



## Red Científica Iberoamericana

La Red Científica Iberoamericana (RedCIbe) difunde los avances médicos y de la salud de América Latina, España y Portugal que contribuyen al progreso de las ciencias médicas de la región.

La RedCIbe, como parte integrante del programa Actualización Científica sin Exclusiones (ACISE), publica en esta sección de Salud(i)Ciencia entrevistas, artículos e informes territoriales o especializados de calificados profesionales comprometidos con la salud de Iberoamérica.

# El consumo de cannabis en la población española: de la *infoxicación* a la evidencia científica

## *Cannabis use in the Spanish population: from intoxication to scientific evidence*

Manuel Isorna Folgar

Doctor en Psicología, Profesor, Facultad de Educación y Trabajo Social, Universidad de Vigo, Ourense, España

### Acceda a este artículo en siicsalud

[https://www.siicsalud.com/acise\\_viaje/ensiicas.php?id=173388](https://www.siicsalud.com/acise_viaje/ensiicas.php?id=173388)



Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales del autor.



[www.dx.doi.org/10.21840/siic/173388](http://www.dx.doi.org/10.21840/siic/173388)



El cannabis continúa siendo la sustancia ilegal más consumida, tanto en España como en el conjunto de los países de la Unión Europea. Se estima que más de 22 millones de adultos europeos han consumido cannabis en el último año, el 1% de los adultos europeos prácticamente a diario, y, en el caso de España, ese porcentaje es de más del doble (2.1%).<sup>1</sup>

Según el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones,<sup>2</sup> se estima que en el último año han comenzado a consumir cannabis 155 800 estudiantes de 14 a 18 años, con un número de mujeres ligeramente mayor (83 200) que de varones (72 600). La edad de inicio del consumo de esta droga comienza antes de los 15 años. Entre los estudiantes, el 22.2% admite haber consumido cannabis en los últimos 12 meses, y un 14.9% en los últimos 30 días.

Entre aquellos que han consumido cannabis en el último año y han contestado el *Cannabis Abuse Screening Test* (CAST),<sup>3,4</sup> el 63.2% presenta una puntuación de 0 a 1, el 19% una puntuación de 2 a 3 y el 17.8%, una puntuación de 4 o más (posible consumo problemático).<sup>2</sup> Entre

la población de 14 a 18 años, se estima que 73 173 jóvenes hacen un consumo problemático, lo que representa el 3% de la población en este rango de edad y el 17.8% de los que han consumido en el último año.

En cuanto a la población de entre 15 y 64 años, se estima que 237 000 personas empezaron a consumir cannabis en el último año; el mayor inicio de consumo tiene lugar entre los hombres menores de 25 años.<sup>2</sup> En 2020, aproximadamente 591 798 personas de 15 a 64 años tenían un consumo problemático de cannabis ( $\geq 4$  puntos en la escala CAST), lo que se corresponde con el 1.9% de toda la población de 15 a 64 años; el porcentaje es mayor entre los hombres (3%) que entre las mujeres (0.9%), así como entre los menores de 34 años (3.4%) que entre los mayores de esta edad (1.2%)<sup>2</sup> (Tabla 1).

**Tabla 1.** Características más destacables de los consumidores de cannabis en los últimos 30 días (OEDA, 2022a).

Características	Valores
Prevalencia de consumo	8%
Sexo	71.1% hombres
Grupo de edad con mayor consumo (15.9%)	15-24 años
Tipo	
Marihuana	48.7%
Hachís	20.6%
Hachís + marihuana	30.8%
Cannabis + tabaco	86.9%

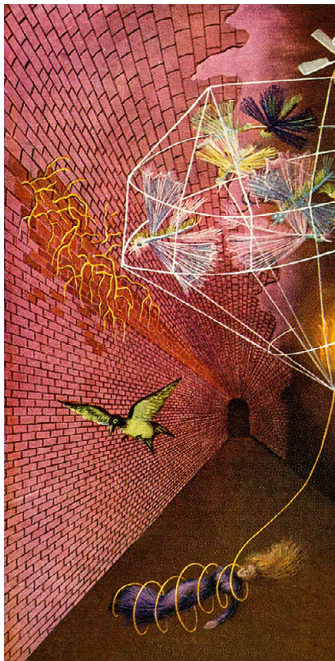
En relación con la cantidad consumida, los estudiantes que han fumado cannabis en el último mes reconocen que, por día, fuman un promedio de 3.3 porros. Por sexo, se aprecia que los chicos fuman, en promedio, un porro más que las chicas (3.7 frente a 2.7, respectivamente). Por edades, la cantidad media consumida de porros oscila entre 3 a los 14 años y 4 en el grupo de los 18 años. En la población de 15 a 64 años, el 2.9% reconoce haber consumido cannabis diariamente en el último mes. Analizando la prevalencia de consumo de cannabis en el último año en función del sexo y de la edad, esta es más común entre los hombres que entre las mujeres (14.6% y 6.3%, respectivamente), situación que se repite en todos los tramos de edad.<sup>2,5</sup>

En cuanto a la forma en la que se consumió el cannabis el último mes,<sup>2,5</sup> la mitad fumaron principalmente marihuana (sobre todo chicas y en el grupo más joven de edad), un 33.5% consumió tanto marihuana como hachís (sobre todo los chicos y los adolescentes de 17 años) y el 16.7% utilizó principalmente hachís (en especial las chicas). Por otra parte, conviene resaltar que cerca de 9 de cada 10 estudiantes (87.7%), cuando fuman cannabis, lo suelen mezclar con tabaco. Esta forma está implementada en ambos sexos y en todas las edades; así, el 86.9% de la población de entre 15 y 64 años fumadora de cannabis en el último mes reconoce la mezcla de tabaco y cannabis, lo que contribuye a crear una fuerte asociación entre el consumo de ambas sustancias.<sup>6,7</sup>

Es importante destacar que el daño causado es inversamente proporcional a la edad de inicio, de manera que es cuatro veces mayor si se inicia a los 15 años (actual edad promedio de inicio en el consumo en España) que si se hace a los 26 años; por ejemplo, se estima que hasta el 8% de la incidencia de esquizofrenia en la población adulta fumadora podría estar relacionada con el consumo de cannabis en jóvenes.<sup>8,9</sup> Incluso, se ha demostrado que el uso de cannabis de manera únicamente puntual puede producir cambios estructurales y cognitivos en el cerebro de los adolescentes.<sup>10</sup> También se asocia con aumento del riesgo de padecer trastornos del comportamiento y psicosis, el cual aumenta a medida que mayor es la frecuencia de consumo y mayor la potencia del cannabis utilizado.<sup>8</sup> Sin lugar a duda, la evidencia científica sobre los riesgos y las consecuencias orgánicas, psíquicas y sociales asociadas con su uso es cada vez más robusta.<sup>11-13</sup>

El elevado consumo de esta droga se refleja en las admisiones a tratamiento; en 2019, 14 202 personas iniciaron tratamiento por abuso o dependencia a cannabis; de ellas, 10 372 acudían por primera vez. El uso de cannabis es el segundo motivo de tratamiento en la población general por consumo de drogas ilegales, detrás de la cocaína, pero el primero entre los menores de edad (95.2% de todos los menores de 18 años admitidos a tratamiento). La mayoría de las personas que inician tratamiento por cannabis son hombres, pero la proporción de los ingresados por cannabis es mayor entre las mujeres (33.2%) que entre los hombres (27%).<sup>2</sup>

En 2019 se recogió una muestra de 5352 episodios de urgencia; en casi la mitad de estos, el cannabis estaba re-



lacionado con el motivo de la urgencia. Esto implica que esta droga, junto con la cocaína, son las sustancias que más urgencias generan (50.6% y 50.7%, respectivamente). La edad promedio de los atendidos en esta muestra de urgencias por el consumo de cannabis fue de 30.9 años. Por sexos, se observó que el cannabis estaba presente prácticamente en el mismo porcentaje de episodios en hombres (50.8%) que en mujeres (50.2%).<sup>2</sup> Por otro lado, en 2020 el cannabis se identificó en el 22.4% de las muertes por reacción aguda a drogas, notificándose 195 defunciones en las que el cannabis estaba presente, en 3 casos como sustancia única y, con independencia de la detección de otras, con alcohol en el 25.8% de estos casos, con cocaína en el 55.9%, con hipnosedantes en el 62.7% y con opioides en el 66.5%.<sup>2</sup>

Por lo que se refiere a la concentración media de tetrahidrocannabinol (THC) en la resina decomisada en España, ha pasado del 12.4% en 2002, a un máximo histórico en 2020, con el 28.9%. En el caso de la marihuana decomisada, este aumento fue todavía mayor, ya que pasó del 4.5% en 2002 a casi el triple (12%) en 2020. Sin embargo, apenas se ha observado una tendencia al alza del precio promedio del gramo de la resina de hachís, que en el año 2000 era de aproximadamente 4 euros y en 2020 alcanzó los 5.57 euros. La marihuana, en el mismo período, ha pasado de 2.50 euros a 5.09 euros.<sup>5</sup>

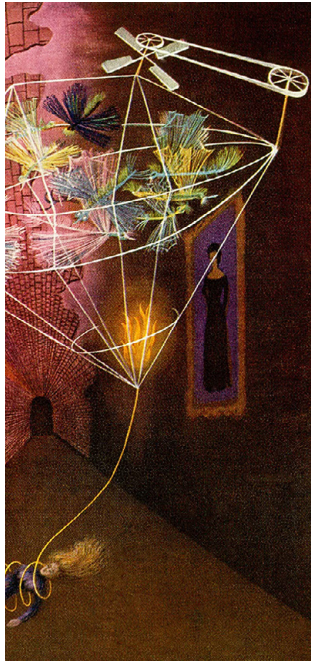
Cabe destacar que el vínculo establecido entre la frecuencia de consumo, la potencia del THC y el inicio de los episodios psicóticos está bien documentada científicamente.<sup>9,14-16</sup> Estos estudios muestran que las personas que habían comenzado a consumir cannabis a los 15 años o menos, tenían aparición más temprana de psicosis que aquellas que habían comenzado después de los 15 años; asimismo, el uso de cannabis de alta potencia también estaba relacionado con un inicio más temprano. Los usuarios diarios de cannabis de alta potencia comienzan con síntomas de esquizofrenia un promedio de 6 años más temprano que aquellos que no consumen cannabis.<sup>14</sup> No obstante, hay pruebas considerables de que una predisposición genética a la esquizofrenia se asocia con mayor uso de cannabis,<sup>17</sup> lo que sugiere que parte de la correlación entre la esquizofrenia y el cannabis se debe a la etiología genética compartida.<sup>18</sup> Asimismo, investigaciones recientes indican que el consumo puntual de cannabis con un alto contenido en THC perjudica la capacidad cognitiva, en particular la memoria y el procesamiento emocional,<sup>19</sup> situación que se agrava en la actualidad debido a la existencia de una relación directa entre el aumento de la potencia (THC) y el descenso de la concentración de cannabidiol (CBD);<sup>20,21</sup> en consecuencia, el contenido menor de CBD hace que disminuya el efecto protector que genera este principio activo, en contraposición con los perjuicios inducidos por el THC en el procesamiento emocional y la memoria.<sup>19</sup> Muestras analizadas de resina de hachís en Madrid indican que las tres cuartas partes de estas tienen un contenido de THC superior al 15%, y más de un tercio de dichas muestras presentaron una potencia muy alta (con un contenido en

THC superior al 25%), es decir, estarían dentro del Grupo I o drogas con "riesgo inaceptable" para la salud.<sup>22</sup> También, el consumo de cannabis supone mayor riesgo de presentar trastornos psicológicos,<sup>23</sup> especialmente cuando su inicio es temprano,<sup>24</sup> así como de tener consecuencias para el desarrollo cognitivo de los adolescentes, además de en su rendimiento académico y futura inserción laboral.<sup>25</sup> De igual manera, el uso de cannabis se ha asociado claramente con problemas neuropsicológicos<sup>26</sup> y psicosis.<sup>16</sup>

El consumo de cannabis también es frecuente entre los pacientes con trastorno bipolar<sup>27</sup> y, aunque con menor respaldo empírico, con trastornos afectivos.<sup>9</sup> Cabe destacar que el uso regular de cannabis se asocia con dependencia, hallándose que aproximadamente entre uno y dos consumidores regulares de cada diez la presentarán, con un riesgo mayor si se han iniciado en la adolescencia.<sup>16</sup> Todo ello remarca la importancia de retrasar la edad de inicio del consumo de esta sustancia.

Aunque tradicionalmente se ha identificado el uso de cannabis con hombres jóvenes, la tendencia actual muestra que las tasas de consumo de la sustancia, a lo largo de los años, se están equiparando entre ambos sexos. Concretamente en España, la proporción de mujeres jóvenes consumidoras de cannabis ha aumentado de manera considerable, pasando de 15.25% en 1994 a 21.8% en 2021; las tasas referidas para los chicos no han sufrido un aumento tan marcado (21.2% en 1994 a 22.6% en 2021).<sup>2</sup> En cuanto al consumo por edades en las chicas, este pasa del 6.5% a los 14 años al 22% a los 18 años. Aunque el uso en estas edades es de carácter más esporádico, alcanza una frecuencia de 20 o más días en el 2.1% de los alumnos y en el 1.1% de las alumnas.<sup>5</sup>

La literatura ha puesto de manifiesto que los motivos por los que se inicia y las consecuencias ocasionadas por el consumo de cannabis son diferentes en hombres y mujeres. Las adolescentes tienen una percepción de riesgo mayor ante el uso de esta sustancia.<sup>28</sup> Por otra parte, el sistema receptor cannabinoide endógeno, la metabolización del cannabis y los efectos subjetivos informados no son iguales para hombres y mujeres.<sup>29</sup> Varios estudios muestran también las diferencias de sexo en cuanto al consumo de cannabis; así, las mujeres progresan más rápidamente desde el uso inicial hasta la dependencia,<sup>30</sup> presentan peores resultados en el tratamiento<sup>31</sup> y experimentan sintomatología de abstinencia de mayor gravedad.<sup>32</sup> La evidencia sugiere que el sistema endocannabinoide, principal sistema neurobiológico implicado en los efectos reforzantes del THC, es sexualmente dimórfico<sup>33</sup> y podría explicar la variabilidad entre sexos.<sup>34</sup> También se ha puesto de manifiesto que las intervenciones farmacológicas para tratar un trastorno por consumo de cannabis tienen una eficacia diferente para cada sexo; las mujeres son más sensibles a los efectos adversos del cannabis a nivel cerebral,<sup>35</sup> presentan dependencia a esta sustancia más rápida que los hombres y sufren peores síntomas de abstinencia.<sup>31</sup> En la literatura se han señalado factores y mecanismos explicativos de la utilización de cannabis dependientes de la interacción entre el sexo y la edad del individuo.<sup>36</sup> A esta mayor vulnerabilidad se la denomina



*telescoping*, dado que su progresión desde los primeros consumos hasta la aparición de dependencia u otros problemas es mucho más rápida.<sup>37-40</sup>

En cuanto al modo de consumo del cannabis, el porro o canuto es la forma más extendida, seguido del uso pipas de agua, "bongs", cachimbas o "shishas", aunque mucho menos habitual (10.3%). Según los expertos, esta forma emergente de fumar, con inhalaciones profundas y la posterior contención de la respiración, implica enviar más humo a los pulmones y, por lo tanto, mayor cantidad de THC, lo cual amplifica su efecto debido principalmente a sus propiedades broncodilatadoras.<sup>41,42</sup> De esta forma, el uso de la cachimba no solo supone un efecto más rápido y de mayor intensidad del cannabis,<sup>43</sup> sino que se relaciona directamente con el nivel de dependencia<sup>44</sup> y con mayor incidencia de enfermedades respiratorias,<sup>45</sup> además de constituir un claro indicador de un pat-

trón de consumo subyacente realmente problemático.<sup>46</sup>

Con respecto a las nuevas formas de consumo del cannabis añadidas a las tradicionales, como la fumada y la vaporizada, destacan el *hotboxing* (el submarino), que consiste en la inhalación, por parte de varios usuarios, del humo o el aerosol de la marihuana, del hachís o del *butane hash oil* (BHO) en un espacio cerrado y pequeño, entre los que se incluyen automóviles, cascos de moto gigantes, despensas, cabinas telefónicas, tiendas de campaña o armarios.<sup>47</sup> Puede ser peligroso por la acumulación de CO<sub>2</sub>, el incremento de otras toxinas y la transmisión de enfermedades.<sup>48</sup> Otra práctica en aumento es el *shotgunning*, que consiste en inhalar humo de drogas ilícitas y luego exhalarlo directamente en la boca de otra persona.<sup>49</sup> Se relaciona con mayor gravedad de la adicción y más conductas de riesgo, dado que existe escasa conciencia entre estos consumidores del riesgo de transmisión de enfermedades por vía respiratoria.<sup>50</sup> Tanto el *hotboxing* como el *shotgunning* son formas de consumo social y se han vinculado con la transmisión de enfermedades infecciosas como la tuberculosis.<sup>48,51</sup> Cocinar/hornear (galletas, pasteles, *brownies*) es el método más popular, después de fumar, entre los jóvenes; así, el 1.4% ha ingerido THC mediante alguno de estos productos en los últimos 30 días (2% de los chicos y 0.7% de las chicas). Debido a que la absorción es más lenta, el inicio de los efectos se retrasa (con una concentración plasmática máxima media 1 a 2 horas después de la ingestión, en contraste con los 5 a 10 minutos para las concentraciones plasmáticas máximas si se fuma), pero la duración de la intoxicación es más larga.<sup>52</sup>

Como consecuencia de los efectos retardados de los comestibles, es posible que se ingieran varias porciones seguidas antes de experimentar el "subidón" de la porción inicial. El consumo de una gran dosis de THC puede dar lugar a mayor concentración de este, mayor intoxicación y mayor riesgo de efectos adversos.<sup>53</sup> Por otra parte, el *dabbing* es una forma de consumir un concentrado de cannabis en forma de aceite, también denominado *budder*, *dab*, *shatter* o BHO. Su extracción implica llevar adelante un proceso muy peligroso y complejo que involucra químicos altamente inflamables, como gas bu-

tano o dióxido de carbono. Como resultado, se obtiene un aceite pegajoso, o *dab*, que puede alcanzar hasta un 80% de THC, en comparación con un 5% a 20% en los derivados de los cannabis tradicionales.<sup>54</sup> El *dab* se añade al dispositivo de *dabbing*, se calienta y, posteriormente, se nebuliza y se convierte en un aerosol que se inhala profundamente en una sola bocanada y se mantiene en los pulmones durante varios segundos.<sup>55</sup> Debido a su elevada concentración de THC, los riesgos de dependencia e intoxicación son muy altos.<sup>56</sup> La vía de administración del cannabis debe ser tenida en cuenta porque los efectos psicotrópicos ocurren dentro de los minutos posteriores a la inhalación por vía fumada, y perduran de 2 a 4 horas, mientras que los efectos psicotrópicos del consumo oral generalmente ocurren dentro de los 30 a 60 minutos y duran hasta 12 horas.<sup>57</sup> Otras formas de uso con arraigo entre los usuarios de cannabis son: cannabis macerado en alcohol, que consiste básicamente en obtener una tintura de aceite de hachís con alcohol; infusiones de cannabis, o por vía transdérmica a través de cremas o supositorios.<sup>58,59</sup>

Difícilmente se podría haber llegado a esta situación sin la alta dosis de tolerancia y permisividad social que rodea desde hace años al consumo de cannabis en medio mundo. La industria cannábica emergente, a través de un proceso de *rebranding* (conjunto de acciones que implican un cambio de logo, de nombre, de tipografía, de mensaje, o la combinación de las anteriores, para así modificar la opinión de los clientes de la marca o del producto), en la última década ha inoculado en una buena parte de la sociedad –incluida la clase política– una percepción social de que fumar o consumir cannabis y sus derivados no genera problemas personales, familiares ni sociales, sino más bien todo lo contrario: es fuente de riqueza, ingresos fiscales y empleos y, por supuesto, es terapéutico. El cannabis es la droga ilegal que se considera más accesible, y casi un 70% de los alumnos piensa que es fácil o muy fácil adquirirlo. El 42% de los estudiantes manifiesta que le han ofrecido cannabis en el último año. A pesar de la sólida evidencia disponible, sigue sin existir una conciencia clara de los problemas que su utilización puede generar a distintos niveles, especialmente cuando se inicia a edades tempranas.

### Las falacias y *fake news* sobre el consumo “recreativo” y “medicinal” del cannabis

Desde hace décadas, pero con especial énfasis en los últimos tiempos, la proliferación de noticias falsas sobre las propiedades presuntamente sanadoras del cannabis se han visto incrementadas.

La publicidad distribuida por las tiendas físicas y en línea, así como la difusión en ferias, foros, *webs* y por las opiniones vertidas por los propios consumidores en clubes cannábicos, grupos de presión, defensores de su legalización en foros especializados e incluso ciertos políticos (independientemente de su ideología), han contribuido a crear este estado de opinión favorable hacia su uso en una parte de la ciudadanía. Para ello, han utilizado estrategias muy cuestionables, pero efectivas, como: comparaciones con países y legislaciones diferentes, opiniones de los propios consumidores y, sobre todo, referencias de estudios más que discutibles por su escasa validez científica y con sesgos evidentes.<sup>60,61</sup> Conviene subrayar<sup>25</sup> que, en la mayoría de las ocasiones, las conclusiones a las que llegan ciertas investigaciones no se sintetizan, traducen o comunican de manera adecuada a los encargados de for-

mular políticas, al personal sanitario y a los profesionales de entidades asociadas. En este sentido, existe una diferencia con otras sustancias, como el alcohol y el tabaco, pues el riesgo inherente a su uso no puede determinarse ya que no existen estándares aceptados para un “consumo seguro”, ni tampoco dosis adecuadas disponibles para orientar a los usuarios.

Como se ha comentado, cada cierto tiempo aparecen publicadas propiedades potencialmente terapéuticas de algunos cannabinoides, no del cannabis propiamente dicho –que no es lo mismo–. La tendencia actual, en aquellos que defienden el uso del “cannabis terapéutico”, es huir de disertar sobre los efectos del THC y abogan principalmente por los efectos del CBD, del cannabinal (CBN) y del cannabigerol (CBG). Pero no todos, porque hay quienes siguen alabando y manifestando las propiedades de la “marihuana” o el “porro”, sin excepciones ni fracciones.

A algunas personas enfermas en las que el tratamiento tradicional hospitalario que reciben ha fracasado o no ha sido el esperado, la búsqueda de terapias alternativas las ha llevado a la utilización de preparaciones derivadas del cannabis. Así, determinados individuos que padecen enfermedades neurológicas como Parkinson, esclerosis múltiple, epilepsia pediátrica y esclerosis lateral amiotrófica (ELA); dolor crónico; vómitos y náuseas causados por la quimioterapia; algunos cuadros oncológicos; fibromialgia; glaucoma; pérdida del apetito en afecciones como el sida, y hasta ciertos síntomas de la COVID-19, han acabado consumiendo cannabis y sus derivados por diferentes vías. Esto ha sido aprovechado por determinados grupos de presión para que se acelere la legalización de esta sustancia en algunos estados de América, con la excusa incluso de reactivar la economía. Al menos ya nos van advirtiendo por dónde van sus pretensiones. Los que reclaman el mal denominado “uso recreativo” sin paliativos (todo consumo tiene un riesgo; realizarlo en ambientes de ocio o recreativos no le resta peligrosidad), al menos no esconden sus intereses, aunque tampoco miden las consecuencias, especialmente para su propia salud, ni mucho menos para la salud pública. Y es que, como todas las drogas, el cannabis también genera efectos secundarios o tóxicos, los cuales dependerán de la dosis, la vía de administración, el cuadro clínico, la personalidad, la genética y las concentraciones de los distintos cannabinoides.

Esta sobrecarga informativa engañosa, o “infoxicación”, sobre los supuestos beneficios terapéuticos del cannabis llega a la ciudadanía a través de internet, principalmente páginas *web* que, en la mayoría de las ocasiones, son dominios propios de lo que llamamos “movimientos pro-cannábicos”, financiados directa o indirectamente por la industria cannábica. Su objetivo principal es crear en las redes sociales un estado de opinión favorable hacia el consumo del cannabis y su legalización, lo cual repercutirá finalmente en las actitudes y los comportamientos de las personas fuera de la red y, por ende, en la sociedad en general.

En este sentido, se presenta a continuación un resumen de las revisiones Cochrane para tratar de delimitar la evidencia científica sobre el “cannabis terapéutico”, proveniente de la investigación propiamente dicha. Estas revisiones incluyeron distintas enfermedades; resaltaremos las conclusiones de estas, fundamentadas en búsquedas en las principales bases de datos y estudios científicos, siempre valorando los trabajos robustos, de diseño con-

trolado y aleatorizado, con un número de participantes representativo.

La premisa básica fue comprobar si el consumo de cannabis, cannabinoides, o ambos, tiene base científica para aliviar el dolor y otros síntomas somáticos o psicológicos. Estas son las principales conclusiones:

a) Cannabinoides para la fibromialgia (FM): No se hallaron pruebas convincentes, no sesgadas y de alta calidad que indicaran que la nabilona es útil para el tratamiento de los pacientes con FM. La tolerabilidad de la nabilona fue baja en los pacientes con esta enfermedad.<sup>62</sup>

b) Cannabinoides para el tratamiento de la enfermedad de Crohn (EC): Los efectos del cannabis y del aceite de cannabis en la EC no están claros. Por lo tanto, no se pueden establecer conclusiones firmes con respecto a la eficacia y la seguridad de su uso en pacientes adultos con EC activa. No se han investigado los efectos del cannabis ni del aceite de cannabis en la EC inactiva. Se necesitan estudios adicionales, con un gran número de participantes, para evaluar los efectos beneficiosos y perjudiciales potenciales de esta sustancia en la EC. Las investigaciones futuras deben evaluar sus efectos en los pacientes con EC activa e inactiva. Se deben analizar diferentes dosis y vías de administración del cannabis.<sup>63</sup>

c) Cannabinoides para el tratamiento de la colitis ulcerosa (CU): Los efectos del cannabis y del cannabidiol sobre la CU no están claros, por lo que no se pueden establecer conclusiones firmes con respecto a la eficacia o a la seguridad de estas sustancias en los adultos con CU activa. No hay evidencia del uso del cannabis o cannabinoides para el mantenimiento de la remisión en la CU.

Se necesitan estudios adicionales, con un número mayor de pacientes, para evaluar los efectos del cannabis en los pacientes con CU, tanto activa como inactiva, y se deben investigar diferentes dosis y vías de administración. Por último, se requiere un seguimiento para evaluar los resultados de seguridad a largo plazo del consumo frecuente de cannabis.<sup>64</sup>

d) Fármacos con cannabinoides para el dolor neuropático crónico (DNC) en pacientes adultos:<sup>65</sup> No existe seguridad acerca de si la hierba de cannabis reduce la media de la intensidad del dolor (evidencia de muy baja calidad). La hierba de cannabis y el placebo no difirieron en cuanto a la tolerabilidad (evidencia de muy baja calidad).

Los autores concluyeron que los posibles efectos beneficiosos de los fármacos con cannabis (hierba de cannabis, THC obtenido de la planta o sintético, aerosol para la mucosa oral de THC/CBD) sobre el DNC podrían importar más que sus posibles efectos perjudiciales. La calidad de la evidencia para los resultados del alivio del dolor refleja la exclusión de los estudios de personas con antecedentes de consumo de sustancias y otras comorbilidades significativas, así como el tamaño pequeño de las muestras.

Falta evidencia de calidad acerca de que cualquier producto obtenido del cannabis funciona para cualquier DNC. Todos los fármacos con cannabinoides agrupados fueron mejores que el placebo para reducir la intensidad del dolor, los problemas del sueño y los trastornos psicológicos (evidencia de calidad muy baja a moderada).

No se hallaron diferencias entre todos los fármacos con cannabis agrupados y el placebo en la mejoría de la calidad de vida relacionada con la salud, la interrupción

**Tabla 2.** Resumen de la evidencia científica sobre el uso médico del cannabis y los cannabinoides.

Enfermedad/síntomas	Productos evaluados	Fortaleza de la evidencia	Limitaciones
Náuseas y vómitos asociados con la quimioterapia contra el cáncer.	Cannabinoides	Débil	Pocos estudios de comparación con antieméticos más nuevos y eficaces. Las nuevas pautas de quimioterapia producen menos náuseas. Existen pocos datos sobre el uso en otros tipos de náuseas.
Estimulante del apetito en pacientes con emaciación relacionada con el Sida.	Dronabinol/THC	Débil	Ahora hay menos casos relacionados con el sida que puedan tratarse. Existen pocos datos sobre su uso para estimular el apetito en personas con otras enfermedades.
Espasmos musculares en pacientes con esclerosis múltiple.	Nabiximoles	Moderada	Los pacientes refieren disminuciones, pero el efecto en las puntuaciones clínicas es más limitado.
DCNO, incluido el dolor neuropático.	Cannabis y cannabinoides	Moderada	Efecto pequeño (pero estadísticamente significativo) en comparación con un placebo.
Cuidados paliativos para el cáncer.	Cannabinoides	Insuficiente	Se necesitan ensayos más extensos y mejor diseñados.
Epilepsia infantil resistente al tratamiento.	CBD	Moderada	Pruebas a favor del uso como tratamiento complementario en síndrome de Dravet o de Lennox-Gastaut. Se necesitan más estudios para investigar la posología, las interacciones y el uso en personas con otras formas de epilepsia.
Otros usos médicos, como trastornos del sueño, trastornos de ansiedad, depresión, trastornos neurológicos degenerativos y enfermedad inflamatoria intestinal.	Cannabis o cannabinoides	Insuficiente	Algunos datos de los efectos a corto plazo en algunos trastornos (por ej., trastornos del sueño), pero se necesitan ensayos más extensos y mejor diseñados, con un seguimiento más prolongado.

CBD, cannabidiol; DCNO, dolor crónico no oncológico.

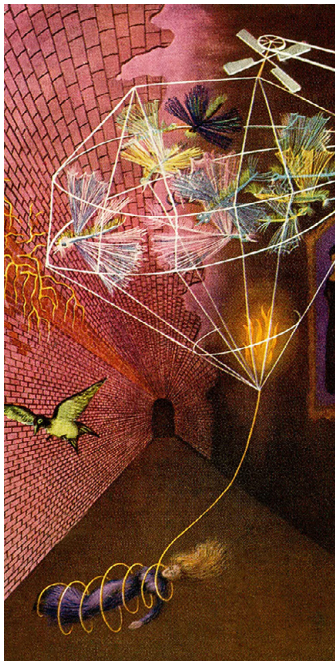
Fuente: Observatorio Europeo Drogas y Toxicomanías (2018).

de la medicación por falta de eficacia y la frecuencia de efectos secundarios graves (evidencia de baja calidad). Una parte importante de los pacientes informaron más somnolencia, mareos y problemas mentales (p. ej., confusión) con todos los fármacos con cannabis agrupados que con placebo (evidencia de baja calidad). Hubo evidencia de calidad moderada de que más participantes abandonaron el tratamiento debido a los efectos secundarios con los fármacos con cannabis que con placebo. La hierba de cannabis no fue diferente del placebo para el alivio del dolor, así como no fue distinto el número de pacientes que abandonaron debido a los efectos secundarios (evidencia de muy baja calidad).<sup>65</sup>

e) Usos médicos de derivados del cannabis para la reducción de la morbilidad y mortalidad en pacientes con VIH/sida: Se ha afirmado que fumar o ingerir cannabis, ya sea en su forma natural o artificial (fármaco elaborado de forma farmacéutica como dronabinol), mejora el apetito en las personas con sida, provoca aumento de peso y mejora el estado de ánimo y, por ende, la calidad de vida. A pesar de que el dronabinol fue registrado por algunas autoridades reguladoras de medicamentos para el tratamiento de la anorexia asociada con el sida, y algunas jurisdicciones permiten el uso "médico" de la marihuana por parte de los pacientes con infección por VIH/sida, faltan pruebas acerca de la eficacia y la seguridad del cannabis y los cannabinoides en este contexto. Los estudios realizados han sido de corta duración, con cantidad reducida de pacientes, y se han centrado en medidas de eficacia a corto plazo. Aún deben presentarse datos a largo plazo que muestren un efecto sostenido sobre la morbilidad y la mortalidad relacionadas con el sida y sobre la seguridad en los pacientes que reciben un tratamiento antirretroviral efectivo. No se conoce si las pruebas disponibles son suficientes para justificar una revisión general de la práctica reglamentaria de los medicamentos.<sup>66</sup>

Con todo ello se puede concluir que, actualmente, no se dispone de datos suficientes para justificar cambios generales en el estado reglamentario actual acerca del cannabis o los cannabinoides sintéticos. En esta misma línea, creemos importante destacar que, en la Unión Europea, ninguno de los países que permiten el uso médico de preparados con cannabis recomienda consumirlos fumados<sup>67</sup> (Tabla 2).

Una revisión sistemática y metanálisis de 2019<sup>68</sup> utilizó búsquedas en Medline, Embase, PsycINFO, el Registro Cochrane Central de Ensayos Clínicos Controlados y la Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas, de trabajos publicados entre el 1 de enero de 1980 y el 30 de abril de 2018, en la que se incluyeron algunos de los estudios mencionados más arriba; entre las conclusiones más importantes destacan que: "se ha sugerido que los cannabinoides medicinales, incluidos el cannabis medicinal y los cannabinoides farmacéuticos y sus derivados sintéticos, como el tetrahidrocannabinol (THC) y el cannabidiol (CBD), tienen un papel terapéutico en ciertos trastornos mentales. Analizamos la evidencia disponible para determinar la efectividad y seguridad de todos los



tipos de cannabinoides medicinales en el tratamiento de los síntomas de varios trastornos mentales. Hay escasas pruebas que sugieren que los cannabinoides mejoran los trastornos y síntomas depresivos, los trastornos de ansiedad, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, el síndrome de Tourette, el trastorno por estrés postraumático o la psicosis. Hay muy baja evidencia de calidad de que el THC farmacéutico (con o sin CBD) conduce a una pequeña mejora en los síntomas de ansiedad entre las personas con otras condiciones médicas. Sigue siendo insuficiente la evidencia para proporcionar orientación sobre el uso de cannabinoides para el tratamiento de trastornos mentales dentro de un marco regulatorio. Se necesitan más estudios de alta calidad que examinen directamente el efecto de los cannabinoides en el tratamiento de trastornos mentales."

Hemos realizado una revisión de los últimos artículos sobre la utilización terapéutica del cannabis, algunos en el campo de la neuropsicofarmacología,<sup>69</sup> las enfermedades del sistema nervioso central,<sup>70</sup> el dolor,<sup>71</sup> la obesidad<sup>72</sup> y el cáncer,<sup>73</sup> y encontramos que algunos estudios solo se basan en modelos con animales; otros no tienen evidencia suficiente, por lo que los autores aconsejan realizar más investigaciones; incluso una revisión sobre el uso de cannabinoides para el tratamiento para la demencia<sup>74</sup> indica que no existen ensayos controlados y aleatorizados, por lo que concluyen que es muy pronto para postular que los cannabinoides puedan tener un efecto sobre los síntomas y la progresión de la demencia.

Al mismo tiempo, existe evidencia farmacológica y clínica actual basada en medicamentos elaborados por la industria farmacéutica para el tratamiento de distintas enfermedades, pero siempre con prescripción médica. Entre ellos se destaca Sativex®, que contiene THC y CBD en la misma proporción y se utiliza para los síntomas de la esclerosis múltiple, como espasticidad, rigidez y dolor; el dronabinol (Marinol®), indicado en la pérdida de apetito en el VIH, las náuseas y el dolor; la nabilona (Casamet®), basada en delta-9-THC y usada principalmente en las náuseas y los vómitos provocados por la quimioterapia, y Epidiolex®, empleado en las epilepsias infrecuentes.

## Conclusión

El consumo de drogas está muy arraigado en la "cultura" occidental y su uso se relaciona con tradiciones, celebraciones o diversión en espacios de ocio y recreativos. Sin embargo, esto no está exento de riesgos, los cuales dependen de la cantidad, la frecuencia y el patrón de consumo, así como de las características del usuario como la edad, el sexo, los factores genéticos, la personalidad y algunas condiciones de salud. Mientras la evidencia científica acumula pruebas de la toxicidad del cannabis, sigue existiendo una creciente oferta y demanda de esta sustancia, debido principalmente al *rebranding* implementado por la industria en las últimas dos décadas, al aumento de la cantidad de THC en las plantas y "al atractivo" de las nuevas formas o patrones de consumo.

A pesar del mensaje de inocuidad que se está instau-

rando en la población en general, y en particular en los consumidores, los componentes del cannabis, principalmente el THC, interactúan con el cerebro a través de los receptores cannabinoides CB1 y CB2, situados en las áreas encargadas del aprendizaje, la gestión de las recompensas y la toma de decisiones. Como la estructura del cerebro cambia rápidamente durante la adolescencia, los científicos entienden que el consumo de cannabis en ese momento influye en gran medida en la manera en que se desarrollan estos rasgos de la personalidad del usuario. El 17% de los adolescentes que comiencen a fumar cannabis en esta edad van a presentar dependencia, es decir, presentarán serias dificultades para controlar el consumo o no tendrán la capacidad para interrumpirlo cuando lo deseen. En consecuencia, estas personas seguirán consumiendo cannabis a pesar del claro perjuicio de su salud y su bienestar, o la alteración de su desempeño en tareas fundamentales de la vida; asimismo, una parte importante de ellos presentará trastornos psicóticos.<sup>15</sup>

Las maniobras de *rebranding* con el objetivo de facilitar el cambio de percepción social de esta droga ha facilitado el paso de la imagen social del consumidor con cierto desarraigo social y laboral a la de un usuario (incluso, mejor, usuaria) integrado social y laboralmente, con una enfermedad grave a la cual la medicina tradicional no alcanza a curar o a calmar el dolor, y para lo cual solo el consumo de cannabis en sus diversas formas lo ha conseguido. El objetivo ha sido, y sigue siendo, aumentar su disponibilidad y accesibilidad con el fin de lograr mayor número de personas consumidoras, ocasionales y habituales. Para

ello, han utilizado como “cabeza de turco” a los movimientos procannabis y a las asociaciones de enfermos, y se han apoyado en el supuesto potencial terapéutico como “caballo de Troya” para instaurar en la población (y en los políticos principalmente) la idea de que es una sustancia que “cura enfermedades”, tales como la esclerosis múltiple, el cáncer, el glaucoma, la epilepsia, la enfermedad de Parkinson, los dolores menstruales y los trastornos de conducta alimentaria, entre otros. Este mensaje, a pesar de ser falso, a base de repetirlo muchas veces se ha ido interiorizando en el imaginario de una parte importante de la sociedad.<sup>75</sup> Para estas personas, es evidente que una sustancia que “cura” tantas enfermedades no puede ser perjudicial; esto se ha ido inoculando en la población, principalmente en la última década, a través de internet, grupos de *think tanks*, ferias “comerciales” y foros de debate, a los cuales se invitan determinados “profesionales” pagados principalmente con los beneficios de esas empresas, sobre la base de la venta de semillas y parafernalia para su cultivo. Con estas estrategias han conseguido crear un estado de opinión en el que “el cannabis medicinal o terapéutico” solo representa las bondades de su consumo, pero nunca refleja sus consecuencias negativas: problemas respiratorios, cáncer de pulmón, trastornos mentales en determinados tipos de usuarios, deterioro cognitivo, problemas de memoria y aprendizaje, adicción, efectos a nivel psicomotor, entre otras. Cabe recordar que, para el cannabis, la vía más común es la fumada en forma de un cigarrillo liado, mezclado o no con tabaco.<sup>76</sup>

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2023  
www.siic.salud.com

*El autor no manifiesta conflictos de interés.*

## Bibliografía

1. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe Europeo sobre Drogas 2022: Tendencias y novedades. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea; 2022.
2. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2022. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2022a. P. 293. Disponible en <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2022OEDA-INFORME.pdf>
3. Legleye S, Karila L, Beck F, Reynaud M. Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *J Subst Use* 12(4):233-242, 2007.
4. Rial A, García-Couceiro N, Gómez P, Mallah N, Varela J, Flórez-Menéndez G, Isorna M. Psychometric properties of CAST for early detection of problematic cannabis use in Spanish adolescents. *Addict Behav* 129:107288, 2022.
5. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Monografía Cannabis 2022. Consumo y consecuencias. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2022b.
6. Patton G, Coffey C, Carlin J, Sawyer S, Lynskey M. Reverse gateways? Frequent cannabis use as a predictor of tobacco initiation and nicotine dependence. *Addiction* 100(10):1518-1525, 2005.
7. Olano E, Lozano A, Guàrdia M, Ogué M, Isorna M, Arnedillo J. ¿Por qué y cómo tener en cuenta al cannabis en nuestros pacientes fumadores? *Aten Primaria* 52(1):47-53, 2020.
8. Di Forti M, Quattrone D, Freeman T, Tripoli G, Gayer-Anderson C, Quigley H, et al. The contribution of cannabis use to variation in the incidence of psychotic disorder across Europe (EU-GEI): a multicenter case-control study. *Lancet Psychiatry* 6(5):427-436, 2019.
9. Marconi A, Di Forti M, Lewis C, Murray R, Vassos E. Meta-analysis of the association between the level of cannabis use and risk of psychosis. *Schizophr Bull* 42(5):1262-1269, 2016.
10. Orr C, Spechler P, Cao Z, Albaugh M, Chaarani B, Mackey S, et al. Grey matter volume differences associated with extremely low levels of cannabis use in adolescence. *J Neurosci* 39(10):1817-1827, 2019.
11. López-Pelayo H, De Montagut L, Kögel C, Oliveró M. Posverdad del consumo de cannabis: de regreso a la medicina basada en la evidencia. *Posttruth Cannabis use: back to evidence-based medicine. Adicciones* 30(4):237-242, 2018.
12. Volkow N, Swanson J, Evins A, DeLisi L, Meier M, González R, et al. Effects of cannabis use on human behavior, including cognition, motivation, and psychosis: A review. *JAMA Psychiatry* 73:292-297, 2016.
13. World Health Organization. Health and Social Effects of Nonmedical Cannabis Use (The). World Health Organization;

2016. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/9789241510240>
14. Clausen L, Hjorthøj C, Thorup A, Jeppesen P, Petersen L, Bertelsen M, Nordentoft M. Change in cannabis use, clinical symptoms and social functioning among patients with first-episode psychosis: a 5-year follow-up study of patients in the OPUS trial. *Psychol Med* 44(1):117-126, 2014.
  15. DiForti M, Sallis H, Allegri F, Trotta A, Ferraro L, Stilo S, et al. Daily use, especially of high-potency cannabis, drives the earlier onset of psychosis in cannabis users. *Schizophr Bull* 40(6):1509-1517, 2014.
  16. Murray R, Quigley H, Quattrone D, Englund A, Di Forti M. Traditional marijuana, high-potency cannabis and synthetic cannabinoids: Increasing risk for psychosis. *World Psychiatry* 15(3):195-204, 2016.
  17. Davis G, Compton M, Wang S, Levin F, Blanco C. Association between cannabis use, psychosis, and schizotypal personality disorder: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Schizophr Res* 151(1-3):197-202, 2013.
  18. Power RA, Verweij KJ, Zuhair M, Montgomery GW, Henderson AK, Heath AC, et al. Genetic predisposition to schizophrenia associated with increased use of cannabis. *Mol Psychiatry* 19(11):1201-1204, 2014.
  19. Colizzi M, Bhattacharyya S. Does cannabis composition matter? Differential effects of delta-9-tetrahydrocannabinol and cannabidiol on human cognition. *Curr Addict Rep* 4:62-74, 2017.
  20. ElSohly M, Mehmedic Z, Foster S, Gon C, Chandra S, Church J. Changes in cannabis potency over the last 2 decades (1995-2014): Analysis of current data in the United States. *Biol Psychiatry* 79:613-619, 2016.
  21. Potter D, Hammond K, Tuffnell S, Walker C, Di Forti M. Potency of  $\Delta^9$ -tetrahydrocannabinol and other cannabinoids in cannabis in England in 2016: Implications for public health and pharmacology. *Drug Test Anal* 10(4):628-635, 2018.
  22. Santos-Álvarez I, Pérez-Lloret P, González-Soriano J, Pérez-Moreno M. Aproximación a la evaluación de la potencia de la resina de cannabis en Madrid: ¿Un riesgo para la salud? *Adicciones* 0(0):1630, 2021.
  23. Hindley G, Beck K, Borgan F, Ginestet C, McCutcheon R, Kleinlog D, et al. Psychiatric symptoms caused by cannabis constituents: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 7(4):344-353, 2020.
  24. Hasan A, von Keller R, Friemel C, Hall W, Schneider M, Koethe D, Hoch E. Cannabis use and psychosis: a review of reviews. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* 270 (2020): 403-412. doi.org/10.1007/s00406-019-01068-z
  25. National Academies of Sciences, Engineering and Medicine. The health effects of cannabis and cannabinoids: The current state of evidence and recommendations for research. Washington, DC: The National Academies Press; 2017.
  26. Meier M, Caspi A, Ambler A, Harrington H, Houts R, Keefe R, et al. Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proc Natl Acad Sci USA* 109(40):E2657-E2664, 2012.
  27. Pinto J, Medeiros L, da Rosa G, de Oliveira C, de Souza Crippa J, Passos I, Kauer-Sant'Anna M. The prevalence and clinical correlates of cannabis use and cannabis use disorder among patients with bipolar disorder: A systematic review with meta-analysis and meta-regression. *Neurosci Biobehav Rev* 101:78-84, 2019.
  28. Grevenstein D, Nagy E, Kroeninger-Jungaberle H. Development of risk perception and substance use of tobacco, alcohol and cannabis among adolescents and emerging adults: evidence of directional influences. *Subst Use Misuse* 50:376-386, 2015.
  29. Calakos K, Bhatt S, Foster D, Cosgrove K. Mechanisms underlying sex differences in cannabis use. *Curr Addict Rep* 4(4):439-453, 2017.
  30. Schepis T, Desai A, Cavallo D, Smith E, McFetridge A, Liss T, Krishnan-Sarin S. Gender differences in adolescent marijuana use and associated psychosocial characteristics. *Journal of addiction medicine* 5.1 (2011): 65. doi:10.1097/ADM.0b013e3181d8dc62
  31. Sherman B, Baker N, McRae-Clark A. Gender differences in cannabis use disorder treatment: change readiness and taking steps predict worse cannabis outcomes for women. *Addict Behav* 60:197-202, 2016.
  32. Herrmann E, Weerts E, Vandrey R. Sex differences in cannabis withdrawal symptoms among treatment-seeking cannabis users. *Exp Clin Psychopharmacol* 23(6):415-421, 2015.
  33. Hart-Hargrove L, Dow-Edwards D. Withdrawal from THC during adolescence: sex differences in locomotor activity and anxiety. *Behav Brain Res* 231:48-59, 2012.
  34. Schlienz N, Budney A, Lee D, Vandrey R. Cannabis withdrawal: A review of neurobiological mechanisms and sex differences. *Curr Addict Rep* 4(2):75-81, 2017.
  35. Wiers C, Shokri-Kojori E, Wong C, Abi-Dargham A, Demiral S, Tomasi D, et al. Cannabis abusers show hypofrontality and blunted brain responses to a stimulant challenge in females but not in males. *Neuropsychopharmacology* 41(10):2596-2605, 2016.
  36. Rial A, Burkhart G, Isorna M, Barreiro C, Varela J, Golpe S. Consumo de cannabis entre adolescentes: patrón de riesgo, implicaciones y posibles variables explicativas. *Adicciones* 31(1):64-77, 2019. doi.org/10.20882/adicciones.1212
  37. Piazza N, Vrbka J, Yeager R. Telescoping of alcoholism in women alcoholics. *Int J Addict* 24(1):19-28, 1989.
  38. Haas A, Peters R. Development of substance abuse problems among drug-involved offenders: Evidence for the telescoping effect. *J Subst Abuse* 12(3):241-253, 2000.
  39. Hernández-Ávila C, Rounsaville B, Kranzler H. Opioid-, cannabis- and alcohol-dependent women show more rapid progression to substance abuse treatment. *Drug Alcohol Depend* 74(3):265-272, 2004.
  40. Ehlers C, Gizer I, Vieten C, Gilder D, Stouffer G, Lau P, Wilhelmson K. Cannabis dependence in the San Francisco Family Study: age of onset of use, DSM-IV symptoms, withdrawal, and heritability. *Addict Behav* 35(2):102-110, 2010.
  41. Tetrault J. Effects of marijuana smoking on pulmonary function and respiratory complications: A systematic review. *Arch Inter Med* 167(3):221-228, 2007.
  42. Hall W, Degenhardt L, Teesson M. Reprint of "Understanding comorbidity between substance use, anxiety and affective disorders: Broadening the research base". *Addict Behav* 34:795-799, 2009.
  43. Chabrol H, Massot E, Montovany A, Chouicha K, Armitage J. Modes de consommation, représentations du cannabis et dépendance: Étude de 159 adolescents consommateurs. *Arch Pediatr* 9:780-788, 2002.
  44. Chabrol H, Roura C, Armitage J. Bongs, a method of using cannabis linked to dependence. *Can J Psychiatry* 48:709, 2003.
  45. Darawshy F, Abu A, Kuint R, Berkman N. Waterpipe smoking: A review of pulmonary and health effects. *Eur Respir Rev* 30(160):200374, 2021.
  46. García-Couceiro N, Isorna M, Braña T, Varela J, Gandoy-Crego M, Rial A. El uso de la cachimba entre los adolescentes. Posibles implicaciones y variables asociadas. *Adicciones* 0(0):1744, 2022.
  47. Isorna M, Arias F. Una aproximación al panorama actual de las nuevas formas de consumo de drogas. *Adicciones* 34:3-12, 2022.



48. Oeltmann J, Oren E, Haddad M, Lake L, Harrington T, Ijaz K, Narita M. Tuberculosis outbreak in marijuana users, Seattle, Washington, 2004. *Emerg Infect Dis* 12(7):1156-1159, 2006.
49. Perlman D, Perkins M, Paone D, Kochems L, Salomon N, Friedmann P, Des Jarlais D. "Shotgunning" as an illicit drug smoking practice. *J Subst Abuse Treat* 14(1):3-9, 1997.
50. Welsh C, Goldberg R, Tapscott S, Medoff D, Rosenberg S, Dixon L. "Shotgunning" in a population of patients with severe mental illness and comorbid substance use disorders. *Am J Addict* 21(2):120-125, 2012.
51. French CE, Coope CM, McGuinness LA, Beck C, Newitt S, Ahyow L, Oliver L. Cannabis use and the risk of tuberculosis: a systematic review. *BMC Public Health* 19, 1006 (2019). doi.org/10.1186/s12889-019-7127-0
52. Hazekamp A, Ware M, Muller-Vahl K, Abrams D, Grotenhermen F. The medicinal use of cannabis and cannabinoids—an international cross-sectional survey on administration forms. *J Psychoactive Drugs* 45(3):199-210, 2013.
53. Hancock-Allen J, Barker L, VanDyke M, Holmes D. Death following ingestion of an edible marijuana product—Colorado, March 2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 64(28):771-772, 2015.
54. Stogner J, Miller B. The dabbing dilemma: A call for research on butane hash oil and other alternate forms of cannabis use. *Subst Abuse* 36(4):393-395, 2015.
55. Raber J, Elzinga S, Kaplan C. Understanding dabs: Contamination concerns of cannabis concentrates and cannabinoid transfer during the act of dabbing. *J Toxicol Sci* 40(6):797-803, 2015.
56. Stephens D, Patel J, Angelo D, Frunzi J. Cannabis butane hash oil dabbing induced lung injury mimicking atypical pneumonia. *Cureus* 12(2):e7033, 2020.
57. Goldsmith R, Targino M, Fanciullo G, Martin D, Hartenbaum N, White J, Franklin P. Medical marijuana in the workplace: Challenges and management options for occupational physicians. *J Occup Environ Med* 57(5):518-525, 2015.
58. Ramos J. Efectos terapéuticos de los cannabinoides. Instituto universitario de Investigación en Neuroquímica de la Universidad Complutense de Madrid; 2017.
59. Isorna M, Villanueva V, Veiga S, Otero M. Formas de consumo del cannabis: Características, riesgos y daños asociados. En M. Isorna, A. Rial y V. Villanueva (Eds.), *Cannabis: Evidencia científica vs controversia social*; 2020. Pp. 59-101.
60. Isorna M, Villanueva-Blasco V. Visibilización de las estrategias de rebranding y captura corporativa de la salud pública por la industria del cannabis. *Rev Española Drogodepend* 47(4):17-36, 2022.
61. Isorna M, Burillo-Putze G, Villanueva-Blasco V. Captura corporativa, fake news pro cannabis y posición de los consumidores ante su regulación. *Glob Health Promot* 30(1):95-104, 2023.
62. Walitt B, Klose P, Fitzcharles M, Phillips T, Häuser W. Cannabinoids for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev* 7(7):CD011694, 2016.
63. Kafil T, Nguyen T, MacDonald J, Chande N. Cannabis for the treatment of Crohn's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 11(11):CD012853, 2018.
64. Kafil T, Nguyen T, MacDonald J, Chande N. Cannabis for the treatment of ulcerative colitis. *Cochrane Database Syst Rev* 11(11):CD012954, 2018.
65. Mücke M, Phillips T, Radbruch L, Petzke F, Häuser W. Cannabis-based medicines for chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 3(3):CD012182, 2018.
66. Lutge E, Gray A, Siegfried N. The medical use of cannabis for reducing morbidity and mortality in patients with HIV/AIDS. *Cochrane Database Syst Rev* 4:CD005175, 2013.
67. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. *Uso médico del cannabis y los cannabinoides: preguntas y respuestas para la elaboración de políticas*, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo; 2019. doi:10.2810/189819
68. Black N, Stockings E, Campbell G, Tran L, Zagic D, Hall W, et al. Cannabinoids for the treatment of mental disorders and symptoms of mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 6(12):995-1010, 2019.
69. Fernández-Ruiz J, Galve-Roperh I, Sagredo O, Guzmán M. Possible therapeutic applications of cannabis in the neuropsychopharmacology field. *Eur Neuropsychopharmacol* 36:217-234, 2020.
70. Croxford J. Therapeutic potential of cannabinoids. *CNS Drugs* 17(3):179-202, 2003. doi.org/10.2165/00023210-200317030-00004
71. Fraguas-Sánchez A, Torres-Suárez A. Medical use of cannabinoids. *Drugs* 78:1665-1703, 2018.
72. Bielawiec P, Harasim-Symbor E, Chabowski A. Phytocannabinoids: Useful drugs for the treatment of obesity? *Special Focus on Cannabidiol*. *Front Endocrinol* 11:114, 2020.
73. Kovalchuk O, Kovalchuk I. Cannabinoids as anticancer therapeutic agents. *Cell Cycle* 19(9):961-989, 2020.
74. Charernboon T, Lerthattasilp T, Supasitthumrong T. Effectiveness of cannabinoids for treatment of dementia: A systematic review of randomized controlled trials. *Clin Gerontol* 19(9):1-9, 2020.
75. Isorna M, Vázquez-Figueiredo, MJ, Redondo L, Veiga S. Cómo pueden las fake news o falsas creencias contribuir al consumo de cannabis. En: M. Isorna Folgar y A. Rial (2019) (coord.). *El consumo de cannabis y sus derivados: mitos, posverdades y desafíos*. Madrid: Dykinson, 2019.
76. U.S. Department of Health and Human Services. *A Letter to Parents - National Institute on Drug Abuse (NIDA)*; 2014. Disponible en: <http://www.drugabuse.gov/publications/marijuana-facts-parents-need-to-know/letter-to-parents>.

**Información relevante**

## El consumo de cannabis en la población española: de la *infoxicación* a la evidencia científica

### Respecto al autor



**Manuel Isorna Folgar.** Doctor en psicología. Profesor de la Universidad de Vigo, Ourense, España. Máster en Drogodependencias; Máster en trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Autor de artículos, libros y capítulos de libro sobre el consumo de sustancias y estilos de vida de los adolescentes. Presidente del comité organizador del congreso internacional sobre prevención, tratamiento y control del consumo de cannabis y sus derivados.

### Respecto al artículo

El cannabis continúa siendo la sustancia ilegal más consumida, tanto en España como en el conjunto de los países de la Unión Europea. Se estima que más de 22 millones de adultos europeos han consumido cannabis en el último año.

### El autor pregunta

El consumo de cannabis de manera únicamente puntual puede producir cambios estructurales y cognitivos en el cerebro de los adolescentes. También se asocia con aumento del riesgo de padecer trastornos del comportamiento y psicosis, riesgo que aumenta a medida que mayor es la frecuencia de consumo y mayor la potencia del cannabis utilizado.

¿Cuáles son las nuevas formas de consumo del cannabis añadidas a las tradicionales, como la fumada y la vaporizada?

- A El *hotboxing* (el submarino).
- B El *shotgunning*.
- C Cocinar u hornear (galletas, pasteles, *brownies*).
- D Todas las mencionadas.
- E Ninguna de las mencionadas.

Corrobore su respuesta: [www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/173388](http://www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/173388)

### Palabras clave

cannabis, cannabidiol, cannabinoide, dependencia, abuso de sustancias, consumo de drogas ilegales

### Keywords

*cannabis, cannabidiol, cannabinoid, dependence, substance abuse, illegal drug use*

### Como citar

Isorna Folgar M. El consumo de cannabis en la población española: de la *infoxicación* a la evidencia científica. *Salud(i)Ciencia* 25(5):289-98, May-Jun 2023.

### How to cite

Isorna Folgar M. Cannabis use in the Spanish population: from *infoxication* to scientific evidence. *Salud(i)Ciencia* 25(5):289-98, May-Jun 2023.

### Orientación

Epidemiología

### Conexiones temáticas

