



INTERPSIQUIS

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología
y Enfermería en Salud Mental

FALSAS CREENCIAS Y REALIDADES EN TORNO AL CONSUMO DE CANNABIS

Enrique Arribas Pinero¹ y Leticia León Quismondo²

enriqueapm@hotmail.com

Cannabis; Percepción de riesgo; Psicosis; Trastornos afectivos; Salud mental; Epidemiología.

Cannabis; Risk Perception; Psychosis; Affective Disorders; Mental Health; Epidemiology.

RESUMEN

Introducción: Los diferentes informes tanto a nivel mundial, europeo como españoles, sitúan al cannabis como una de las drogas de mayor consumo, especialmente en población joven.

Objetivo: Estudiar las aportaciones que se han hecho relativas a la percepción de riesgo, así como de la posible relación de esta última con las prevalencias de consumo registradas longitudinalmente a nivel en los últimos años.

Método: Se realiza una minuciosa revisión de la literatura disponible acerca de la percepción de riesgo del consumo de cannabis y la evidencia actual sobre sus riesgos reales.

Resultados: Se ha podido observar como en los últimos veinte años ha habido un aumento en su consumo que muchos autores atribuyen a una percepción acerca del riesgo del uso de esta droga disminuida. Según diferentes estudios, en la base de esta percepción de riesgo disminuida existen una serie de sesgos y creencias erróneas acerca de sus virtudes y peligros.

Conclusiones: Dos décadas de investigación científica ponen de manifiesto cuáles son muchos de los riesgos reales del consumo de cannabis en todos los niveles de la salud de las personas, entendida esta desde un enfoque biopsicosocial.

FALSAS CREENCIAS Y REALIDADES EN TORNO AL CONSUMO DE CANNABIS

INTRODUCCIÓN

Según el último Informe Mundial sobre Drogas realizado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2018) se estima que el cannabis fue la droga ilegal más consumida en el mundo, siendo 192 millones de personas las que lo consumieron al menos una vez durante el último año, una cifra que ha aumentado aproximadamente en un 16% en la última década. A nivel europeo se estima que un 1% de la población consume cannabis a diario y situando a España como el cuarto país con una mayor tasa de consumo de esta sustancia entre los adultos jóvenes durante el último año con un 18,3%, superando la media europea en un 3% (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2019).

Estos datos ponen de manifiesto la gran prevalencia del consumo de cannabis y la “escalada” en su consumo pese a su condición de droga ilegal en la mayoría de países occidentales y pese a los riesgos que implica para la salud pública, especialmente la de adultos jóvenes, que numerosos estudios han puesto de manifiesto en los últimos años (Hall & Babor, 2000).

OBJETIVO

Estudiar las aportaciones que se han hecho relativas a la percepción de riesgo, así como de la posible relación de esta última con las prevalencias de consumo registradas longitudinalmente a nivel en los últimos años.

MÉTODO

Se realiza una minuciosa revisión de la literatura disponible acerca de la percepción de riesgo del consumo de cannabis y la evidencia actual sobre sus riesgos reales. Se utilizó como principal base de datos MEDLINE, así como la bibliografía referenciada en las publicaciones más relevantes.

RESULTADOS

- Percepción de riesgo

Según diferentes autores, este fenómeno no solo estaría explicado por variables personales o sociales como la gran accesibilidad al cannabis o la normalización que se está produciendo de su consumo, sino que principalmente estaría explicado por la disminución de la percepción de riesgo sobre su consumo.

FALSAS CREENCIAS Y REALIDADES EN TORNO AL CONSUMO DE CANNABIS

Este fenómeno se conformaría sobre la base de una serie de creencias falsas o distorsionadas sobre la peligrosidad de su uso, estando estas determinadas por las experiencias personales que lo usuarios tienen con la sustancia, informaciones recibidas de otras personas o medios, imaginaciones y deducciones (Hurd, Michaelides, Miller & Jutras-Aswad, 2013; Ruiz-Olivares, Lucena, Pino, Raya & Herruzo, 2010). Otros autores también mencionan cómo estas creencias falsas estarían bajo la influencia de un discurso social "pro cannabis" ligado al auge de la sociedad posmoderna, en el que la verdad derivada del método científico ha perdido relevancia en pos de la construcción de relatos que apelan a la emoción o a las creencias personales (Blasco-Fontecilla, 2018; López-Pelayo, De Montagut, Casajuana & Balcells, 2018). Cabe señalar que son numerosos los estudios que muestran como los consumidores, en líneas generales, manifiestan más creencias positivas y menos negativas asociadas a su consumo que los no consumidores (Chabrol, Roura, & Kallmeyer, 2004; Manrique-Morales, Bueno-Cañigal, Aleixandre-Benavent, & Valderrama-Zurian, 2011; Menghrajani, Klaue, Dubois-Arber & Michaud, 2005).

- Riesgo real

El impacto que el consumo de cannabis tiene sobre la salud física y mental, junto con otros riesgos de carácter cognitivo y psicosocial, está claramente establecido.

Cuando hablamos del impacto psicosocial que el consumo de cannabis tiene sobre la población, principalmente entre adolescentes y adultos jóvenes, las áreas donde se han realizado un mayor número de estudios son el fracaso escolar y los accidentes de tráfico. La relación existente entre consumo y riesgo de fracaso escolar es contundente, aunque cabe decir que la causalidad de la misma no está clara, puesto que no sabemos la direccionalidad de la misma o si dichas variables comparten factores de riesgo preexistentes (Lynskey & Hall, 2000). En el caso de la relación entre consumo de cannabis y accidentes de tráfico, la relación sí es clara, duplicándose e incluso triplicándose el riesgo cuando se conduce bajo sus efectos. Varios estudios también han relacionado el consumo de cannabis con una dependencia más alta de recursos sociales, ingresos económicos más bajos, desempleo, menor satisfacción vital y mayor conducta criminal (Brooks, Lee, Finch, Seltzer & Brook, 2013; Fergusson & Boden, 2008).

El consumo de cannabis también puede afectar a la salud física. Existen evidencias claras sobre la afectación que este produce sobre la salud cardiovascular, siendo estas evidencias más dudosas a la hora de determinar su impacto sobre la salud pulmonar y su capacidad carcinogénica (López-Pelayo, De Montagut & Casajuana, 2018).

FALSAS CREENCIAS Y REALIDADES EN TORNO AL CONSUMO DE CANNABIS

Se ha apuntado como órganos diana de esta posible carcinogénesis al esófago, vías respiratorias altas, pulmones, testículos y vejiga (Hall, 2014).

Otra entidad descrita desde el año 2004 es el síndrome de hiperémesis cannábica. Este síndrome afectaría principalmente a consumidores crónicos y se caracteriza por episodios cíclicos de vómitos incoercibles que no remiten con el tratamiento antiemético habitual, acompañados por baños de agua caliente compulsivos y con una duración de 2 a 4 días. Actualmente se han publicado aproximadamente unos 90 casos en el mundo, siendo su etiología aún desconocida (Allen, de Moore, Heddle & Twartz, 2004; Contreras, Mola, Battle, Bigas, Giné & Cañete, 2016).

Algunos estudios también sugieren que el consumo de cannabis durante el embarazo podría tener afectación sobre el feto en forma de bajo peso al nacer y aumento de la probabilidad de un parto pretérmino, menor rendimiento cognitivo en la adolescencia, alteraciones conductuales, delincuencia, menor rendimiento académico y trastornos afectivos (Hall, 2014).

Si hablamos de salud mental, cabe mencionar que el cannabis es una droga que produce dependencia. Esto ocurre especialmente en grandes consumidores a largo plazo, estimándose que uno de cada diez consumidores se vuelve finalmente dependiente (Chen, O'Brien & Anthony, 2005) y siendo el tratamiento específico para estos una demanda al alza en Europa en la última década (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2019). A su vez también ha quedado confirmado que el consumo de cannabis es una vía de entrada al consumo de otras sustancias con elevado potencial adictivo como el tabaco en lo que se ha denominado "puerta de entrada inversa" (Hall, 2014).

Numerosos estudios han señalado el consumo de cannabis como un factor de riesgo adicional para la esquizofrenia. La investigación actual continúa confirmando estas conclusiones con estudios longitudinales y meta-análisis (Marconi, di Forti, Lewis, Murray & Vassos, 2016). Aunque no se ha establecido una relación causal entre estas dos variables y no estén aún claros cuales son los mecanismos de esta asociación, los resultados apuntan a que esta está presente especialmente en población con una vulnerabilidad previa a padecer trastornos del espectro psicótico, con inicios tempranos y con una relación dosis-respuesta (Fernández-Artamendi, 2018), acelerando su desarrollo y alterando de forma importante el inicio, curso, fenomenología, resultados y recaídas en la esquizofrenia, además de mostrando menor sintomatología negativa (Bersani, Orlandi, Kotzalidis & Pancheri, 2002; Leweke, Gerth & Klosterkötter, 2004).

FALSAS CREENCIAS Y REALIDADES EN TORNO AL CONSUMO DE CANNABIS

Otro de los efectos directos del consumo de cannabis es la presentación de reacciones psicóticas transitorias derivadas de la intoxicación, compuestas por alucinaciones, ilusiones, confusión, amnesia, paranoia, hipomanía o labilidad del estado de ánimo, las cuales remiten en unos días (Brick, 2008) y que algunos autores consideran como una expresión temprana de esquizofrenia en individuos vulnerables, pudiendo evolucionar más tarde hacia el desarrollo de la enfermedad (Arendt, Mortensen, Rosenberg, Pedersen & Waltoft, 2008).

En relación con los trastornos de ansiedad, pese a saberse que la intoxicación por cannabis produce de forma directa síntomas como ansiedad, taquicardia y crisis de pánico, existe una importante carencia de estudios y por tanto, de evidencia acerca de sus consecuencias a largo plazo (Fernández-Artamendi, 2018). Actualmente, los estudios de mayor calidad metodológica y meta-análisis descartan una asociación significativa entre el consumo de cannabis y la aparición de trastornos de ansiedad o consideran que el consumo de cannabis tan solo supondría un riesgo menor para el desarrollo de síntomas de ansiedad elevados en la población general (Blanco et al., 2016; Twomey, 2017; Van Laar, van Dorselaer, Monshouwer & de Graaf, 2007).

En comparación con la investigación en psicosis, en el ámbito de los trastornos afectivos los estudios más recientes y con una sólida metodología muestran resultados contradictorios (Agrawal et al., 2017; Blanco et al., 2016; Feingold, Weiser, Rehm & Le-Ran, 2015). Una revisión sistemática de estudios longitudinales, concluye que la asociación, aunque significativa, sería débil (Le-Ran et al., 2014). Cuando hablamos de la relación entre el consumo de cannabis y el trastorno bipolar, algunos estudios han sugerido que el cannabis podría estar asociado con una edad menor de inicio del trastorno, con mayores tentativas de suicidio y con un curso más severo de la enfermedad en sus primeras fases (Kvitland et al., 2016), aunque podríamos decir que los resultados de los pocos estudios disponibles en la actualidad son poco concluyentes o metodológicamente débiles (Feingold et al., 2015).

Otra de las consecuencias del consumo de cannabis descrita en numerosos estudios es el síndrome amotivacional, compuesto de síntomas como la intolerancia a la frustración, apatía, desinterés, indiferencia afectiva a los problemas de concentración y fatiga (Fernández, Fernández, Secades & Gracia, 2011). Aunque no existen conclusiones claras acerca de este síndrome, ni consenso sobre si se le puede atribuir una entidad clínica, se han planteado diversas hipótesis acerca de su origen derivado del consumo de cannabis, con planteamientos como que podría tratarse de un posible síntoma subclínico de anhedonia derivado del consumo, una consecuencia de las alteraciones propias de la intoxicación cannábica, un subproducto de la presencia de un trastorno depresivo o estar

FALSAS CREENCIAS Y REALIDADES EN TORNO AL CONSUMO DE CANNABIS

relacionada con factores de personalidad (Bovasso, 2001; Musty & Kaback, 1995; Nelson, 1994).

El consumo de cannabis también tiene repercusiones directas a nivel cognitivo y neuropsicológico (Fernández et al., 2011). Se han observado alteraciones en la atención, funciones ejecutivas, memoria a corto plazo, flexibilidad cognitiva, velocidad de procesamiento, control motor y en la estimación del tiempo (Aaron, Michael & Alan, 2004; Bolla, Brown, Eldreth, Tate & Cadet, 2002; Fried, Watkinson & Gray, 2005; Grant, Gonzalez, Carey, Natarajan & Wolfson, 2003; Hunault et al., 2009; Solowij et al., 2002; Verdejo, López-Torrecillas, Aguilar & Pérez-García, 2005). La afectación cognitiva es dosis-dependiente, reversible prácticamente en su totalidad a medio y largo plazo una vez suspendido el consumo, generando un deterioro mayor cuando el consumo se da durante la adolescencia (Hall, 2014).

CONCLUSIONES

Los diferentes informes publicados durante estas últimas dos décadas muestran como el consumo de cannabis ha ido en aumento progresivamente, especialmente entre la población joven.

Existe una brecha entre los resultados que numerosas investigaciones muestran acerca de las consecuencias perjudiciales derivadas del consumo de esta sustancia y la percepción que la población tiene sobre su peligrosidad, fundamentada esta última sobre determinadas creencias erróneas, dándose este fenómeno de forma mayoritaria entre consumidores.

Los riesgos que el consumo de cannabis suponen para la salud de las personas, entendida esta desde un enfoque biopsicosocial amplio, son numerosos, yendo desde el incremento del riesgo o aumento de patología psiquiátrica y somática a déficits cognitivos y riesgos psicosociales.

Instaurar y reforzar creencias basadas en la evidencia sobre los efectos negativos así como las creencias de que estas consecuencias ocurren aun cuando se percibe que se controla el consumo, debería ser una estrategia principal en cualquier programa de prevención de su consumo.

FALSAS CREENCIAS Y REALIDADES EN TORNO AL CONSUMO DE CANNABIS

BIBLIOGRAFÍA

1. Aaron, B., Michael, E., y Alan, G. (2004). Effects of marijuana on neurophysiological signals of working and episodic memory. *Psychopharmacology*, 176 (2), 214-222.
2. Agrawal, A., Nelson, E., Bucholz, K., Tilman, R., Grucza, R., Statham, D,... Lynskey, M. T., (2017). Mayor Depressive Disorder, suicidal thoughts and behaviors, and cannabis involvement in discordant twins: a retrospective cohort study. *Lancet Psychiatry*, 4 (9), 706-714.
3. Allen, J., de Moore, G., Heddle, R., y Twartz, J. (2004). Cannabinoid hyperemesis: cyclical hyperemesis in association with chronic cannabis use. *Gut*, 53 (11), 1566-1570.
4. Arendt, M., Mortensen, P., Rosenberg, R., Pedersen, C., y Waltoft, B. (2008). Familial predisposition for psychiatric disorder: comparison of subjects treated for cannabis-induced psychosis and schizophrenia. 65 (11), 1269-1274.
5. Bersani, G., Orlandi, V., Kotzalidis, G., y Pancheri, P. (2002). Cannabis and schizophrenia: impact on onset, course, psychopathology and outcomes. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252 (2), 86-92.
6. Blanco, C., Hasin, D., Wall, M., Flóez-Salamanca, L., Hoertel, N., Wang, S., y otros. (2016). Cannabis use and risk of psychiatric disorder. Prospective evidence from a US national longitudinal study. *JAMA Psychiatry*, 73 (4), 388-395.
7. Blasco-Fontecilla, H. (2018). Posmodernidad, sociedades adictivas, cannabis y comportamiento suicida: ¿Hacia un mundo feliz? *Adicciones*, 1 (30), 3-8.
8. Bovasso, G. (2001). Cannabis abuse as risk factor for depressive symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 158 (12), 2033-2037.
9. Bolla, K., Brown, K., Eldreth, D., Tate, K., y Cadet, J. (2002). Dose-related neurocognitive effects of marijuana use. *Neurology*, 59 (9), 1337-1343.
10. Brick, J. (2008). *Handbook of the medical consequences of alcohol and drug abuse*. Nueva York: The Haworth Press.
11. Brooks, J., Lee, J., Finch, S., Seltzer, N., y Brook, D. (2013). Adult work commitment, financial stability and social environment as related to trajectories of marijuana use beginning in adolescence. *Substance Abuse*, 34 (3), 298-305.
12. Chabrol, H., Roura, C., y Kallmeyer, A. (2004). Perceptions of cannabis effects a qualitative study among adolescents. *Encephale*, 30 (3), 259-265.

FALSAS CREENCIAS Y REALIDADES EN TORNO AL CONSUMO DE CANNABIS

13. Chen, C.-Y., O'Brien, M., y Anthony, J. (2005). Who becomes cannabis dependent soon after onset of use? Epidemiological evidence from the United States: 2000-2001. *Drug and Alcohol Dependence*, 79 (1), 11-22.
14. Contreras, C., Mola, M., Battle, E., Bigas, J., Giné, E., y Cañete, J. (2016). Síndrome de hiperémesis cannabinoide. Reporte de seis nuevos casos clínicos y resumen de casos previos publicados. *Adicciones*, 28 (2), 90-98.
15. Feingold, D., Weiser, M., Rehm, J., y Le-Ram, S. (2015). The association between cannabis use and mood disorders: A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 172, 211-218.
16. Fergusson, D., y Boden, J. (2008). Cannabis use and later life outcomes. *Addiction*, 103 (6), 969-976.
17. Fernández, S., Fernández, J., Secades, R., y Gracia, P. (2011). Cannabis y salud mental. *Actas españolas de Psiquiatría*, 39 (3), 180-190.
18. Fernández-Artamendi, S. (2018). Deshojando la Marihuana: Cannabis, cannabinoides y salud mental. *Revista española de Drogodependencias*, 43(3), 5-12.
19. Fried, P., Watkinson, B., y Gray, R. (2005). Neurocognitive consequences of marijuana-a comparison with pre-drug performance. *Neurotoxicology and Teratology*, 24 (2), 231-239.
20. Grant, I., Gonzalez, R., Carey, C., Natarajan, L., y Wolfson, T. (2003). Non-acute (residual) neurocognitive effects of cannabis use: A meta-analytic study. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 4 (5), 679-689.
21. Hall, W. (2014). What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use? *Addiction*, 110 (1), 19-35.
22. Hall, W., y Babor, T. F. (2000). Cannabis use and public health: assessing the burden. *Addiction*, 95 (4), 485-490.
23. Hunault, C., Mensinga, T., Böcker, K., Schipper, C., Kruidenier, M., Leenders, M., y otros. (2009). Cognitive and psychomotor effects in males after smoking a combination of tobacco and cannabis containing up to 69 mg delta-9-tetrahydrocannabinol (THC). *Psychopharmacology*, 204 (1), 85-94.
24. Hurd, Y., Michaelides, M., Miller, M., y Jutras-Aswad, D. (2013). Trajectory of adolescent cannabis use on addiction vulnerability. *Neuropharmacology*, 416-424.
25. Kvitland, L., Melle, I., Aminoff, S., Lagerberg, T., Andreassen, O., y Ringen, P. (2016). Cannabis use in first-treatment bipolar I disorder: relations to clinical characteristics. *Early Intervention in Psychiatry*, 10 (1), 36-44.

FALSAS CREENCIAS Y REALIDADES EN TORNO AL CONSUMO DE CANNABIS

26. Le-Ran, S., Roerecke, M., Le Foll, B., George, T., McKenzie, K., y Rehm, J. (2014). The association between cannabis use and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 44 (4), 797-810.
27. Leweke, F., Gerth, C., y Klosterkötter, J. (2004). Cannabis-associated psychosis: current status of research. *CNS Drugs*, 18 (13), 895-910.
28. Lynskey, M., y Hall, W. (2000). The effects of adolescent cannabis use on educational attainment: a review. *Addiction*, 95 (11), 1621-1639.
29. Marconi, A., di Forti, M., Lewis, C. M., Murray, R. M., y Vassos, E. (2016). Meta-analysis of the association between the level of cannabis use and risk of psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 42 (5), 1262-1269.
30. Menghrajani, P., Klaue, K., Dubois-Arber, F., y Michaud, P. A. (2005). Swiss adolescents 'and adults' perceptions of cannabis use: a qualitative study. *Health Education Research*, 20 (4), 476-484.
31. Musty, R., y Kaback, L. (1995). Relationship between motivation and depression in chronic marijuana users. *Life Sciences*, 56 (23-24), 2151-2158.
32. Nelson, P. (1994). Cannabis amotivational syndrome and personality trait absorption: A review and reconceptualization. *Imagination, Cognition and Personality*, 14 (1), 43-58.
33. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2019). *Informe Europeo sobre Drogas 2019: Tendencias y novedades*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. Recuperado de: <https://op.europa.eu/es/publication-detail/-/publication/6b2ec5f1-8b2c-11e9-9369-01aa75ed71a1>
34. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2018). *Informe Mundial sobre Drogas*. Recuperado de: https://www.unodc.org/unodc/es/frontpage/2018/June/world-drug-report-2018_-opioid-crisis--prescription-drug-abuse-expands-cocaine-and-opium-hit-record-highs.html
35. Ruiz-Olivares, R., Lucena, V., Pino, M. J., Raya, A., y Herruzo, J. (2010). El consumo de cannabis y la percepción de riesgo en jóvenes universitarios. *Behav Psychol*, 3 (18), 579-590.
36. Solowij, N., Stephens, R., Roffman, R., Babor, T., Kadden, R., Miller, M., y cols. (2002). Cognitive functioning of long-term heavy cannabis users seeking treatment. *JAMA*, 287 (9), 1123-1131.

FALSAS CREENCIAS Y REALIDADES EN TORNO AL CONSUMO DE CANNABIS

37. Twomey, C. (2017). Association of cannabis use with the development of elevated anxiety symptoms in general population: a meta-analysis. *Journal of epidemiology and Community Health, 71* (8), 811-816.
38. Van Laar, M., van Dorsselaer, S., Monshouwer, K., y de Graaf, R. (2007). Does cannabis use predict the first incidence of mood and anxiety disorders in the adult population? *Addiction, 102* (8), 1251-1260.
39. Verdejo, A., López-Torrecillas, F., Aguilar, F., y Pérez-García, M. (2005). Differential effects of MDMA, cocaine, and cannabis use severity on distinctive components of the executive functions in polysubstance users: a multiple regression analysis. *Addictive Behaviours, 30* (1), 89-101.