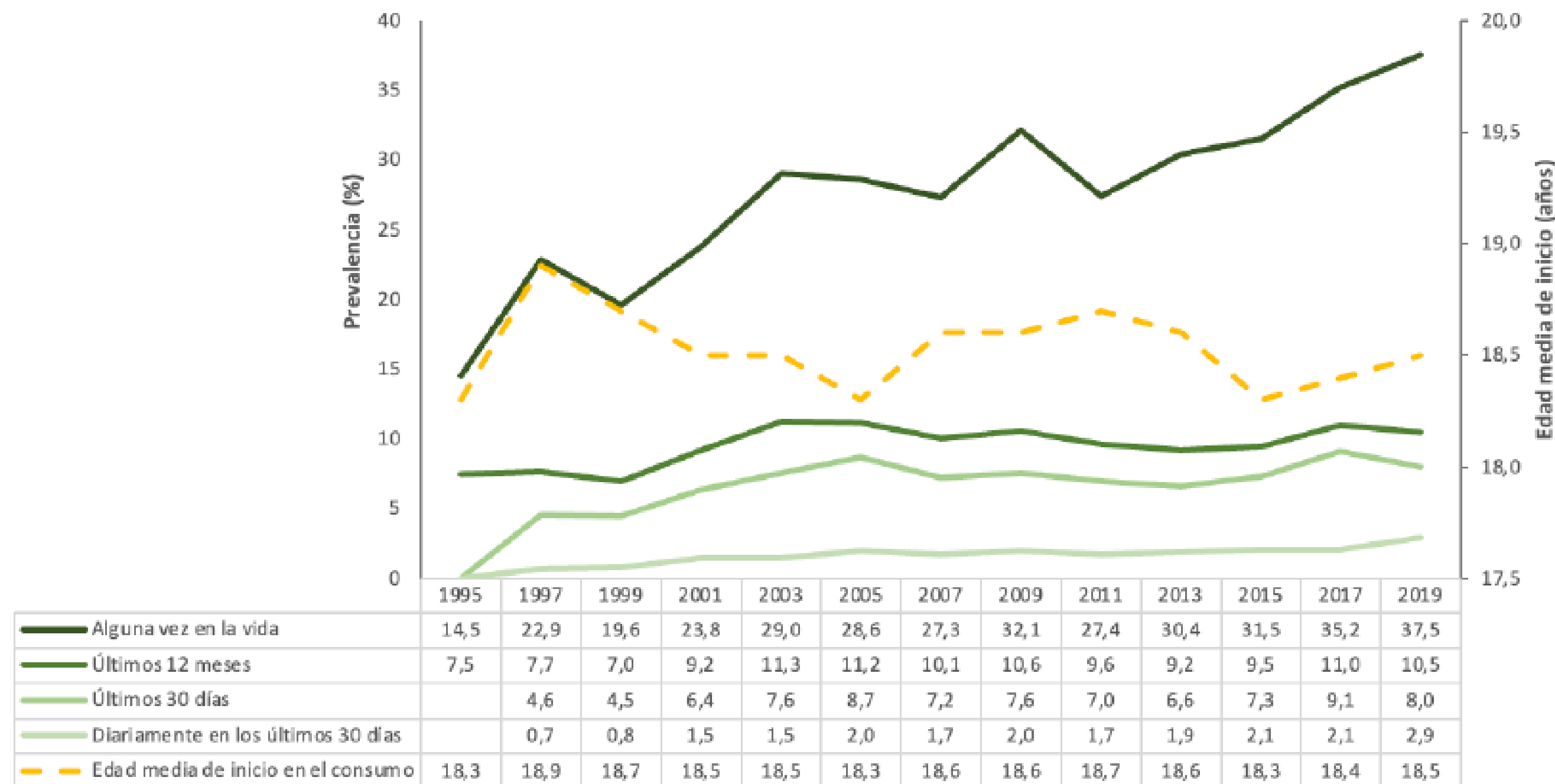


1.1.1. Situación del consumo de cannabis en España

Según los datos de la encuesta EDADES (1), se observa una tendencia creciente, especialmente en la última década, en la prevalencia del consumo de cannabis alguna vez en la vida, llegando en el año 2019-2020 a valores máximos, con una prevalencia del 37,5% en la población de 15 a 64 años (Figura 1). Así, el consumo en el último año se situó en el 2019-2020 en el 10,5%, en el último mes fue del 8,0% y el consumo diario fue del 2,9%. Además, la edad media de inicio del consumo se mantiene bastante estable alrededor de los 18,5 años y su consumo está más extendido en hombres que en mujeres (en el último año: 14,6% y 6,3%; en el último mes: 11,4% y 4,7%).



Figura 1. Evolución de la prevalencia de consumo de cannabis y edad media de inicio en el consumo de cannabis en la población de 15-64 años (%)



FUENTE: OEDA: Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)



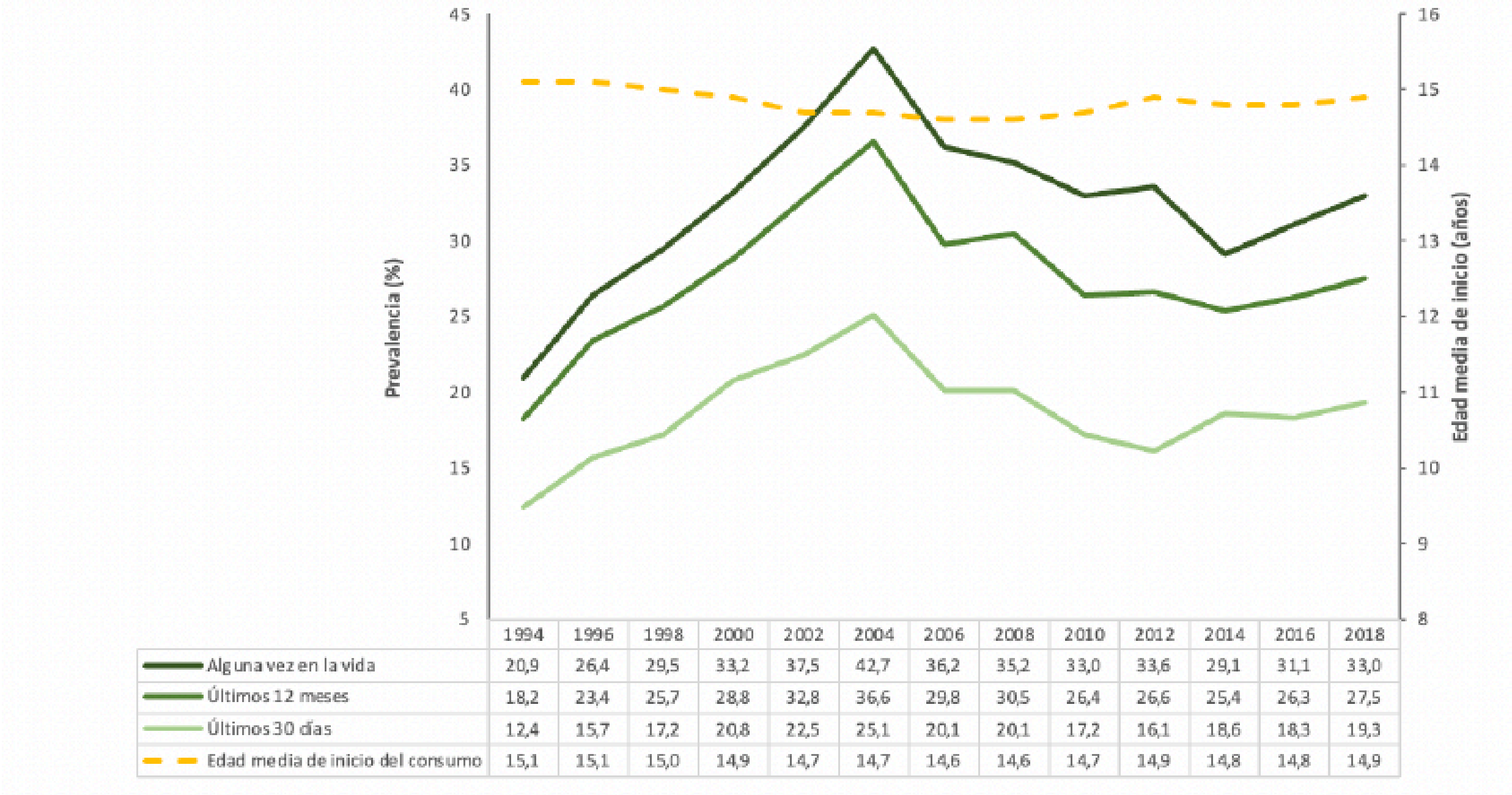
CLÍNICA DEL SISTEMA NERVIOSO
RENOVAR S.A.S.
NIT 822.001.338-0

FUENTE: OEDA: Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

Los resultados de la serie de la encuesta ESTUDES (2) indican que, en todos los indicadores, la prevalencia del consumo de cannabis entre los jóvenes ha aumentado en las tres últimas ediciones rompiendo la tendencia descendiente iniciada en el año 2006 (Figura 2). En concreto, en el año 2018-2019, el 33% de los estudiantes afirmaron haber consumido cannabis alguna vez en la vida, el 27,5% en el último año y el 19,3% en el último mes. La edad media de inicio en el consumo de cannabis oscila alrededor de los 15 años. Igual que en la población de 15 a 64 años, el consumo de cannabis está más extendido en los chicos, pero con menos diferencia respecto a las chicas (en el último año: 29,2% y 25,9%; en el último mes: 21,5% y 17,3%).



Figura 2. Evolución de la prevalencia de consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%) y edad media de inicio en el consumo (años)



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

Respecto a la disponibilidad percibida, es decir, cuánto de fácil o difícil es obtener cannabis, entre los alumnos de 14 a 18 años, el 68,1% consideró que era fácil o muy fácil conseguir cannabis. En cuanto a la percepción de riesgo, es decir, en qué medida se cree que su consumo puede ocasionar problemas, el 87,5% de los estudiantes opinó que su consumo habitual podía conllevar bastantes o muchos problemas y más de la mitad, el 51,9%, afirmó que el consumo esporádico de esta sustancia podría causar bastantes o muchos problemas de salud. En los últimos años, ha aumentado la disponibilidad percibida y ha disminuido la percepción de riesgo por el consumo de cannabis entre los estudiantes, coincidiendo con el aumento de consumo en los últimos años.



En cambio, en la población de 15 a 64 años, ha ido disminuyendo la percepción de disponibilidad y aumentando la percepción de riesgo del consumo de cannabis. En 2019, el 59,4% pensaba que le sería fácil o muy fácil conseguir esta sustancia en 24 horas. El 85,3% opinó que el consumo habitual de cannabis podría ocasionar bastantes o muchos problemas para la salud y el 66,3% de las personas afirmaban que su consumo esporádico podría ser bastante o muy perjudicial para la salud.



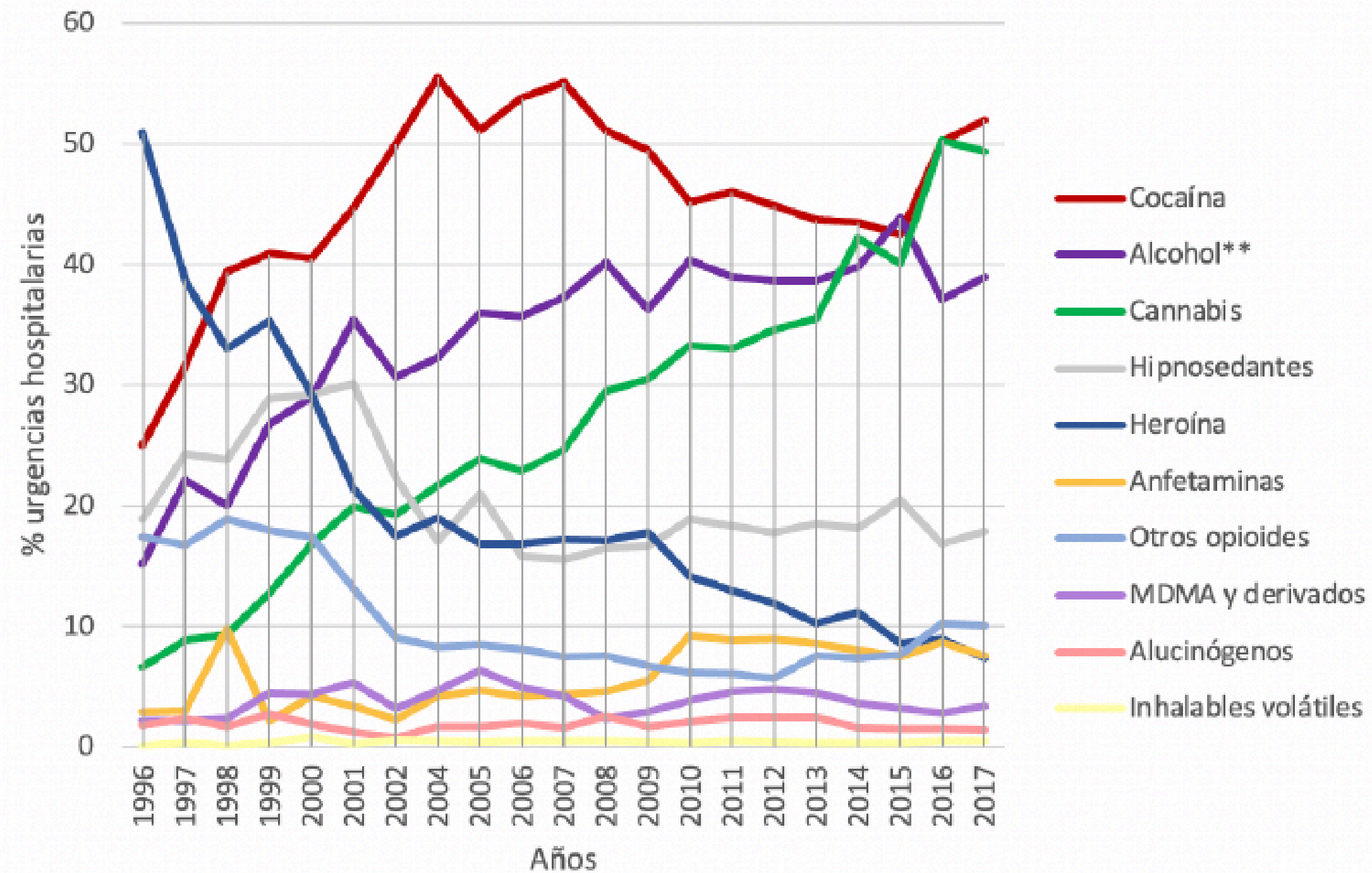
Según datos del indicador de admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas extraído del Informe 2020 del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) (1), en el año 2018, el 28,1% de las admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de drogas ilegales y el 18,2% respecto el total de admisiones por drogas legales e ilegales (excepto el tabaco) fueron debidas al consumo de cannabis. En la última década, el número de admisiones a tratamiento por cannabis mostró una tendencia ascendente hasta el año 2013, iniciando en 2014 un descenso hasta el 2017. Los datos disponibles del último año muestran un ligero repunte en el número de admisiones a tratamiento. Si se tienen en cuenta sólo las admisiones a tratamiento en el grupo de menores de 18 años, se observa que en el 96,8% de las a admisiones la droga principal que motivó el tratamiento fue el cannabis.



Respecto al indicador de urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas según el Informe 2020 del OEDA, en el 2018 el 49,4% de los episodios de urgencias relacionados con el consumo no médico de sustancias psicoactivas estaban relacionados con el consumo de cannabis, sólo superado por la cocaína en el 52,0% de los episodios. Se puede ver una tendencia claramente ascendente en el número de episodios relacionados con el consumo de cannabis (Figura 3).



Figura 3. Evolución de los episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, según el tipo de droga



1.2.4. Cambios en la potencia del cannabis

El cannabis sativa e indica son las plantas de las cuales se obtiene el cannabis. Mediante la resina, las hojas, los tallos y las flores, se extraen el hachís y la marihuana (10).

Los efectos conocidos del cannabis en el sistema nervioso central son generados principalmente por el tetrahidrocannabinol (Delta-9-THC), la principal sustancia psicoactiva de la planta sativa y que es comúnmente conocida como THC (10). En España, el THC se encuentra en tres principales preparados, la marihuana (flores, hojas y tallos secos de la planta), el hachís (resina de las flores) y el aceite de hachís (hachís disuelto), y en función del preparado utilizado, el THC se presenta en más o menos proporción (6). En una reciente revisión sistemática sobre constituyentes psicoactivos del cannabis y sus implicaciones clínicas se concluyó que otros cannabinoides presentan mínimos niveles de psicoactividad en comparación con el THC. Además su presencia en los derivados de cannabis se da en la mayoría de casos en concentraciones muy inferiores al THC (11).



1.5. Estimaciones del impacto del consumo de cannabis en la salud y principales indicadores de daño individual y social relacionados con el consumo de cannabis

Sinclair Carr, Jakob Manthey y Sinja Klinger

A continuación, se proporciona un resumen completo de las asociaciones, hasta ahora establecidas, del consumo de cannabis con efectos beneficiosos y adversos para la salud. Además, se resumirán las estimaciones epidemiológicas de la carga sanitaria atribuible al consumo de cannabis.



CLÍNICA DEL SISTEMA NERVIOSO
RENOVAR S.A.S.

NIT 822.001.338-0

1.5.1. Efectos beneficiosos del cannabis

En las últimas décadas, el interés científico y clínico sobre los efectos beneficiosos del consumo de cannabis para la salud ha aumentado significativamente. El uso de productos tradicionales de cannabis y la administración clínica de cannabinoides, como el Nabiximol (33), muestran resultados prometedores en el tratamiento de síntomas asociados a determinadas enfermedades. La administración de medicamentos con base



de cannabis (cualquier tipo de preparación de cannabis, por cualquier vía de administración, por ejemplo, derivados sintéticos de tetrahidrocannabinol (THC) o extractos de cannabinoides) produce una mayor reducción del dolor en los pacientes que padecen dolor crónico debido a un cáncer que el placebo (34). Cuando se consideran el THC, el cannabidiol (CBD), la combinación de THC / CBD, el cannabis de origen vegetal (como el Cannabis sativa) y otros cannabinoides (p. Ej., Ácido tetrahidrocannabinólico (THCA), ácido cannabidiólico) como posible medicación, los resultados de los metaanálisis muestran una disminución del dolor en pacientes con dolor crónico no relacionado con el cáncer (35), y una mejoría de la espasticidad y el dolor en la esclerosis múltiple (36), en comparación con el placebo. También se ha descrito la eficacia antiemética del THC en comparación con los neurolepticos en pacientes con cáncer que reciben quimioterapia (37). Además, los consumidores de cannabis activos tienen un menor riesgo de desarrollar diabetes mellitus en comparación con los que nunca lo han consumido (38).



Una revisión y un metaanálisis de 79 ensayos clínicos aleatorizados mostraron evidencia moderada de otros usos médicos de los cannabinoides (39). En pacientes con VIH / SIDA, el dronabinol, comparado con el placebo, se asoció al aumento de peso, sugiriendo un efecto estimulante del apetito. En un estudio de grupos paralelos, el CBD, en comparación con el placebo, se asoció con una mayor mejoría en la ansiedad durante una prueba simulada de hablar en público. Con respecto a la depresión, no se encontraron diferencias entre los cannabinoides (dronabinol y nabiximol) y el placebo. Además, no se ha demostrado que el CBD sea un medicamento eficaz para la psicosis en comparación con la amisulprida o el placebo. Sin embargo, los cannabinoides, especialmente la nabilona y los nabiximol, parecen mejorar la sintomatología de los trastornos del sueño. Curiosamente, los autoinformes de los pacientes indican que las razones más comunes para el uso de cannabis medicinal son el dolor, la ansiedad y la depresión / estado de ánimo (40).



El cannabis también muestra efectos prometedores en el tratamiento de niños: existe evidencia de la eficacia del CBD para reducir la frecuencia de las convulsiones en niños con epilepsia resistente al tratamiento, y los extractos de cannabis a base de hierbas muestran mayores mejoras que las preparaciones aisladas (41).



1.5.2. Efectos adversos del uso del cannabis

Aunque el consumo de cannabis puede tener algunos efectos positivos para la salud, es posible que se vean contrarrestados por las consecuencias adversas para la salud. Sin embargo, hasta la fecha no se ha realizado una cuantificación comparativa de los efectos beneficiosos y adversos para la salud. En comparación con otras sustancias, como el tabaco o el alcohol, que causan una gran carga de morbilidad (42), los efectos nocivos para la salud del consumo de cannabis parecen ser menos pronunciados.



El cannabis se consume con mayor frecuencia fumado (para obtener una descripción general de las vías de administración, consultar (43)) y, por ello, posiblemente afecte al sistema respiratorio y pulmonar: los resultados de un metaanálisis reciente mostraron que el consumo de cannabis se asocia con un mayor riesgo de tos y producción de flema, mientras que la evidencia sobre la función y la enfermedad pulmonar obstructiva fue insuficiente (44), aunque algunos estudios indican que el consumo regular de cannabis se relaciona con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (ver apartado 4.4.3). Además,



relaciona con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (ver apartado 4.4.3). Además, se demostró que fumar cannabis estaba asociado con la inflamación de las vías respiratorias, de forma similar al tabaquismo, y el consumo a largo plazo se asoció con daño de las mucosas y deterioro de la regulación inmunitaria, lo que predisponía al fumador a infecciones del tracto respiratorio inferior (45). En cuanto al desarrollo de cáncer de pulmón, los resultados siguen siendo inconsistentes (44,46).



El consumo de cannabis también tiene varias consecuencias negativas para el sistema cardiovascular: un estudio de cohorte retrospectivo mostró que los pacientes con antecedentes de abuso de cannabis tenían una mayor incidencia de infarto de miocardio a los 3 años, en comparación con los controles (47). Además, según las funciones de riesgo establecidas, el consumo de cannabis se clasificó como el tercer factor de riesgo más importante en la aparición de infarto de miocardio, después de la ingesta excesiva (en segundo lugar) y el consumo de cocaína (en primer lugar) (48). Un análisis de datos



(en segundo lugar) y el consumo de cocaína (en primer lugar) (48). Un análisis de datos de cohortes longitudinales con más de 1 millón de mujeres embarazadas en Quebec, Canadá, encontró que el trastorno por consumo de cannabis (TUC) actual o pasado a la entrada de la cohorte, en comparación con la ausencia de TUC, aumentaba el riesgo de hospitalización posterior por un trastorno cardiovascular (49). Además, el consumo de cannabis, en comparación con el placebo, se relacionó con una mayor frecuencia cardíaca, presión arterial sistólica y diastólica en decúbito supino y flujo sanguíneo en el antebrazo (50).



El consumo de cannabis también ha mostrado efectos adversos en el embarazo y neonatales. Las mujeres que consumen cannabis durante el embarazo, tienen un mayor riesgo de anemia en comparación con las mujeres embarazadas que no consumen, y los recién nacidos de madres que consumían cannabis durante el embarazo tenían un menor peso al nacer y más probabilidades de ser ingresados en la unidad de cuidados intensivos neonatales que los nacidos de madres que no consumían cannabis (51). Otros estudios



neonatales que los nacidos de madres que no consumían cannabis (51). Otros estudios también muestran que el THC fue detectable en muestras de leche de mujeres que amamantaban, hasta 6 días después del último consumo de cannabis informado, y la frecuencia de uso predice la concentración de THC (52). Por lo tanto, los recién nacidos pueden estar expuestos al THC a través de la lactancia, lo que podría causar déficits en las funciones cognitivas y alteraciones conductuales a través del desarrollo cerebral alterado.



Aunque las revisiones sistemáticas y los metaanálisis recientes sugieren que no hay evidencia, o esta es insuficiente, sobre las asociaciones entre el consumo de cannabis y la incidencia de ciertos tipos de cáncer, incluidos el cáncer de pulmón, cabeza y cuello y oral (46,53,54), el uso aumenta el riesgo de desarrollar tumores de células germinativas testiculares no seminomas (cáncer testicular) en una relación dosis-respuesta en comparación con los que nunca consumieron cannabis ((55), actualizado en 2020 (56)).



Dado que el cáncer de testículo es el cáncer más común en hombres de 15 a 40 años en muchos países de renta alta (57–60), una prevalencia creciente del consumo de cannabis en varios países europeos, como Alemania e Italia (61,62), puede estar relacionado con el aumento de este tipo de cáncer. En línea con estas alteraciones, los resultados del metaanálisis mostraron también que el consumo de cannabis aumenta el riesgo de disfunción eréctil en comparación con los controles (63).



Más allá de las consecuencias físicas, el consumo de cannabis también se asocia con una variedad de consecuencias psicológicas y trastornos psiquiátricos.

El TUC se define como el uso continuado de cannabis a pesar del deterioro clínico. Se divide en tres categorías (leve, moderado, severo) según la cantidad de síntomas que se cumplen: consumir más y más tiempo del previsto, ansia y urgencia por consumir, o uso continuado a pesar del empeoramiento o inicio de problemas fisiológicos y psicológicos derivados del uso de cannabis, entre otros (de acuerdo con el “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”, 5ª edición (64)). Un metaanálisis reciente que



También existe un vínculo claro y bien establecido entre el consumo de cannabis y la psicosis: esta asociación se ha demostrado en varios metaanálisis, y muestra una relación dosis-respuesta, siendo los consumidores de alta frecuencia los que tienen mayor riesgo de presentar psicosis (68,69). Además, el consumo de cannabis se asocia con una edad más temprana del desarrollo de la psicosis (aproximadamente 2 años antes) (70) y puede empeorar la evolución de los pacientes con trastornos psicóticos (69). En esta línea, también hay una enorme cantidad de investigaciones sobre los efectos del cannabis en la esquizofrenia. Una revisión reciente que resume los principales hallazgos en relación a esta cuestión (71) sugiere que:



esta cuestión (71) sugiere que:

- El consumo de cannabis se asocia con un mayor riesgo de desarrollo de esquizofrenia, con una relación dosis-respuesta.
- Las personas con predisposición al desarrollo de enfermedades psicóticas / esquizofrenia son más vulnerables a los efectos psicotomiméticos del THC.



- El sexo, los antecedentes familiares y la predisposición genética son los principales factores de confusión para la asociación del consumo de cannabis y el desarrollo de la esquizofrenia.
- La interacción del cannabis con factores genéticos y ambientales preexistentes puede influir en el desarrollo temprano de la esquizofrenia
- Aún no se ha demostrado una relación causal directa entre el consumo de cannabis y el desarrollo de la esquizofrenia.



Los trastornos psicóticos inducidos por sustancias, incluidos los causados por el consumo de cannabis, a menudo progresan a esquizofrenia. Los resultados de los datos longitudinales de una muestra nacional sueca mostraron que las personas con trastornos psicóticos inducidos por el cannabis tenían un riesgo acumulativo del 18% de progresión a la esquizofrenia (72).



El consumo de cannabis también afecta a la sintomatología y trastornos afectivos. Aumenta levemente el riesgo de desarrollar depresión, de forma más pronunciada en los consumidores de riesgo, lo que indica una relación dosis-respuesta (73). Además, las personas con TUC tienen un riesgo tres veces mayor de sufrir depresión mayor comórbida en comparación con las personas sin TUC, según los resultados agregados de los estudios epidemiológicos representativos a nivel nacional (74). El consumo de cannabis también



epidemiológicos representativos a nivel nacional (74). El consumo de cannabis también es frecuente entre los pacientes con trastorno bipolar: los resultados recientes de un metaanálisis mostraron que el 30% consumía cannabis, mientras que alrededor de una quinta parte tenía TUC, siendo esta proporción significativamente más alta que las tasas de prevalencia estimadas en la población general (75). El consumo también se asoció con la aparición más temprana de síntomas afectivos (75,76).



Además de su asociación con los trastornos afectivos, el consumo de cannabis también parece influir en los trastornos de ansiedad. Según un metaanálisis de estudios longitudinales, el consumo de cannabis aumentó significativamente las probabilidades de desarrollar síntomas de ansiedad, mientras que no se asoció con el desarrollo de trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico o trastorno de ansiedad social (77). Por el contrario, los individuos que cumplían criterios de TUC tenían un riesgo tres veces mayor de sufrir un trastorno de ansiedad generalizada comórbida en comparación con aquellos sin TUC (74). En individuos con trastornos de ansiedad, las estimaciones agregadas de muestras de población general de 11 países mostraron una pequeña asociación positiva



con el consumo de cannabis y con el TUC, así como entre el trastorno de ansiedad comórbido y la depresión con el consumo de cannabis (78).

Los efectos psicológicos negativos del consumo de cannabis no sólo se deben a un mayor riesgo de trastornos o a la afectación de los patrones de síntomas, sino también a las influencias en las habilidades cognitivas básicas y el rendimiento. El consumo afecta a la atención y la concentración (de forma aguda: 0 a 6 horas después del uso), la toma de decisiones y la asunción de riesgos (de 7 horas a 20 días, y a largo plazo: 3 semanas o más), la inhibición y la impulsividad (de forma aguda y a largo plazo), así como la memoria de trabajo (aguda) (79).



En la adolescencia, donde el consumo también está muy extendido, plantea diversos riesgos para la salud. El consumo de cannabis se asocia con un mayor riesgo de sufrir depresión mayor de aparición tardía (80,81), ideación suicida e intento de suicidio (81). Además, se asocia con un funcionamiento cognitivo reducido (82), aumenta el riesgo de psicosis en la edad adulta (83) y predice una aparición más temprana de la psicosis (84). Además, el consumo regular (semanal o diario) en adultos jóvenes se asocia con un mayor riesgo de desarrollar dependencia del cannabis (65).



Dado que el consumo de cannabis deteriora el funcionamiento cognitivo y las capacidades psicomotoras (p. ej., el tiempo de reacción) de forma dosis-dependiente, la conducción segura puede verse afectada (85). Por ello, se ha descubierto que el consumo agudo de cannabis afecta las habilidades de conducción, por ejemplo, produciendo más movimientos en el carril o una alteración de la distancia media mantenida con el vehículo de delante (85,86). Aunque las personas intentan conducir más despacio para compensar su consumo reciente de cannabis, su control disminuye cuanto más complejas son las tareas relacionadas con la conducción. Los resultados metaanalíticos muestran que conducir bajo los efectos del cannabis aumenta el riesgo de verse involucrado en accidentes de tráfico (87), con una relación dosis-dependiente con la frecuencia de



accidentes de tráfico (87), con una relación dosis-dependiente con la frecuencia de consumo autoinformado y la concentración de un metabolito del THC identificado en la orina (88), y por lo tanto, pone en peligro la vida de los conductores y la de los demás. Sin embargo, determinar si una persona ha consumido cannabis antes o durante la conducción plantea algunas dificultades (89). Los análisis de sangre, que son el método estándar para evaluar el uso de drogas en casos de conducción alterada, pueden detectar niveles altos de THC solo durante e inmediatamente después del consumo, pero no después de una o dos horas. Sin embargo, dado que los metabolitos son detectables



durante mucho más tiempo, es difícil relacionar la cantidad de cannabis consumida o el metabolito en la sangre con la presencia aguda y el grado de deterioro para conducir. En consecuencia, las concentraciones bajas de THC en la sangre pueden ser el resultado de un uso relativamente reciente y, por lo tanto, causar un deterioro leve o incluso moderado al conducir, o pueden ser el resultado de un uso crónico en el que no se ha consumido recientemente y, por lo tanto, no hay deterioro.



Es importante destacar que el uso de cannabis y el daño provocado por éste varían según el género. Como ocurre con las otras sustancias, el consumo de cannabis es más frecuente entre los hombres (61,90). Sin embargo, dado que el cannabis con fines médicos se prescribe en una medida similar a mujeres y hombres (para los datos de Alemania, véase (91)) y las tasas de consumo entre chicas y chicos adolescentes parecen converger lentamente (92), es posible que la población de consumidores de cannabis esté más equilibrada en cuanto al género a largo plazo. En cuanto a los daños atribuibles al



equilibrada en cuanto al género a largo plazo. En cuanto a los daños atribuibles al cannabis, existen algunos indicios sobre diferencias de género que pueden estar mediadas por la susceptibilidad genética y los rasgos de personalidad (93). En concreto, el perfil de comorbilidad parece ser específico de género, y las mujeres experimentan tasas más altas de depresión y ansiedad, mientras que el trastorno de personalidad antisocial es más común entre los hombres que consumen cannabis (93). Sin embargo, la evidencia sobre los riesgos específicos de género asociados al consumo de cannabis sigue siendo bastante escasa y en su mayoría no concluyente.



1.5.3. Estimaciones de la carga de morbilidad atribuible al cannabis

Desde una perspectiva epidemiológica, no solo es de interés conocer si el consumo de cannabis se asocia con resultados adversos para la salud y cómo lo hace, sino también el grado de carga de morbilidad atribuible al consumo de cannabis.



No solo el TUC, sino también las manifestaciones no clínicas del consumo de cannabis recreativo suponen un riesgo para diversas condiciones negativas de salud física y mental. Sin embargo, se han hecho muy pocos intentos para estimar la carga de morbilidad atribuible al consumo regular de cannabis a nivel de la población; en su lugar, o bien se consideran formas más graves de consumo de cannabis, como el TUC, o bien se calculan estimaciones para el consumo de drogas en su conjunto que incluyen el consumo de cannabis pero no lo separan (véase, por ejemplo, (97)).



1.5.4. Daño individual

Se han establecido diversos instrumentos diseñados para evaluar el consumo de cannabis y los problemas relacionados a nivel individual. Los instrumentos que se analizan a continuación se han diseñado para medir los niveles y patrones de consumo de cannabis o para evaluar los problemas relacionados con el consumo de cannabis. Los instrumentos se pueden clasificar generalmente como cuestionarios de cribado del TUC (p. Ej., Prueba de detección de abuso de cannabis - CAST, prueba de identificación de trastornos por uso de cannabis - CUDIT), prueba de identificación de trastornos por uso de drogas - DUDIT, prueba de detección de uso de sustancias, alcohol y tabaco - ASSIST), como entrevistas estructuradas (p. ej., entrevista diagnóstica internacional compuesta - CIDI), o como herramientas para medir el consumo de cannabis (p. ej., registro cronológico - TLFB) (98).



Los instrumentos que han sido calificados entre los mejores instrumentos con respecto a los diferentes parámetros de usabilidad (98) fueron:

1. Cannabis Abuse Screening Test, CAST: es un instrumento breve que utiliza preguntas directas para evaluar el consumo nocivo de cannabis (101). Mostró una buena validez de contenido cuando se validó en relación con los criterios del DSM-IV o con la toma de muestras de orina en adolescentes o adultos jóvenes consumidores habituales (98).
2. Cannabis Use Disorder Identification Test, CUDIT: evalúa el abuso o la dependencia de cannabis, es un instrumento rápido y sencillo derivado del AUDIT (102). Cuando se utilizó la Entrevista Clínica Estructurada del DSM-IV como un estandar de diagnóstico, tuvo una alta validez. Sin embargo, la validez disminuyó cuando se utilizaron diferentes consecuencias del consumo de cannabis como estandar (98).



3. Drug Use Disorder Identification Test, DUDIT: es un instrumento general de detección del abuso y la dependencia de drogas, que también ha sido adaptado del AUDIT. Se ha demostrado que su validez es alta en comparación con las medidas ICD y DSM (98).
4. Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test, ASSIST: es una prueba de identificación del abuso de sustancias y problemas relacionados desarrollada por la Organización Mundial de la Salud. La selección de su versión para el consumo de cannabis mostró una alta consistencia interna, pero una baja fiabilidad test-retest (98).



1.5.5. Daño social

A falta de estimaciones exhaustivas de la carga de morbilidad atribuible al consumo de cannabis, se ha propuesto un conjunto de diez indicadores básicos para medir el impacto del consumo de cannabis sobre la salud pública (100):

1. Prevalencia de uso a partir de encuestas de población general (para un resumen de los datos europeos, véase (61)).
2. Patrones de uso, en particular, frecuencia de uso.
3. Vía de administración (fumado versus no fumado y co-consumo de tabaco, ver (43)).
4. Potencia del cannabis, especificando los niveles de THC y CBD (ver p. Ej., (13)).



5. Adquisición de productos derivados del cannabis desde organismos encargados de hacer cumplir la ley o productores (en países en los que el consumo de cannabis está legalizado con leyes para la marihuana medicinal y recreativa).
6. Encuestas sobre la conducción bajo los efectos del cannabis y lesiones en la población en general y en conductores (en la carretera), así como datos de emergencias y muertes por accidentes.
7. Hospitalizaciones (incluidas intoxicaciones) desde bases de datos de atención médica o centros de control de intoxicaciones (por ejemplo, (103,104)).



8. Trastornos por consumo de cannabis, medidos con instrumentos de diagnostico (105) o datos sobre la demanda de tratamiento (106).
9. Uso de otras sustancias psicoactivas, por ejemplo, para la sustitución entre-sustancias (por ejemplo, (107)).
10. "Daño a terceros" relacionado con el uso cannabis, por ejemplo, en los hijos de madres consumidoras de cannabis.



2.1. Factores moduladores del consumo de cannabis a nivel psicosocial

Manuel Isorna Folgar y Otger Amatller Gutiérrez

La evidencia científica en relación al consumo de drogas en general y del cannabis en particular muestra que: 1) hay factores que facilitan el inicio y mantenimiento en el consumo de las distintas sustancias en unas personas respecto a otras, 2) hay una progresión en el consumo de las drogas legales a las ilegales en una parte significativa de los que consumen las primeras respecto a los que no las consumen, y 3) hay toda una serie de variables socio-culturales, biológicas, genéticas, psicológicas y familiares que modulan los factores de inicio y mantenimiento y la progresión o no en el consumo de unas a otras sustancias (2,3). En general, el consumo de cannabis responde a toda esta evidencia y también a intentos de satisfacción de motivaciones hedónicas como fines



exploratorios, prácticas ritualizadas, deseos de experimentación y a necesidades percibidas de integración en el grupo de iguales y sus estilos de ocio juvenil, propios de una cultura recreativa (4).

Al mismo tiempo, las crisis de identidad del adolescente representan un factor crítico en la génesis del consumo de cannabis, así se ha relacionado la iniciación al consumo con el acto de socialización en el grupo de iguales y resulta ser contingente la pertenencia al grupo con la adopción de sus normas reguladoras. El disponer de escasas y/o inadecuadas habilidades sociales, desequilibrios en las habilidades de asertividad y afrontamiento, entre otras, pueden favorecer la iniciación al consumo de cannabis (5).



Si bien hay autores que defienden que cada vez un mayor número de adolescentes se inician antes en el consumo de cannabis que en el de tabaco (6), autores como Swift et al. (7) sostienen que dar el paso al consumo de cannabis supone un salto cualitativo que incrementa el riesgo de “progresar” hacia el consumo de otras drogas ilegales. No hay que olvidar tampoco que cuando los adolescentes se incorporan al consumo de cannabis, por lo general siguen manteniendo su consumo de tabaco (8,9). Tanto es así que la forma más común de consumo de esta sustancia entre la mayoría de los consumidores es mezclada con tabaco o cigarrillos electrónicos en ambos sexos y todas las edades (10). Su consumo combinado no solo incide en el mantenimiento del consumo de ambas sustancias, sino que incrementa también su potencial adictivo (11), con implicaciones severas a nivel neurobiológico (12).



El consumo de cannabis en la adolescencia se relaciona con una mayor probabilidad de desarrollar una dependencia en la edad adulta (13) y con el consumo de otras drogas (14).

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 (15) y prácticas sexuales de riesgo (16).

Por otra parte, aunque no menos importantes son los estudios que han relacionado el consumo del cannabis con el Uso Problemático de Internet (17,18) y diferentes prácticas de riesgo *online*, tales como el sexting (19), el cyberbullying (20) o el uso problemático de los videojuegos online (21).



2.2. Factores de protección y riesgo familiar

Manuel Isorna Folgar y Otger Amatller Gutiérrez

Actualmente se sabe que el consumo de drogas se inicia y se mantiene como resultado de múltiples factores que interactúan dentro del individuo, del sistema familiar, iguales (peer), sociales y comunitarios (22). A su vez, el funcionamiento familiar está significativamente comprometido por el consumo de drogas de la persona, manteniendo un corrosivo y a menudo multigeneracional ciclo de adicción y problemas afines que apoyan la relación recíproca entre el funcionamiento familiar y el consumo de drogas (23). Así lo reflejan factores familiares como: la psicopatología de los padres, los



(23). Así lo reflejan factores familiares como: la psicopatología de los padres, los conflictos familiares, la distancia relacional y los déficits en la crianza de los hijos entre otros, los cuales constituyen fuertes predictores de la iniciación y el abuso del consumo de drogas. Por el contrario, estilos educativos intransigentes con el consumo de drogas, así como aquellos que desarrollan la autoridad, rigor y firmeza de los progenitores sobre el consumo de cannabis, se relacionan con un menor consumo de cannabis y drogas ilícitas por parte de los adolescentes (24,25).



Otros estudios de revisión (26,27) confirman que los adolescentes con consumo de sustancias muestran dinámicas familiares marcadas por interacciones negativas: pobre comunicación, conflictos, falta de cohesión, dificultad para fijar normas y límites son factores de riesgo para el consumo de sustancias. Hallazgos similares fueron hallados por Choquet et al. (28) quienes encontraron una clara relación negativa entre el control parental percibido y el uso de alcohol, tabaco y cannabis entre adolescentes franceses, señalando que el impacto del control parental es mayor entre las mujeres que entre los hombres. Sin hacer referencia a algún tipo de estilo o control parental (24) hallaron que unas restricciones específicas respecto al uso de cannabis dentro de la familia se asocian con bajas tasas de consumo.



2.3. Factores individuales de riesgo y protección

Manuel Isorna Folgar y Otger Amatller Gutiérrez

2.3.1. Diferencias de sexo y género

De forma similar al resto de sustancias, son muchos los factores relacionados con el sexo y el género que influyen en el consumo de cannabis ya sea física, mental y socialmente, y como hombres, mujeres y personas con otras identidades de género responden de manera diferenciada a la predisposición, el tratamiento, la promoción de la salud y a las políticas preventivas (34).



2.3.2. Personalidad y temperamento

En la actualidad existe una evidencia considerable que vincula la búsqueda de sensaciones y también la impulsividad como precursores del consumo de cannabis en adolescentes.



CLÍNICA DEL SISTEMA NERVIOSO
RENOVAR S.A.S.

NIT 822.001.338-0

2.3.3. Psicopatología y consumo de cannabis

Las revisiones y metanálisis obtenidos en relación con la psicopatología y el consumo de cannabis son diversos y complejos. Muchos factores juegan en un mismo escenario y existen importantes interacciones entre sí.

Diferentes estudios plantean que los individuos con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) podrían ser más propensos a la automedicación, utilizando para ello el cannabis (57–59). Concretamente, los adolescentes con TDAH presentan aproximadamente 1.5 veces más probabilidad que sus iguales sin TDAH de desarrollar abuso o dependencia a esta sustancia (60).



Numerosos son los factores que influyen en la transición a la dependencia del cannabis. En particular, una amplia gama de trastornos mentales se ha relacionado con un riesgo elevado de volverse dependiente. El desarrollo de un síndrome de dependencia parece estar asociado a diversos procesos, en los que factores sociales, biológicos e intraindividuales interactúan de manera compleja. Sin embargo, el vínculo entre la dependencia del cannabis y los factores predisponentes no pudo ser resuelto de manera convincente según una revisión en 4 principales buscadores bibliográficos donde se analizaron más de diez mil estudios debido a que la mayoría de los artículos tenían deficiencias metodológicas con respecto a los criterios de dependencia (1).



2.4. Neurobiología de la adicción al cannabis

Manuel Isorna Folgar y Otger Amatller Gutiérrez

2.4.1. El sistema de recompensa cerebral y sus conexiones

Cuando se consume cannabis, su ingrediente activo, THC, viaja por el cerebro y el resto del cuerpo, produciendo sus efectos. En el cerebro, el THC se adhiere a los receptores de cannabinoides que se encuentran en las células nerviosas, lo que afecta la forma en que



CLÍNICA DEL SISTEMA NERVIOSO
RENOVAR S.A.S.

NIT 822.001.338-0

estas células funcionan y se comunican unas con otras (69). El efecto reforzante del THC sobre el sistema cerebral de recompensa es el principal motivo por el cual un 17% de los y las jóvenes que empiezan a consumir cannabis durante la adolescencia desarrollan dependencia a dicha sustancia en algún momento de su vida (13). El consumo excesivo de cannabis en la adolescencia se asocia con un mayor riesgo de dependencia en la vida adulta (70).



2.4.2. La vía de la recompensa y el THC

Al igual que la mayoría de las drogas, el THC estimula las neuronas del sistema de recompensa del cerebro, que liberan dopamina en cantidades mayores de las que se observan normalmente en la respuesta a estímulos gratificantes naturales. La oleada de dopamina le “enseña” al cerebro a repetir la conducta gratificante, lo que contribuye a las propiedades adictivas del cannabis (69).



2.5. Consumo de cannabis como mecanismo de afrontamiento

Manuel Isorna Folgar y Otger Amatller Gutiérrez

Varios estudios relacionan el consumo por afrontamiento con mayor consumo problemático de cannabis en adultos (74,75) y destacan el papel modulador que puede tener esta motivación en usuarios con mayor ansiedad y angustia (76).

Otros estudios muestran que ya en la adolescencia, un consumo por afrontamiento puede ser un indicador de mayor rapidez en la progresión hacia un consumo regular y más problemático (77). Este hecho, sumado a que el consumo de cannabis en la adolescencia produce un daño mayor y potencialmente irreversible en el organismo, visibiliza la



importancia de la identificación e intervención precoz (78). Así mismo, también se halla que el consumo de cannabis para afrontar el malestar emocional es el principal motivo de consumo en aquellos usuarios con un patrón de uso más intenso y problemático (64).

Como factor protector se destaca que, en los jóvenes expuestos a eventos estresantes pero que buscan apoyo social de sus padres, utilizan estrategias de afrontamiento dirigidas a la solución de problemas, que brindan su apoyo o comprensión a alguien que atraviesa por una situación dolorosa, y que realizan esfuerzos cognitivos para pensar en las posibles soluciones del problema, aumenta la probabilidad de no consumir cannabis (79).



2.6. Factores genéticos y biológicos que pueden facilitar el inicio, dependencia y trastornos asociados al consumo de cannabis

Manuel Isorna Folgar y Otger Amatller Gutiérrez

Datos obtenidos con metodologías de neuroimagen sugieren que una mayor presencia de receptores del subtipo D2 de dopamina en el cerebro de las personas puede ser un factor protector ante los efectos euforizantes de los psicoestimulantes. Resultados provenientes de la investigación preclínica van en la misma dirección e incluyen, además, a los sistemas glutamatérgico y opioideérgico entre los neurotransmisores cuya función disminuida puede participar en una mayor susceptibilidad a la dependencia de las drogas.



2.7. Factores ambientales o estructurales y consumo de cannabis

Manuel Isorna Folgar y Otger Amatller Gutiérrez

La presencia de estímulos sensoriales en el ambiente (p.ej., presencia de puntos de venta, la propia visibilidad del producto o la publicidad engañosa, exposición social a situaciones de consumo) nos incentiva a consumir (86–90), aunque muchas veces ni siquiera tengamos consciencia de ello. También los productos mal etiquetados pueden llevar a los consumidores a hacer inferencias erróneas sobre el cannabis y los efectos que puede producir (91).



2.7.2. Intereses económicos

Se calcula que unos 192 millones de personas consumieron cannabis en 2018, lo que lo convierte en la droga ilegal más consumida a nivel mundial y este potencial negocio suscita cierta preocupación en el debate sobre la creciente influencia y las inversiones de las grandes empresas, especialmente del sector del tabaco y el alcohol, que están invirtiendo en la industria del cannabis en América del Norte, Canadá y Uruguay. Esa situación preocupa a nivel de salud pública ante la posibilidad de que, en vista de la rapidez con que está aumentando la demanda de cannabis no médico, sean los ingresos y beneficios los que marquen la trayectoria de la industria del cannabis no médico, en lugar de las consideraciones de salud pública. Esas preocupaciones son especialmente pertinentes en las jurisdicciones en que se ha legalizado el consumo de cannabis con fines no médicos (114).



Tabla 2.1. Resumen de la evidencia

	Grado de recomendación
El consumo de cannabis responde a una interacción de variables socioculturales, biológicas, genéticas, psicológicas y familiares que modulan los factores de inicio, mantenimiento y la progresión o no en el consumo.	A
El consumo de cannabis en la adolescencia se relaciona con una mayor probabilidad de desarrollar una dependencia en la edad adulta y con el consumo de otras drogas	A
El consumo de cannabis es más habitual en adolescentes que muestran dinámicas familiares, marcadas por interacciones negativas: pobre comunicación, conflictos, falta de cohesión, dificultad para fijar normas y límites.	B
El consumo de cannabis está mediado por el sexo y género; ya sea física, mental y socialmente, tanto los hombres, mujeres y personas con otras identidades de género responden de manera diferenciada a la predisposición, el tratamiento, la promoción de la salud y a las políticas preventivas.	A
El consumo de cannabis en adolescentes está vinculado a la búsqueda de sensaciones e impulsividad.	B



El consumo de cannabis en adolescentes está vinculado a la búsqueda de sensaciones e impulsividad.	B
El consumo de cannabis es más probable en los adolescentes con TDAH	B
El consumo de cannabis es más probable en personas que intentan compensar su malestar psicológico emocional con los efectos del cannabis	B
El desarrollo de un síndrome de dependencia al cannabis parece estar asociado a diversos procesos, en los que factores sociales, biológicos e intrapersonales que interactúan de manera compleja.	C
El consumo de cannabis es más probable en sujetos que han sufrido maltrato infantil, abuso sexual y físico o sufrir acontecimientos traumáticos en su vida. Estos son factores críticos que aumentan la vulnerabilidad al consumo de cannabis en la adolescencia, principalmente en varones.	A
El consumo de cannabis para afrontar el malestar emocional es el principal motivo de consumo en aquellos usuarios con un patrón de uso más intenso y problemático.	B



El consumo de cannabis para afrontar el malestar emocional es el principal motivo de consumo en aquellos usuarios con un patrón de uso más intenso y problemático.	B
La exposición prenatal al cannabis es un factor de riesgo para el consumo posterior de cannabis en la adolescencia y adultos jóvenes, incluyendo el inicio temprano (14 años).	B
La menor percepción de riesgo con el consumo de una sustancia se asocia con el incremento en el consumo	B
La legalización del consumo de cannabis, la publicidad de su consumo, la atribución de propiedades terapéuticas y el autocultivo ha conllevado una serie de oportunidades de venta y distribución que han contribuido a un incremento del consumo.	B

Grados de recomendación: A = Alto; B = Moderado; C = Bajo; D = muy bajo



CAPÍTULO 3. Medidas y programas de prevención: puntos fuertes y débiles.

3.1. Programas universales. ¿cuáles son las intervenciones escolares más eficaces para cambiar las actitudes de los jóvenes hacia el consumo de cannabis?

José Luis Carballo Crespo y Ainhoa Coloma-Carmona

La evidencia empírica apoya la importancia de implementar programas de prevención del consumo de sustancias durante la adolescencia en la etapa escolar (1). Llevar a cabo este tipo de intervenciones preventivas en adolescentes en el contexto escolar es fundamental para mejorar los esfuerzos por modificar las expectativas, las creencias y los comportamientos relacionados con el consumo de cannabis antes de que estos estén establecidos (2).



Tabla 3.1.4. Resumen grado de recomendación.

Afirmación	Grado de recomendación
Los programas de prevención universales escolares del consumo de cannabis en niveles escolares medios (de 12 a 14 años) reducen y previenen su consumo	B
Los programas basados en la competencia social, influencia social y la combinación de ambos enfoques reducen y previenen el consumo de cannabis	B
Las estrategias preventivas universales escolares lideradas por iguales mejoran los resultados de la prevención del consumo de cannabis	B
Los programas grupales de intervención universal escolar enfocados a múltiples conductas de riesgo reducen la probabilidad de consumo de cannabis	B
La inclusión de estos programas de prevención en el currículo escolar y su combinación con estrategias de mejora del rendimiento académico mejoran los resultados de la prevención del consumo de cannabis	B



Los programas de prevención familiar aplicados en el contexto escolar <i>Iowa's Strengthening Families Program</i> (ISFP), el SFP 10-14 y su combinación con el <i>Life Skills Training</i> (LST) previenen y reducen el consumo de cannabis	B
Los programas de prevención universal escolar son eficaces para mejorar el conocimiento sobre los efectos del cannabis, reducción de actitudes positivas hacia el consumo y reducción de intención de consumo	B
Los programas llevados a cabo mediante medios electrónicos reducen y previenen el consumo de cannabis	B
Tanto los programas unimodales como los multimodales son útiles para la reducción y prevención del consumo de cannabis	B
El programa online <i>Climate Schools</i> y los programas <i>Life Skills Training</i> , <i>Project Alert</i> , <i>Gatehouse</i> y <i>Unplugged</i> son las intervenciones universales escolares que cuentan con más apoyo empírico sobre sus efectos positivos en la reducción y prevención del consumo de cannabis	B

Grados de recomendación: A = Alto; B = Moderado; C = Bajo; D = muy bajo



Tabla 3.2.5. Resumen de la evidencia sobre los proyectos de prevención para la reducción del consumo de cannabis y de sus consecuencias asociadas.

	Grado de recomendación
La Intervención Breve en entornos sanitarios, para población que no busca tratamiento, no es eficaz para controlar el consumo de cannabis a corto plazo	C
La Intervención Breve en entorno escolar y el ofrecer información muestran un efecto similar sobre el consumo de cannabis, su frecuencia y las conductas delictivas asociadas	B
La Intervención Breve en entorno escolar reduce la frecuencia de consumo de cannabis a corto y largo plazo y el abuso de cannabis a medio o largo plazo, comparado con sólo evaluar	C
La evidencia es débil e inconsistente sobre los beneficios a corto plazo de la Intervención Breve para reducir el consumo de cannabis, su frecuencia y los problemas asociados en adolescentes y adultos jóvenes	C
Recibir una Intervención Breve incrementa la probabilidad de abstenerse de cannabis a corto plazo	C
La Terapia Conductual y la Terapia Familiar Multidimensional reducen el consumo de cannabis en el seguimiento de 6 meses	A

La Terapia Conductual y la Terapia Familiar Multidimensional reducen el consumo de cannabis en el seguimiento de 6 meses	A
Las intervenciones basadas en la familia y las intervenciones de carácter individual presentan efectos moderados similares sobre la reducción del consumo de cannabis en adolescentes	B
Los programas e intervenciones dirigidos a poblaciones muy específicas TALC para hijos de padres con VIH y STRIVE para jóvenes sin hogar no han mostrado efectos significativos o han sido inconsistentes sobre el consumo de cannabis	C
Los programas dirigidos a poblaciones muy específicas Focus on the Family (FoF) para hijos de padres en tratamiento con metadona y LIFT para jóvenes de vecindarios de alto riesgo, no muestran efecto sobre el inicio en el consumo de cannabis	D
Los programas de prevención selectiva “ <i>Familias Unidas</i> para jóvenes delincuentes // programa FI para jóvenes delincuentes // Programa New Beginnings para niños de 9 a 12 con padres recién divorciados y FCU (Family Check-up), muestran reducciones en la probabilidad o frecuencia de consumo de cannabis	C

Incluir sesiones para padres junto a sesiones individuales con los jóvenes, reduce a corto y medio plazo el número de días que consumen cannabis	C
En pacientes con diagnóstico de psicosis, la Intervención Motivacional Familiar y la Terapia Cognitivo Conductual muestran reducciones en la cantidad de consumo a corto y largo plazo	C
En pacientes con diagnóstico de psicosis, la Intervención Motivacional Familiar reduce la frecuencia de consumo y el craving de cannabis a corto y largo plazo	C
En pacientes con diagnóstico de psicosis, las intervenciones de carácter farmacológico no muestran resultados significativos sobre el consumo de cannabis ni sobre el craving	C
Las intervenciones por internet y ordenador parecen ser eficaces para reducir el consumo de cannabis en adolescentes y adultos a corto plazo	C



Mejora la efectividad de las intervenciones digitales a corto plazo incluir entre las actuaciones un chat con un profesional formado en Entrevista Motivacional	C
La eficacia de una intervención por ordenador se incrementa a partir de 6 o más sesiones	C
Sería importante que los futuros trabajos incluyesen: <ul style="list-style-type: none"> * consumidores más homogéneos en su patrón de consumo de cannabis (frecuencia y cantidad), * de diferentes países * con medidas más objetivas para recoger la información del patrón de consumo. * grupos control más homogéneos con los que comparar 	

Grados de recomendación: A = Alto; B = Moderado; C = Bajo; D = muy bajo



CAPÍTULO 4: Cribado y diagnóstico del trastorno por consumo de cannabis y las comorbilidades

4.1. Instrumentos de cribado del consumo de cannabis

Mercedes Balcells Oliveró, Maria Teresa Pons Cabrera, Clara Oliveras Salvà y Hugo López Pelayo

El consumo de riesgo de una sustancia es una entidad con una definición clara según la Organización Mundial de la Salud “Patrón de consumo de sustancias que eleva el riesgo de sufrir consecuencias nocivas para el consumidor”. Algunos autores limitan estas consecuencias a las de tipo físico y mental, mientras que otros incluyen también las consecuencias sociales. A diferencia del consumo perjudicial, el consumo de riesgo se refiere a modelos de consumo que tienen importancia para la salud pública, pese a que el consumidor individual no presenta ningún trastorno actual (1). En el caso del consumo



consumidor individual no presenta ningún trastorno actual (1). En el caso del consumo de riesgo de cannabis no existe una traducción práctica consensuada y basada en la evidencia. En la literatura lo más habitual es considerar el consumo diario o semanal como un consumo de riesgo. El consumo de 20 ocasiones o más en un mes es considerado consumo de riesgo según el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2). Por otra parte, el consumo problemático o perjudicial, el trastorno por abuso o el trastorno por dependencia del cannabis ha quedado reintegrado en la clasificación DSM 5 como



por dependencia del cannabis ha quedado reintegrado en la clasificación DSM 5 como trastorno por consumo de cannabis y en el CIE-11 como “patrón nocivo de consumo de cannabis”, “episodio de consumo nocivo de cannabis” y “dependencia del cannabis”. En algunas situaciones se puede realizar un cribado previo (por ejemplo, en urgencias o atención primaria) para identificar precozmente el consumo de riesgo o los trastornos por consumo de cannabis, intervenir de forma precoz o derivar a un servicio especializado si corresponde.



4.2. Clasificaciones diagnósticas: comparativa y limitaciones

Mercedes Balcells Oliveró, Maria Teresa Pons Cabrera, Clara Oliveras Salvà y Hugo López Pelayo

4.2.1. Trastornos por uso de cannabis

Los trastornos por uso de cannabis se componen de un conjunto de cuadros clínicos con un distinto espectro de gravedad. La mayoría de los individuos en la población general no usan cannabis o, si lo usan, no es de forma habitual. Pero un porcentaje creciente llega a realizar un consumo diario y puede llegar a cumplir criterios de dependencia. Y será relevante tener en cuenta que, en esta proporción de usuarios de cannabis, el uso frecuente aumenta el riesgo de experimentar daño.



Podríamos decir que el uso problemático de cannabis está determinado por un empleo persistente de esta sustancia a pesar de los efectos nocivos (a nivel social, de salud física o mental individual o incluso para la salud de otros individuos) (25).

Según el DSM-5 el diagnóstico de Trastorno por consumo de cannabis requiere la presencia de 2 de 11 síntomas que han producido un marcado deterioro clínico a lo largo de los últimos 12 meses. La severidad del trastorno se evalúa, entonces, según recuento de síntomas. Así mismo el sistema permite usar especificadores de “remisión”.



Por otro lado, las categorías diagnósticas equivalentes en la CIE-11 serían: 6C41.1 Patrón nocivo de consumo de cannabis y 6C41.2 Dependencia del cannabis (que se diferencia fundamentalmente de la anterior categoría por la desregulación del control del consumo a pesar de las consecuencias adversas). Como puntos en común en los criterios diagnósticos en ambas clasificaciones:

- Aparición de la sintomatología en un período de 12 meses.
- Fenómenos de abstinencia y tolerancia.
- Se mantiene un consumo reiterado a pesar de las consecuencias adversas.
- Deseo intenso de consumir la sustancia (“craving”)
- Se prioriza el consumo por encima de otras actividades importantes o anteriormente placenteras.



Como principales puntos diferenciales entre ambas clasificaciones, el DSM-5 admite una especificación de gravedad según el número de síntomas (Leve si 2-3 síntomas, Moderado si 4-5 o Grave si 6 o más).

Por otro lado, la CIE-11 también admite el diagnóstico si la sintomatología ha aparecido a lo largo de sólo 1 mes si el consumo durante este período es continuo (diario o casi diario).

Además, las guías de la CIE-11 ofrecen mayor flexibilidad al juicio clínico y a las variaciones culturales (30).



4.2.2. Abstinencia al cannabis

Ambas clasificaciones diagnósticas ofrecen criterios para el diagnóstico del síndrome de abstinencia al cannabis después que haya ido apareciendo evidencia de síntomas más específicos en los últimos años (31).

Para el diagnóstico de abstinencia a cannabis, ambas clasificaciones contextualizan la aparición de la sintomatología en el momento de cese del consumo de cannabis después de períodos de consumo intenso y prologado.



Ambas clasificaciones listan los siguientes síntomas: irritabilidad, ansiedad, inquietud, insomnio, trastornos del apetito, dolor abdominal, espasmos y temblores.

El DSM-5 incluye ánimo deprimido y también incluye síntomas físicos como fiebre, diaforesis, escalofríos y cefalea.

Por otro lado, la CIE-11 describe el ánimo característico de la abstinencia al cannabis como disfórico y también incluye como síntomas físicos típicos las mialgias.



4.3. Principales comorbilidades en salud mental

Mercedes Balcells Oliveró, Maria Teresa Pons Cabrera, Clara Oliveras Salvà y Hugo López Pelayo

El uso de cannabis se ha relacionado, a nivel de salud mental, con la aparición de psicosis, trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, juego patológico, trastornos de personalidad y dependencia al cannabis.



CLÍNICA DEL SISTEMA NERVIOSO

RENOVAR S.A.S.

NIT 822.001.338-0

4.3.1. Cannabis y psicosis

La relación entre el consumo de cannabis y síntomas psicóticos se ha descrito de forma clara en múltiples estudios (32–34). Comparados con no consumidores, los consumidores crónicos de cannabis tienen mayor riesgo de desarrollar tanto esquizofrenia (35) como otros trastornos psicóticos. Se han descrito varios patrones de consumo de cannabis que se relacionarían con la aparición de productividad psicótica, pero la evidencia sugiere que tanto la edad de inicio del consumo como la frecuencia y período de consumo influirían, con un riesgo que parece ser dosis-dependiente (36). El riesgo de aparición de psicosis aumenta con interacciones entre genética y ambiente (por ejemplo, con variantes de COMT 158Val y DRD2 rs1076560). La asociación entre consumo de cannabis y



COMT 158Val y DRD2 rs1076560). La asociación entre consumo de cannabis y transición a un primer episodio psicótico está bien documentada (37). El consumo de cannabis impacta tanto en la incidencia como la prevalencia de experiencias psicóticas. En un estudio reciente, de hecho, el uso diario de cannabis se asoció con un aumento en la probabilidad de padecer un episodio psicótico de hasta 5 veces en aquellas personas que consumían variedades más potentes (de más de 10% de THC); además, observan que, si el cannabis de alta potencia dejara de estar disponible, parte de los casos de debut



psicótico podrían prevenirse (en porcentaje variable que, en algunos de los sitios estudiados, alcanzaba hasta el 30-50%). En los lugares en que se lleva a cabo este estudio (principalmente diferentes ciudades europeas) se concluye que cambios en el uso del cannabis (sobre todo de alta potencia) influirían en cambios en la incidencia de psicosis (37).



Además, la edad de inicio de la psicosis sería alrededor de 2,7 años menor en los usuarios de cannabis. No obstante, la evidencia sugiere un menor tiempo de psicosis no tratada en usuarios de cannabis que padecen un primer episodio psicótico (38).

La evidencia sugiere que el consumo de cannabis empeora el pronóstico de la psicosis, mientras que la abstinencia prolongada del cannabis se considera un factor protector de desarrollar tanto síntomas positivos como negativos, y desorganización. De hecho, se ha descrito que concretamente el Δ -9-tetrahidrocannabinol (THC) induciría síntomas psicóticos tanto positivos como negativos, así como otra psicopatología. No hay



psicóticos tanto positivos como negativos, así como otra psicopatología. No hay evidencia consistente que el cannabidiol (CBD) induzca síntomas o modere los efectos de THC (39). Por demás, el uso de cannabis se asocia con un mayor riesgo de recaída o rehospitalización y de una menor adherencia terapéutica (40). También, el uso de cannabis parece tener una moderada asociación con la aparición de conductas violentas en personas con diagnóstico de trastorno mental severo (41).



4.3.2. Cannabis y trastornos afectivos

Varios estudios sugieren que el consumo de cannabis sería un factor de riesgo para desarrollar depresión, sobre todo después de un consumo frecuente y prolongado (41). La evidencia apunta a que el uso de cannabis en el embarazo se relacionaría con un incremento del riesgo de desarrollar trastornos afectivos en la descendencia (42). Aún más, el consumo de cannabis durante la adolescencia incrementaría el riesgo de padecer depresión y conductas suicidas en posteriores fases de la vida (43). De hecho, en general el uso de cannabinoides se asocia con un mayor riesgo de realizar conductas autolesivas, si bien la regulación emocional y la impulsividad seguramente modulen esta asociación (44).



Asimismo, cualquier consumo de cannabis se ha asociado con la aparición de trastorno bipolar. Los estudios sugieren que la frecuencia de consumo se relacionaría con el nivel de este riesgo. Más aún, hay estudios que indican que el abuso y dependencia a cannabis serían factores de riesgo para el desarrollo de trastorno bipolar (39). De hecho, un metaanálisis reciente sugiere que tanto en población general como clínica la prevalencia de consumo de cannabis y trastorno por uso de cannabis se situaría en torno al 24% de



las personas con diagnóstico de trastorno bipolar. En cambio, la prevalencia de uso de cannabis en la población general oscilaría entorno al 2-7% (45). Otro metaanálisis reciente encontró una débil asociación entre el trastorno por uso de cannabis y la existencia de tentativas suicidas en el trastorno bipolar, aunque la inclusión de estudios solamente transversales impedía explorar inferencias causales (46). Hasta el momento la evidencia no indica de forma clara una asociación entre el consumo de cannabis con deterioro cognitivo significativo en el trastorno bipolar (47).



4.3.3. Cannabis y trastornos de ansiedad

Diferentes estudios muestran que el uso de cannabis se relaciona con el desarrollo de sintomatología ansiosa en la población general y también cuando hay comorbilidad entre consumo de tabaco y cannabis. El cannabis se ha descrito como factor de riesgo para desarrollar trastornos de ansiedad (40,49). Asimismo, el consumo de cannabis parece relacionarse con una peor evolución tanto en los trastornos de ansiedad como afectivos (50,51). Paradójicamente, parece que dos de los principales motivos por los que las personas reportarían consumir cannabis con finalidad medicinal serían, precisamente, la ansiedad y la depresión (52). Se han realizado múltiples estudios que relacionan el inicio del consumo con la ansiedad social. Este aspecto puede variar en función del género. En



ansiedad y la depresión (52). Se han realizado múltiples estudios que relacionan el inicio del consumo con la ansiedad social. Este aspecto puede variar en función del género. En un estudio sobre el tema se observa que los hombres con ansiedad social podrían ser más vulnerables a consumir cannabis como estrategia de afrontamiento de este tipo de ansiedad. Entre las mujeres, en el estudio, era más habitual que quisieran consumirlo durante la situación social (no tanto antes o después) y no se observó un mayor deseo de consumo de cara a manejar la ansiedad anticipatoria previamente a la situación social. En la revisión del tema que realizan en este trabajo sugieren que las mujeres con ansiedad social parecen especialmente vulnerables a presentar problemas con el alcohol mientras que los hombres con ansiedad social presentan más habitualmente problemas relacionados con el cannabis (que usan más para afrontar estas situaciones o para encajar en ellas) (53).



4.3.4. Cannabis y juego patológico

Si bien esta relación no parece clara con la evidencia disponible por el momento, sí que parece que el uso de cannabis sería uno de los múltiples factores de riesgo que se relacionarían con el juego patológico (40).

4.3.5. Cannabis y trastornos de personalidad

Esta relación ha sido poco estudiada y hasta el momento los resultados no son concluyentes (40).



4.3.6. Dependencia al cannabis y otras sustancias

El uso de cannabis con frecuencia diaria o semanal, el inicio temprano del consumo (entre los 11 y los 15 años) y los efectos psicotrópicos positivos del cannabis son factores predictivos positivos de dependencia al cannabis. Además, la concurrencia de uso de tabaco y cannabis durante la adolescencia se asocian con abuso o dependencia de cannabis a los 24 años, y dependencia a la nicotina entorno los 23 y 27 años. También los usuarios de tabaco y cannabis serían más propensos a reportar clínica de abstinencia al cannabis, incluyendo ánimo bajo, cefalea, diaforesis, taquicardia, náuseas y bostezos.



Parece que el consumo comórbido de cannabis y tabaco se relacionaría con una menor media de abstinencia mantenida al cannabis durante el tratamiento en comparación con sujetos dependientes al cannabis que nunca fumaron cigarrillos de tabaco o eran exfumadores (40).



4.4. Principales comorbilidades en salud física

Mercedes Balcells Oliveró, Maria Teresa Pons Cabrera, Clara Oliveras Salvà y Hugo López Pelayo

El consumo regular de cannabis se ha relacionado con más de 40 problemas de salud incluyendo trastornos mentales, enfermedades médicas, lesiones intencionadas y no intencionadas, y problemas de salud materno-infantil perinatales (40,64).

Los aparatos o sistemas más afectados son el sistema nervioso central, el aparato cardiovascular, el sistema respiratorio y el sistema digestivo.



4.4.1. Cannabis y sistema nervioso central (40)

A parte de la relación existente con los trastornos de salud mental y el deterioro cognitivo (ver apartado correspondiente), el consumo regular de cannabis está asociado a mayor riesgo de accidente cerebrovascular (65), alteraciones del sueño y mareos. Sin embargo, estos estudios son retrospectivos.



4.4.2. Cannabis y aparato cardiovascular (39)

El infarto agudo de miocardio (66,67), diversos tipos de arritmias, miocarditis y pericarditis, muerte súbita, coagulopatías, tromboangeítis obliterante e hipertensión arterial están asociadas al consumo regular de cannabis. Recientemente se ha relacionado con la cardiomiopatía de estrés o Síndrome de Tako-Tsubo (68). Estos estudios son retrospectivos, casos clínicos o series de casos. En una cohorte de mujeres embarazadas aquellas que padecían un trastorno por consumo de cannabis tenía más riesgo a largo plazo de padecer eventos cardiovasculares, especialmente accidente cardiovascular (68).



4.4.3. Cannabis y sistema respiratorio (40,64,70–72)

El consumo regular de cannabis se ha relacionado con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad pulmonar intersticial, neumonía eosinofílica, bronquitis aguda y otras infecciones respiratorias (aspergillosis, legionelosis, tuberculosis), y neumotórax (72). Salvo para los síntomas compatibles con EPOC el resto de evidencia descansa sobre series de casos o estudios retrospectivos. Otros parámetros respiratorios parecen no verse afectados por el consumo de cannabis (ver apartado 4.5.2).



4.4.4. Cannabis y sistema digestivo (74)

Los síntomas gastrointestinales inespecíficos (nauseas, vómitos, dolor abdominal, ardor) (75), el síndrome de hiperémesis cannábica (76–78), esofagitis, gastritis (75), las alteraciones en la glicemia (64), la cetoacidosis en la diabetes mellitus tipo I (79) y la progresión más rápida de la hepatopatía relacionada con el virus de la hepatitis C agrupan evidencia de una posible relación con el consumo de cannabis. Aunque en esta última patología los datos son insuficientes (80–82). Recientemente se ha relacionado con un riesgo mayor de hospitalizaciones por síndrome del intestino irritable (83). En pacientes



riesgo mayor de hospitalizaciones por síndrome del intestino irritable (83). En pacientes afectados por enfermedad inflamatoria intestinal y que los usuarios de cannabis tienen más riesgo de fístulas, abscesos, hemorragia digestiva baja, e hipovolemia pero menor riesgo de cáncer colo-rectal, anemia y menor necesidad de nutrición parenteral (84). Los pacientes con hepatitis C tienen más riesgo de encefalopatía hepática si tienen un trastorno por consumo de cannabis (85). Los pacientes con cirrosis por hígado graso no alcohólico y que además consumen cannabis tienen mayor riesgo de descompensación ascítica (86).



4.4.5. Cannabis y cáncer

Tres tipos de cáncer se han relacionado con el consumo regular de cannabis; el cáncer de pulmón, de vía área superior y el cáncer de testículo tipo no seminoma (40).



4.4.6. Salud perinatal (43,69,87–96)

Se ha relacionado el consumo de cannabis con parto pretérmino, retraso en el crecimiento fetal, bajo peso y baja talla al nacer, disminución del perímetro craneal, aborto espontáneo y rotura prematura de membranas. También existen estudios que informan de mayor riesgo de problemas de conducta, cognitivos y de salud mental en la infancia y en la adolescencia y mayor riesgo de hospitalización por problemas oculares.



4.4.7. Otros problemas de salud

También se ha relacionado con problemas dentales (97), xerostomía, candidiasis e infecciones oportunistas en pacientes con VIH (40), así como disfunciones sexuales (disfunción eréctil y eyaculación precoz (98)), infertilidad (99) y mayor riesgo de enfermedades de transmisión sexual (100). Se ha relacionado el consumo de cannabis con mayor mortalidad por todas las causas (101) y por eventos cardiovasculares (104).



4.5. Principales consecuencias derivadas del consumo a corto, medio y largo plazo.

Patricia Motos Sellés y Sílvia Font Mayolas

4.5.1. Consecuencias psicosociales

Rendimiento académico y consumo de cannabis

Gran parte de la vida de los adolescentes transcurre en los centros de enseñanza. En los últimos años los estudios sobre el efecto del consumo de cannabis en la atención y el aprendizaje han derivado hacia el análisis de los resultados académicos en forma de abandono, peores calificaciones y absentismo (102,103).



Violencia física y consumo de cannabis

Entre las posibles consecuencias psicosociales del consumo de cannabis se ha estudiado la violencia física en adolescentes y jóvenes. En un amplio metaanálisis de Dellazizzo y cols. (2020) (111) se detecta una asociación moderada entre el consumo de cannabis y la perpetración de violencia física en adolescentes y en jóvenes, relación que se mantiene estable independientemente del diseño de los trabajos revisados y de las posibles variables de confusión como el consumo de otras drogas y el nivel socioeconómico. En la misma



Accidentes de Tráfico

En un amplio metaanálisis sobre uso de cannabis y accidentes con vehículo de motor, los autores concluyen que el consumo de cannabis por parte de los conductores se asocia de forma significativa a un incremento del riesgo de verse involucrados en accidentes con vehículo de motor. Más concretamente el riesgo de verse involucrados en accidentes de tráfico (114) con resultados graves o muerte (115) se dobla si el conductor ha consumido cannabis. Rogeberg y Elvik (2016) (116) replican los dos trabajos previos mencionados



4.5.2. Consecuencias en la práctica deportiva

Con la creciente liberalización de las leyes relacionadas con el cannabis y la expansión de su uso terapéutico, un número cada vez mayor de personas considera que el cannabis puede ofrecer ventajas en la práctica deportiva, por ejemplo una mejor capacidad de resistencia y de fuerza, alivio del dolor, así como una sensación de calma y relajación, produciendo un mayor disfrute del ejercicio (128–130). No obstante, una gran parte de la literatura científica advierte que el cannabis actúa en la mayoría de ocasiones como un obstaculizador en la mejora del rendimiento deportivo (131).



4.5.3. Impulsividad

Aunque es bien conocido por la literatura que el comportamiento impulsivo es un rasgo de personalidad preexistente que puede promover el consumo de cannabis (140,141), también se ha demostrado que el consumo de esta sustancia puede provocar cambios de comportamiento, como la impulsividad (142).



4.5.4. Calidad de vida

Se ha detectado una falta de evidencia científica en los últimos tres años del impacto del consumo de cannabis sobre la calidad de vida de los consumidores de cannabis. Los estudios que se han encontrado se centran principalmente en evaluar la efectividad del uso terapéutico de los cannabinoides en la mejora de ciertas dolencias asociadas a enfermedades crónicas o graves (dolor crónico, cancer, trastornos del sueño, esclerosis múltiple, etc.) para mejorar el bienestar y la calidad de vida de los pacientes.



Tabla 4.5.1. Resumen de la evidencia sobre las consecuencias a corto, medio y largo plazo derivadas del consumo de cannabis.

Conclusiones	Grado de recomendación
El consumo de cannabis en adolescentes se encuentra relacionado con el abandono prematuro de los estudios y con menores logros académicos.	C
El consumo de cannabis en adolescentes y en jóvenes se muestra vinculado a la perpetración de violencia física.	C
El consumo de cannabis en los conductores de vehículos de motor dobla el riesgo de involucración en accidentes de tráfico.	B
El consumo pasivo de cannabis puede ser detectado de forma fiable en el análisis de la sangre. Se recomienda que los fumadores pasivos eviten las salas mal ventiladas con altos niveles de consumo de cannabis.	C
Existen discrepancias sobre los efectos adversos del cannabis en el rendimiento cardiovascular en la práctica de ejercicio físico. En cambio, existe suficiente evidencia de las consecuencias negativas sobre la presión arterial.	C
Fumar THC antes del ejercicio empeora la capacidad de trabajo, reduciendo significativamente la duración del ejercicio físico	C



Fumar THC antes del ejercicio empeora la capacidad de trabajo, reduciendo significativamente la duración del ejercicio físico	C
Existe poca evidencia científica que asigne como efecto terapéutico la broncodilatación inducida por el THC sobre la práctica deportiva.	C
El THC tiene efectos ansiolíticos en bajas dosis, que puede llevar a los atletas a usarlo para aliviar la ansiedad antes, durante y después del entrenamiento o de una competición.	C
Los cannabinoides poseen efectos analgésicos, por lo que podrían desempeñar un papel en el manejo del dolor después de una lesión.	D
La administración aguda o crónica de cannabis aumenta el metabolismo cerebral en algunas regiones de la corteza prefrontal y otras áreas subcorticales. Esta activación metabólica se asocia con un mayor esfuerzo cerebral durante la realización de tareas ejecutivas.	C



Los resultados de los estudios de neuroimagen evidencian efectos perjudiciales del cannabis sobre el control inhibitorio, la atención y la toma de decisiones. Ello implica manifestar mayores dificultades para inhibir respuestas automatizadas y para tomar decisiones adaptativas a las diferentes situaciones del ambiente.	C
Los estudios que evalúan la impulsividad a través de la escala de Barrat (BIS-11) concluyen que los consumidores agudos de cannabis presentan una mayor tendencia a tomar decisiones rápidas (impulsividad cognitiva), a actuar sin pensar (impulsividad motora), y a tener mayor preferencia por obtener recompensas inmediatas más pequeñas que esperar un tiempo para lograr recompensas mayores (impulsividad no planeada). Los consumidores crónicos solo destacaron en impulsividad no planeada.	C



Existe un efecto de umbral, puesto que se observan mayores alteraciones funcionales y estructurales con consumos prolongados e intensivos y con una edad de inicio más temprana (antes de los 16 años).

C

Los hombres presentan mayores déficits en la impulsividad que es inducida por agonistas parciales del receptor CB1 en la corteza prefrontal, ya que poseen mayor densidad de receptores CB1 en la corteza prefrontal que las mujeres.

C



CLÍNICA DEL SISTEMA NERVIOSO
RENOVAR S.A.S.

NIT 822.001.338-0

Conclusiones	Grado de recomendación
La literatura científica coincide en la existencia de una tendencia hacia un peor desempeño en tareas ejecutivas relacionadas con la impulsividad entre los consumidores de cannabis.	B
La calidad de vida es menor entre las personas que consumen cannabis, siendo más prominente este empeoramiento entre los consumidores frecuentes o heavy users y entre los sujetos que cumplen los criterios de un TUC. Este hallazgo refleja un efecto de umbral sobre el impacto del cannabis en la calidad de vida.	C
A pesar de mostrar mejoras en la calidad de vida los usuarios frecuentes (heavy users) o los diagnosticados con un TUC después de dejar de consumir, no alcanza el nivel de la calidad de vida de los no consumidores.	C
La literatura no identifica ninguna población de consumidores en la que el consumo de cannabis esté asociado con una mejor calidad de vida.	C
Se desconoce si una menor calidad de vida lleva hacia el consumo de cannabis, o si el consumo de cannabis deriva en una peor calidad de vida (ausencia de una relación causal).	C

Grados de recomendación: A = Alto; B = Moderado; C = Bajo; D = muy bajo



DANDO TRAZABILIDAD A LA PRESENTACIÓN
SE RECOMIENDA HACER LECTURA DE LA GUÍA
CLÍNICA DE CANNABIS, GUÍAS CLÍNICAS
SOCIDROGALCOHOL BASADAS EN LA
EVIDENCIA CIENTÍFICA



CLÍNICA DEL SISTEMA NERVIOSO
RENOVAR S.A.S.

NIT 822.001.338-0