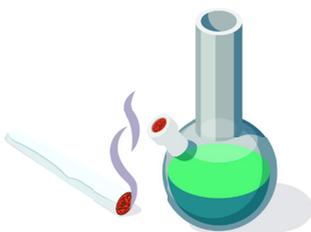


PREVENCIÓN DE ADICCIONES EN CANARIAS

CANNABIS



Título

Guía de Prevención de Adicciones en Canarias. Cannabis.

Edita

Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias.
Servicio Canario de la Salud.
Dirección General de Salud Pública.

Coordinación técnica

Amelia María Hernández García.

Jefa de Servicio de Coordinación Técnica de Atención a las Drogodependencias.

María del Mar Velasco Villar.

Enfermera. Técnica del Servicio de Coordinación Técnica de Atención a las Drogodependencias.

Nicolás Perdomo Álamo.

Enfermero. Técnico del Servicio de Coordinación Técnica de Atención a las Drogodependencias.

Amalia García Suárez.

Operadora de Sistemas. Servicio de Coordinación Técnica de Atención a las Drogodependencias.

Elabora

María Teresa Pons Cabrera

Grup Recerca Addiccions Clínic (GRAC), Institut d'Investigacions Biomèdiques
August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

Socidrogalcohol.

Servicio de Atención a las Drogodependencias.

Edición

Noviembre de 2022

Diseño

Martín Gràfic

Web de referencia

https://bit.ly/3ccp7ZD_Drogodependencias

ISBN

978-84-16878-47-5



PRESENTACIÓN

La prevención y la sensibilización se entienden como herramientas cuyo objetivo es reducir los factores de riesgo (evitar que el consumo experimental y el uso esporádico se conviertan en uso continuado, previniendo la aparición de los consumos de riesgo y las consecuencias negativas en otras áreas) y aumentar los factores de protección (estilos de vida sana, ocio, formación, etc.), frente al consumo de drogas y otras conductas susceptibles de generar adicción.

IV Plan Canario sobre Adicciones (2022-2024).

La Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud ha elaborado la “Guía de Prevención de Adicciones en Canarias. Cannabis”, con la finalidad de ofrecer una herramienta que sirva para desarrollar y transmitir valores positivos a nuestra población.

Siguiendo los objetivos marcados en el IV Plan Canario sobre Adicciones, dentro del ámbito del ocio y el tiempo libre, destaca la promoción de un ocio saludable y responsable destinado a la difusión de hábitos de vida saludable. La información aportada a la ciudadanía es fundamental para que pueda adoptar decisiones y ser capaz de prevenir y canalizar situaciones vinculadas a riesgos relacionados con el consumo o abuso de las adicciones en nuestra comunidad.

El presente documento pretende aportar a la población en general información actualizada sobre datos epidemiológicos, riesgos del consumo, causas y consecuencias, enfoques terapéuticos, advertencias y consejos en relación al consumo de sustancias adictivas.

Esta guía pretende ser una herramienta para sensibilizar y concienciar a nuestra ciudadanía, permitiendo a la persona ser parte activa en la toma de decisiones en lo que respecta a los hábitos personales de cada uno, y en concreto en lo que respecta al uso y consumo de ciertas sustancias que pueden generar un problema de salud.

Conocer los riesgos y tomar consciencia de las consecuencias y repercusiones que pueden acarrear ciertos hábitos, es importante para que valoremos la necesidad de cuidar nuestra salud, el bienestar personal y el desarrollo integral del ser humano.

Desde esta Dirección General deseamos que esta “Guía de Prevención de Adicciones en Canarias. Cannabis” sea de utilidad para alcanzar una sociedad canaria más saludable, más informada y más sensibilizada.

José Juan Alemán Sánchez
Director General de Salud Pública
Servicio Canario de la Salud.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	3
1. INTRODUCCIÓN	7
2. EPIDEMIOLOGÍA.....	9
3. CAUSAS RELACIONADAS CON EL INICIO DEL CONSUMO Y EL DESARROLLO DE UN TRASTORNO POR USO DE CANNABIS	10
4. CONSECUENCIAS.....	12
5. TRATAMIENTOS	16
6. CONSEJOS.....	18
BIBLIOGRAFÍA.....	19

1. INTRODUCCIÓN

Consideraciones sobre la planta, su uso y sus componentes

El cannabis es una sustancia cuyo consumo provoca efectos sobre el sistema nervioso central. Proviene de una planta que puede ser cultivada en diferentes especies. Las especies más conocidas son la Cannabis sativa y la Cannabis indica. Los productos derivados de éstas son diferentes (ambas producen diferente cantidad de resina y contienen distintas proporciones en sus componentes). En general, la planta de cannabis, en sus diferentes especies, contiene cientos de compuestos diferentes, dos de los grupos principales son los cannabinoides y terpenos. Estos últimos son responsables del aroma característico del cannabis. Los primeros, son los responsables de sus efectos psicoactivos. Cada uno de los cannabinoides que contiene la planta del cannabis, se encuentra en diferentes concentraciones. Además, el cannabis puede usarse en diferentes formas, que se consumen por diferentes vías (comestibles, fumada, vapeada). Cada variedad o producto obtenido (consumo directo de partes de la planta, resina, concentrados) contiene una composición particular. Los cannabinoides mayoritarios son el delta-9-tetrahidrocannabinol (Δ^9 -THC o THC) y el cannabidiol (CBD). El primero, es el principal componente psicoactivo, lo que quiere decir que, al consumir cannabis, este compuesto actuará directamente sobre el sistema nervioso central y aparecerán una serie de efectos relacionados con ello. Por ejemplo, tras el uso de cannabis, los usuarios pueden experimentar una leve euforia, sensación placentera, alteraciones sensoriales, y una serie de efectos adversos posibles (crisis de pánico, alteraciones cognitivas, psicosis). Aumentos en las concentraciones de THC en el cannabis disponible en la población se asocian con un desarrollo más rápido de síntomas relacionados con consumo problemático de cannabis. Se ha asociado por ejemplo con el aumento de la incidencia del trastorno por uso de cannabis (o adicción al cannabis) y de primeros episodios de psicosis. Algunos estudios experimentales muestran que parte de los efectos que tiene el THC pueden ser moderados por el CBD. Y se han sugerido potenciales efectos beneficiosos del mismo. No obstante, en los estudios que se han ido realizando en los últimos años, se observa que, en el cannabis

encontrado en los mercados internacionales, las concentraciones de THC han ido en aumento (más en resinas que en la marihuana) mientras las de CBD se mantienen estables.

Consideraciones sobre la regulación del uso de cannabis

El cannabis es la droga ilícita más consumida en el mundo. A lo largo de los años, su uso medicinal se ha ido regulando en numerosos países, con concretas indicaciones; habitualmente dolor oncológico u otras situaciones clínicas en las que aparece dolor de difícil control o el manejo de algunos síntomas en determinadas enfermedades neurológicas. Es interesante mencionar que, los usuarios de cannabis a menudo refieren que el uso de esta sustancia les ayuda con síntomas como la ansiedad o el insomnio, no obstante, hasta la fecha no hay evidencia suficiente para recomendar su uso para estos u otros síntomas mentales. Para su uso con fines medicinales, se pueden encontrar diferentes productos del cannabis, desde la planta sin procesar pasando por una variedad de derivados de la misma con composiciones y dosis variables, que conviene concretar para cada indicación. En España, la regulación del cannabis con fines médicos es un tema de actualidad, se está valorando la evidencia y experiencia disponible para tomar las medidas que se consideren más convenientes.

En cuanto al cannabis recreativo, su uso está legalizado en algunos países, como Uruguay, México, Canadá o algunos estados de los EEUU, y el panorama de su regulación también está cambiando y siendo discutido en los últimos años en algunos países europeos.

2. EPIDEMIOLOGÍA

En España, según datos de 2020, el 37.5% de la población ha consumido cannabis alguna vez. La prevalencia de consumo de cannabis alguna vez en la vida, sigue en aumento desde el año 1995. El 2.9% ha consumido diariamente en el último mes, dato que ha ido en aumento con respecto a las mediciones de años anteriores. También sigue en ascenso la tendencia de inicio del consumo y en la mayor franja de edad en la que esto sucede es entre los jóvenes. En el año 2021, 155.800 estudiantes de 14 a 18 años empezaron a consumir cannabis. Vale la pena situar el punto de mira en los jóvenes, al ser este un periodo de especial vulnerabilidad para el desarrollo de problemas relacionados con el uso de drogas y siendo el grupo de edad en el que más marcada es la tendencia creciente de inicio de consumo. En este grupo de edad, el cannabis es la tercera droga con mayor consumo (tras tabaco y alcohol). Hay una baja percepción de riesgo asociada al consumo de tabaco y además, los jóvenes perciben que es una droga con alta disponibilidad.

En cuanto al consumo problemático (medido por la escala CAST) se presentaba en 2020 en el 1,9% de toda la población de 15 a 64 años en España (aproximadamente 591.798 personas). Este porcentaje es mayor entre los hombres y en menores de 34 años (el perfil del consumidor problemático de cannabis es el de un hombre menor de 34 años, con estudios secundarios, trabajo, familia que consume más sustancias y que inició el consumo de cannabis antes de los 16.5 años).



3. CAUSAS RELACIONADAS CON EL INICIO DEL CONSUMO Y EL DESARROLLO DE UN TRASTORNO POR USO DE CANNABIS

Factores relacionados con la sustancia

Para empezar a explicar el fenómeno de la adicción, es interesante conocer cómo funcionan las drogas en el cerebro. En el caso del cannabis, el THC (u otras sustancias psicoactivas si hablamos de otra droga) actúa a diferentes niveles del sistema de recompensa del cerebro (el sistema dopaminérgico meso-córtico-límbico). Producen un aumento en la liberación de dopamina en este sistema, lo que es interpretado por el individuo como una recompensa (algo placentero), lo que lleva, al mismo tiempo, a desestimar las consecuencias negativas. Este fenómeno es más potente cuando la edad de inicio de los consumos es menor. Una estimulación dopaminérgica repetida por el consumo de la droga lleva a unos cambios en los circuitos neuronales que llevarían a una consolidación de la adicción. Diferencias genéticas en estas vías pueden llevar a una mayor vulnerabilidad o protección para desarrollar un trastorno por uso de cannabis (u otras drogas).

Factores individuales

Tanto en el inicio del uso de cannabis, como en el desarrollo de síntomas de abuso o dependencia se ha observado en diversos estudios una importancia sustancial de los factores genéticos.

En los datos disponibles se observan tasas y prevalencias de consumo de cannabis más elevadas en hombres, y ellos también suelen consumir productos más potentes y en patrones de mayor riesgo. Aun así, las diferentes prevalencias entre hombres y mujeres se han ido reduciendo con el tiempo.

También se ha vinculado en diferentes estudios la búsqueda de sensaciones y la impulsividad al consumo de cannabis en adolescentes. También se ha visto que,

adolescentes con trastorno de ansiedad había más consumo de tabaco, cannabis y otras drogas.

Tanto en el uso de cannabis, como en otras drogas, se observa una asociación con la presencia de trastornos mentales. Hay dos hipótesis que relacionan el uso de algunas drogas, en este caso el cannabis con la presencia de trastornos mentales. Una de ellas es la de la automedicación (según la cual, el individuo consume para tratar de aliviar los síntomas), la otra hace una asociación en la otra dirección (es decir, que el uso de la sustancia contribuiría al desarrollo del trastorno mental). La importancia de lo anterior no es baladí, ya que algunos estudios han demostrado que hay motivos para consumir cannabis que se relacionan con más consecuencias negativas como usarlo para afrontar emociones negativas. Algunos estudios demuestran en esta línea una relación entre el uso de cannabis y la presencia de un trauma previo (como abusos o presenciar violencia en edades tempranas).

Se sabe que, en la actualidad, la percepción de riesgo asociado a consumo de cannabis, sobre todo entre los adolescentes es baja, lo que sin duda condiciona tasas de inicio de consumo al alza en este grupo etario

Factores sociales, ambientales y otros

Otros factores de tipo ambiental, social y político, son también importantes para incentivar o prevenir el acceso a la sustancia o la aparición de un consumo de riesgo. Por ejemplo, la disponibilidad de acceso a la sustancia u otras señales que provienen del ambiente. Además, tal como se indicaba inicialmente en este documento, el cannabis se encuentra en vías de regulación y/o legalización en diferentes partes del mundo y, este proceso y la manera en que se lleva a cabo es un asunto relevante para el inicio del consumo en los usuarios y/o de los problemas que se puedan derivar de ello (por ejemplo, la regulación de la publicidad, del etiquetado de los productos, de la composición de los productos que puedan ofrecer los puntos de venta, las limitaciones

de acceso por edad u otras situaciones]. Todo lo anterior, también influye en la percepción de riesgo asociado al consumo, lo que a su vez influye en las conductas relacionadas con el consumo. Se sabe que, en la actualidad, la percepción de riesgo asociado a consumo de cannabis, sobre todo entre los adolescentes es baja, lo que sin duda condiciona tasas de inicio de consumo al alza en este grupo etario.

Además del deseo de experimentar, explorar o pasar un buen rato, hay variedad de factores que contribuyen al inicio y consolidación del consumo de cannabis (así como de otras drogas). En cuanto al uso en la adolescencia, además de ser una época en la que se produce una crisis de identidad, hay un especial deseo de socializar con iguales. El inicio del consumo en edades más tempranas se ha asociado con mayor frecuencia de desarrollo de diversas consecuencias negativas (diversos trastornos mentales, conductas de riesgo asociadas al consumo, entre otros). Por otro lado, el consumo de cannabis en solitario en jóvenes también se ha asociado con consecuencias negativas, como el desarrollo de un trastorno por uso de sustancias. En general, entre los jóvenes el consumo se da especialmente en combinación con tabaco y alcohol, lo que incrementa el potencial adictivo y la posibilidad de daños asociados. Por ello, el inicio de consumo de cannabis en esta época aumenta el riesgo de desarrollar un trastorno en la edad adulta y de consumir otras drogas. Tener padres que consumen se presenta, a su vez, como un factor de riesgo para el consumo y se ha visto que los adolescentes con consumo, presentan dinámicas familiares con más interacciones negativas.

4. CONSECUENCIAS

El uso de cannabis se ha asociado en numerosos estudios con la aparición de diversos trastornos de salud mental y otras consecuencias de salud.

Consecuencias relacionadas con la salud mental

Una de las asociaciones más estudiadas es la del consumo de cannabis con la aparición de psicosis (tanto esquizofrenia como otros trastornos psicóticos). La probabilidad aumenta con el uso de variedades más potentes. De hecho, se ha visto que, si estas

variedades dejaran de estar disponibles, una parte de los casos de inicio de psicosis se podrían prevenir. La edad de consumo y la frecuencia y periodo de uso se relacionan con el riesgo de la aparición de psicosis, que algunos estudios han mostrado que es dosis-dependiente. Además, en personas que consumen cannabis el inicio de la psicosis es más temprano y el uso también se asocia con un peor pronóstico del trastorno.

El uso de cannabis se ha asociado, asimismo, con la presencia de trastornos del humor, tanto con depresión unipolar (episodios de bajada en el ánimo) como de trastorno bipolar (en el que aparecen manías, o elevaciones en el humor, y otros episodios de bajada de ánimo). También se ha podido observar relación con la aparición de conductas autolesivas y suicidas.

Un punto interesante es la relación con trastornos de ansiedad. Aunque muchos usuarios reportan uso de cannabis porque les ayuda ante la aparición de clínica ansiosa, lo cierto, es que la evidencia apunta hacia una relación del consumo de cannabis con el desarrollo y peor evolución de trastornos de ansiedad.

El riesgo de desarrollar una adicción al cannabis se ha de contemplar, por su importante frecuencia. Se ha observado que aproximadamente el 30% de los usuarios de cannabis pueden presentar riesgo de desarrollar adicción (lo que hoy se llama según los sistemas de clasificación de los trastornos, un trastorno por uso de cannabis, TUC). Este dato se ha visto agravado en relación con el aumento de la potencia del cannabis disponible. Una edad de inicio más temprana, una frecuencia de consumo mayor y la asociación del consumo con tabaco son factores que se asocian con un riesgo mayor de presentar un TUC. Y la presencia de un trastorno por uso de cannabis se asocia con la presencia de trastorno por uso de otras sustancias.





Embarazo y lactancia

Como es evidente, no se pueden diseñar estudios experimentales para valorar el efecto del cannabis en mujeres embarazadas, por ello no hay evidencia robusta sobre el efecto teratogénico del consumo de cannabis sobre el feto. Aun así, por los datos disponibles sobre uso de cannabis en el embarazo, se ha visto relación con parto pretérmino, retraso en el crecimiento fetal, bajo peso y talla al nacer, disminución del perímetro craneal, aborto espontáneo y rotura prematura de membranas. Diferentes trabajos han observado también una relación entre la exposición prenatal y el consumo posterior de cannabis y tabaco en la adolescencia y adultez temprana y también con presentar más adelante problemas de conducta, mentales y cognitivos. Lo que es claro, es que el THC pasa la placenta y se excreta por la leche materna.

Consecuencias médicas

Se ha observado relación del consumo de cannabis con consecuencias negativas sobre diferentes aparatos o sistemas. Entre ellas encontramos el infarto agudo de miocardio, arritmias, pericarditis [entre los trastornos cardiovasculares], algunas enfermedades respiratorias, pero sobre todo con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC, asociación de la que se tiene más evidencia de entre los trastornos respiratorios]. Los síntomas gastrointestinales inespecíficos como las náuseas o el dolor abdominal también se han observado. De especial interés es la hiperémesis cannábica, que se trata de un cuadro en el aparecen vómitos difíciles de controlar, que las personas que lo padecen tratan de aliviar con duchas de agua caliente. También se ha asociado con peor evolución en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal y algunas enfermedades hepáticas. La evidencia de la relación del uso de cannabis con

el cáncer a día de hoy es baja, no obstante, se ha observado una relación con el cáncer testicular tipo no seminoma.

En este apartado cabe destacar que para algunas patologías falta evidencia que provenga de estudios con muchos pacientes y con diseños prospectivos. Además, algunos estudios sólo miden la frecuencia, y no la cantidad. El cannabis suele consumirse conjuntamente con el tabaco, lo que dificulta distinguir sus efectos y, además el cannabis que se consume tiene composiciones muy variables y se consume por diferentes vías, que seguramente tengan riesgos asociados diferentes. Por ejemplo, las consecuencias respiratorias que se derivan del uso por vía fumada y que pueden ser muy diferente a las que aparecen con el uso de sustancias comestibles.

Otras consecuencias

Algunos estudios sugieren que el consumo de cannabis se relaciona con peor rendimiento académico, absentismo escolar y abandono prematuro de los estudios. Hay que tener en cuenta que, en este asunto, otros factores seguramente modulan esta relación (es decir, que la situación económica y socio-familiar tienen un impacto importante a la hora de explicar la relación entre el cannabis y los resultados académicos peores).

También se ha relacionado el uso de cannabis con la violencia física en adolescentes y adultos jóvenes y con violencia de pareja y maltrato infantil, así como con accidentes de tráfico. Ya se ha mencionado la relación entre presentar impulsividad como rasgo de personalidad y el uso de cannabis, pero además, varios estudios señalan una relación perjudicial entre el consumo de cannabis y el presentar conductas impulsivas.

Se ha observado relación del consumo de cannabis con consecuencias negativas sobre diferentes aparatos o sistemas

5. TRATAMIENTOS

En la actualidad no existen tratamientos farmacológicos aprobados para el tratamiento del TUC. El abordaje estándar incluye intervenciones de tipo psicosocial, fundamentalmente psicoterapias y manejo de las sesiones con las personas que consultan por un TUC desde la entrevista motivacional.

Tratamientos farmacológicos

Se han realizado estudios para valorar la utilidad de múltiples moléculas para el tratamiento del TUC, pues en tanto que la demanda de tratamiento aumenta y no hay tratamientos farmacológicos, se trata de un campo de estudio de gran interés. Entre los grupos farmacológicos en los que se han llevado a cabo estudios se encuentran los antidepresivos, estabilizadores del humor (fármacos que se utilizan habitualmente en el trastorno bipolar), los antipsicóticos, anticonvulsivantes (fármacos con utilidad para tratar la epilepsia) o los cannabinoides (moléculas derivadas de la planta o sintetizadas en el laboratorio derivadas de las anteriores).

En los casos en los que sí se ha de mantener tratamientos farmacológicos es cuando se da al mismo tiempo la presencia de otros trastornos acompañando al TUC, como la psicosis o los trastornos del humor.

En el caso de la psicosis, en los estudios diseñados para valorar la mayor efectividad de unos antipsicóticos sobre otros o la mejoría también del TUC, además del tratamiento efectivo de la clínica psicótica se ha observado una tendencia favorable hacia la clozapina, con la que algunos estudios observan mejoría en el deseo de consumir o incluso el consumo. Sin embargo, la evidencia no es suficientemente robusta para recomendarlo en todos casos como primera elección, por un perfil de efectos secundarios no favorable y la necesidad de monitorización asociada a su prescripción.

En cuanto a los trastornos del humor, no hay un tratamiento de elección para la asociación con TUC, por lo que se tendrían que abordar ambos trastornos con las herramientas disponibles para cada uno de ellos. De hecho, es importante hacerlo, ya

que la evolución del trastorno del humor, especialmente en el caso del trastorno bipolar se va a ver muy influida por el curso del consumo y del TUC.

Abordajes psicosociales

Así pues, como previamente se mencionaba, el tratamiento de elección en el trastorno por uso de cannabis se basa en intervenciones psicosociales. Las intervenciones estudiadas con mayor evidencia de beneficio son aquellas basadas en la entrevista motivacional, la psicoterapia cognitivo-conductual, las terapias familiares de corte sistémico y las combinaciones y variaciones de estas. De hecho, la combinación de la terapia cognitivo conductual con la entrevista motivacional se ha visto especialmente eficaz. En algunos estudios, el añadir una intervención conductual específica, el manejo de contingencias mejoraba los resultados de abstinencia.

De forma breve, la entrevista motivacional es un estilo comunicativo o abordaje en terapia que facilita la motivación y el compromiso para con el cambio de la persona con quien se está practicando. Es un enfoque utilizado en múltiples ámbitos sociales y de la salud en el cual se practica la aceptación, en lugar de confrontar los intereses propios con los del interlocutor y que trata de evocar sus propios valores a partir de las discrepancias internas que van apareciendo en la conversación [entre la conducta problema y los motivos para cambiarla].

En cuanto a las terapias de corte cognitivo conductual se centran en cómo ciertos pensamientos se vinculan con ciertas conductas. Tratan de identificar un pensamiento aprendido que resulta desadaptativo, dañino, para ayudar a provocar cambios en las conductas y emociones derivadas. Desafía la forma en que un individuo piensa y reacciona ante determinadas situaciones (en las que presenta distorsiones cognitivas) y trata de que este reemplace tipos de afrontamiento, cogniciones, emociones y comportamientos por otros más adaptativos y saludables.

6. CONSEJOS

Según la evidencia disponible en el campo de investigación sobre el cannabis y su uso, se sabe de una serie de principios que serían útiles para la reducción del riesgo de consecuencias asociadas a su consumo:

- No hay un nivel uso de cannabis con el que se pueda evitar cualquier riesgo derivado. La manera más efectiva de evitar todo riesgo se encuentra en abstenerse de su uso.

- Es preferible retrasar el inicio del consumo, especialmente después de la adolescencia.

- Evitar productos con potencia mayor (de mayor concentración de THC y de mayor relación THC/CBD).

- Aunque todas las vías de administración tienen algún riesgo, se debería evitar fumar productos de combustión del cannabis para la protección de la salud respiratoria.

- Evitar una alta frecuencia y cantidad de consumo (aunque no hay suficiente evidencia para especificar un punto de corte concreto de frecuencia o cantidad).

- Se ha de evitar conducir o manejar máquinas durante al menos 6 horas tras el uso de cannabis.

Además, algunas poblaciones especiales se beneficiarían de ser especialmente cautelosos y evitar por completo el consumo. Por ejemplo, en pacientes con patologías previas que puedan resultar agravadas, como patologías respiratorias, personas con antecedentes familiares de psicosis o trastornos por uso de sustancias. También, debido a que el cannabis pasa la placenta y se excreta por la leche materna y, ante la presencia de estudios que relacionan la exposición prenatal al cannabis

con consecuencias adversas en el feto y en el desarrollo posterior, se aconseja la abstinencia durante el embarazo y lactancia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Socidrogalcohol. [2022]. Guía clínica de cannabis. <https://socidrogalcohol.org/proyecto/guia-clinica-de-cannabis>
2. Freeman, T. P., Craft, S., Wilson, J., Stylianou, S., ElSohly, M., Di Forti, M., & Lynskey, M. T. [2021]. Changes in delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) and cannabidiol (CBD) concentrations in cannabis over time: systematic review and meta-analysis. *Addiction* (Abingdon, England), 116(5), 1000–1010. <https://doi.org/10.1111/add.15253>
3. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2022. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2022. 293 p
4. Miller, W. R., Rollnick, S. & Fernández, A. M. [2015]. La entrevista motivacional 3a edición: Ayudar a las personas a cambiar [Psicología Psiquiatría Psicoterapia]. Ediciones Paidós.
5. Casajuana Kögel, C., López-Pelayo, H., Oliveras, C., Colom, J., Gual, A., & Balcells-Oliveró, M. M. [2021]. The relationship between motivations for cannabis consumption and problematic use. Relación entre las motivaciones para consumir y el consumo problemático de cannabis. *Adicciones*, 33(1), 31–42. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1221>
6. Connor, J. P., Stjepanović, D., Le Foll, B., Hoch, E., Budney, A. J., & Hall, W. D. [2021]. Cannabis use and cannabis use disorder. *Nature reviews. Disease primers*, 7(1), 16. <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00247-4>
7. Fischer, B., Robinson, T., Bullen, C., Curran, V., Jutras-Aswad, D., Medina-Mora, M. E., Pacula, R. L., Rehm, J., Room, R., Brink, W., & Hall, W. [2022]. Lower-Risk Cannabis Use Guidelines (LRCUG) for reducing health harms from non-medical cannabis use: A comprehensive evidence and recommendations update. *The International journal on drug policy*, 99, 103381. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103381>

PREVENCIÓN DE ADICCIONES EN CANARIAS

CANNABIS

SOCIDROGALCOHOL
Sociedad Científica Española
de Estudios sobre el Alcohol,
el Alcoholismo y las otras Toxicomanías



SECRETARÍA DE ESTADO
DE SANIDAD
MINISTERIO
DE SANIDAD
DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA IS. PLURINACIONAL SOBRE ENCIAS

canaria  **saludable.org**


Servicio
Canario de la Salud


Gobierno
de Canarias