

RESUMEN INFORME OMS:

Los efectos sociales y de salud del consumo de cannabis no médico



La OMS (a través de su Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias) organizó una reunión de expertos los días 21 y 23 de abril de 2015 para revisar y resumir los conocimientos disponibles sobre los efectos del consumo no medicinal de cannabis en la salud y el funcionamiento psicosocial. La reunión fue organizada por el Ministerio de Salud y Asuntos Sociales de Suecia.

OMS (traducido y resumido por ASPCAT) | Fuente original: <http://drogues.gencat.cat> | 30/01/2017

Nota: artículo original publicado en <http://drogues.gencat.cat/es/actualitat/noticies/>

El cannabis es globalmente la sustancia psicoactiva más comúnmente utilizada bajo control internacional (entre las sustancias ilegales). En 2013, se estima que 181,8 millones de personas de 15 a 64 años utilizaron cannabis para fines no médicos a nivel mundial (intervalo de estimación entre 128,5 i 232,1 millones) (UNODC, 2015). Existe una preocupante demanda creciente por el tratamiento de los trastornos por uso de cannabis y las condiciones de salud asociadas en los países de ingresos altos y medianos, y se ha prestado mayor atención a los efectos en la salud pública del consumo de cannabis y los desórdenes relacionados con los diálogos de política internacional. Todo esto ha contribuido a la decisión de publicar este informe de actualización sobre los efectos sanitarios y sociales del consumo no medicinal de cannabis.

En 1995, la Organización Mundial de la Salud (OMS) convocó una reunión de expertos sobre el cannabis que llevó al desarrollo de un informe sobre las consecuencias para la salud del consumo de cannabis (OMS, 1997). Desde entonces se ha realizado investigación significativa sobre los efectos del consumo de cannabis en la salud.

La OMS (a través de su Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias) organizó una reunión de expertos los días 21 y 23 de abril de 2015 para revisar y resumir los conocimientos disponibles sobre los efectos del consumo no medicinal de cannabis en la salud y el funcionamiento psicosocial. La reunión fue organizada por el Ministerio de Salud y Asuntos Sociales de Suecia. El objetivo de la reunión era examinar las últimas pruebas del impacto del consumo no medicinal de cannabis en la salud, definida por la OMS como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o dolencia. La reunión también abordó las respuestas del sistema de salud a los trastornos del uso de cannabis y otras condiciones de salud causadas o asociadas por el uso no medicinal de cannabis. Se identificaron prioridades para la investigación internacional en estas áreas, pero el uso médico del cannabis y los cannabinoides estaba fuera del alcance de la reunión.

Esta publicación se basa en las contribuciones de una amplia gama de expertos e investigadores de diferentes partes del mundo. El objetivo es presentar los conocimientos actuales sobre el impacto del consumo no medicinal de cannabis en la salud. En el proceso de finalización del presente informe se examinó la actualización sobre el cannabis y hachís (Madras, 2015), encargado por la Secretaría del Comité de Expertos de la OMS sobre la Dependencia de Drogas y presentado en la 37ª reunión de ese Comité de Expertos en Noviembre 2015 (OMS, 2015).

El objetivo del informe técnico es presentar los conocimientos actuales sobre los efectos que tiene el consumo de cannabis recreativo sobre la salud. Así como, la identificación de futuras áreas de investigación en este campo.

PRINCIPALES CONCLUSIONES DEL INFORME

En general, hay menos conocimiento sobre los efectos sociales y de salud del consumo de cannabis recreativo que sobre el consumo del alcohol y del tabaco.

1. ¿Qué sabemos sobre la neurobiología del consumo de cannabis?

- a. Los receptores CB1 (o que responden a THC) se encuentran ampliamente distribuidos en el cerebro, incluyendo las áreas que controlan la atención, la toma de decisiones, la motivación y la memoria.
- b. Estos receptores modulan los efectos de otros sistemas de neurotransmisores.
- c. El consumo de cannabis a corto y largo plazo provoca una inhibición estos receptores de forma que pueden explicar los efectos del cannabis sobre la memoria de trabajo, la planificación y la toma de decisiones. También en la velocidad de respuesta, la precisión, la coordinación motora, el estado de ánimo y la cognición.

2. ¿Qué sabemos sobre la epidemiología del consumo y la dependencia del cannabis?

El cannabis es la droga ilícita más consumida a nivel mundial. En 2013, se estima que 181 800 000 personas entre 15-64 años utilizan cannabis con fines no médicos a nivel mundial (estimaciones 128.5-232.1 millones).

- a. El consumo de cannabis parece ser más común en los países desarrollados que en los países en desarrollo, aunque no hay datos sobre la prevalencia del consumo en el segundo caso.

- b. La edad de inicio del consumo de cannabis en los países desarrollados es hacia la mitad de la adolescencia.
- c. Se observa una tendencia con un alto contenido de THC en las preparaciones de cannabis incautadas en Estados Unidos y algunos países europeos.
- d. La dependencia de cannabis es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que se desarrollan tras un consumo repetido de cannabis. Hay algunos indicios que apuntan a que la prevalencia de la dependencia de cannabis aumentó en todo el mundo entre 2001 y 2010.
- e. Hay un incremento de demandas de tratamiento en muchos países de renta alta y en algunos de ingresos bajos y medios.

3. ¿Qué sabemos sobre los efectos a corto plazo del consumo de cannabis?

- a. El efecto más claro para la salud a corto plazo en relación a la intoxicación de cannabis se caracteriza por alteraciones en el nivel de conciencia, la cognición, la percepción, el afecto o el comportamiento, y otras funciones de respuesta psicofisiológicas.
- b. Una minoría de los consumidores en etapas iniciales de su consumo pueden llegar a presentar ansiedad, ataques de pánico, alucinaciones y vómitos. Cuando se dan estos síntomas los usuarios afectados generalmente suele solicitar atención médica.
- c. Durante la intoxicación la conducción se encuentra afectada y hay un mayor riesgo de lesiones de tráfico.
- d. Existe cierta evidencia de que el consumo de cannabis puede desencadenar problemas coronarios. Informes recientes sobre historias médicas y estudios de casos sugieren que fumar cannabis puede aumentar el riesgo de enfermedades coronarias en fumadores jóvenes que tienen un riesgo de estas enfermedades relativamente bajo.

4. ¿Qué sabemos sobre los efectos a largo plazo de los consumidores habituales de cannabis?

- a. Los consumidores habituales de cannabis pueden desarrollar una dependencia hacia la sustancia. El riesgo puede ser alrededor de 1 de cada 10 de los que ha consumido alguna vez cannabis, 1 de cada 6 entre los usuarios adolescentes, y 1 de cada 3 entre los consumidores diarios.
- b. El síndrome de abstinencia de la dependencia de cannabis está bien documentado.
- c. La evidencia revela que el consumo habitual de cannabis durante la adolescencia se asocia a consecuencias más graves y persistentes que el consumo habitual durante la edad adulta.
- d. En una serie de estudios prospectivos se observa que existe una relación dosis-respuesta entre el consumo de cannabis en la adolescencia y el riesgo de desarrollar síntomas psicóticos o esquizofrenia.
- e. La asociación entre el consumo de cannabis y la psicosis o la esquizofrenia ha sido reconocida desde hace más de dos décadas en al menos cinco formas:
- y. El cannabis produce una gama completa de los síntomas positivos, negativos y cognitivos, similares a la esquizofrenia transitoria en algunos individuos sanos.

i. En aquellas personas con un trastorno psicótico, el consumo de cannabis puede empeorar los síntomas, desencadenar recaídas y tener consecuencias negativas en el curso de la enfermedad.

ii. En consumos muy altos, los individuos vulnerables en la población general pueden desarrollar una enfermedad psicótica que se asocia con la edad de inicio del consumo, la potencia del THC en el cannabis, la frecuencia y duración del consumo.

iii. El consumo de cannabis se asocia con la aparición precoz de la esquizofrenia. Es probable que la exposición al cannabis actúe como una "factor precipitante" que interactúe con otros factores para desarrollar la esquizofrenia o un trastorno psicótico, pero no sea necesario ni suficiente para hacerlo solo. Los síntomas de la esquizofrenia aumentan con el consumo de cannabis y la potencia. La magnitud de los síntomas se asocia con la cantidad utilizada y la frecuencia de consumo.

v. El consumo diario en la adolescencia y la adultez temprana se asocia con una variedad de efectos negativos para la salud y para el funcionamiento. Estos incluyen:

1. abandono precoz de los estudios.
2. discapacidad cognitiva
3. mayor riesgo de consumo de otras drogas ilícitas
4. mayor riesgo de síntomas depresivos
5. aumento de las tasas de ideación y comportamiento suicida.

Aunque, queda por determinar cuál de estas asociaciones son causales.

f. A largo plazo fumar cannabis produce los síntomas de la bronquitis crónica y aguda, así como lesiones microscópicas en las células de revestimiento bronquial, pero no parece producir EPOC.

g. A largo plazo, fumar grandes cantidades de cannabis puede potencialmente desencadenar infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares en jóvenes consumidores de cannabis.

h. Fumar cannabis con tabaco puede aumentar el riesgo de cáncer y otras enfermedades respiratorias, pero ha sido difícil identificar si los fumadores de marihuana tienen un riesgo más alto, por encima de la de los fumadores habituales de tabaco.

y. Hay evidencia que sugiere que el cáncer testicular está vinculado a fumar cannabis y este vínculo potencial se debe investigar más a fondo.

5. ¿Qué sabemos sobre la prevención y el tratamiento?

a. Las intervenciones preventivas basadas en la evidencia deben cubrir desde la prevención universal hasta la selectiva e indicada.

b. La prevención familiar integral que incluye la formación de las madres y los padres, los niños y la familia en su conjunto se ha observado eficaz en la reducción del consumo de cannabis a lo largo de la vida y en el consumo en el último año en los adolescentes.

c. Los programas de habilidades para la vida que combinan un plan de estudios de competencia social, como los enfoques de influencia social reducen el consumo de cannabis a los 12 meses de seguimiento

- d. Los programas sociales interactivos dirigidos a los jóvenes vulnerables son eficaces en la reducción del consumo de cannabis en el mes anterior de la intervención.
- e. Una sola sesión de intervención psicológica breve de 30-45 minutos aumenta las posibilidades de dejar el consumo de cannabis en aquellas personas que no presentan dependencia.
- f. Muchas personas con trastornos de consumo de cannabis abandonan el consumo de cannabis sin tratamiento.
- g. Para las personas que son dependientes de cannabis, las intervenciones familiares son eficaces para los adolescentes, y la Terapia cognitivo conductual, Terapia motivacional y la Terapia centrada en la resolución de problemas son eficaces para los adultos