



XIII JORNADAS SOBRE DROGODEPENDENCIAS "CANNABIS"



**XIII JORNADAS SOBRE
DROGODEPENDENCIAS
“CANNABIS”**

Valencia, 25 de noviembre de 2004

Comité Organizador

Presidente:

Francisco J. Bueno Cañigral

Secretaria:

Laura Ferrer Mora

Vocales:

Rocío Benito Corchete

Vicent Ferrer i Marco

Asunción Hernández Lahuerta

Mario Jordá Gilabert

Rosa María Martí Nadal

Ana Quiles Puchades

Ana Soler Díaz

Comité Técnico

Presidente:

Juan Carlos Valderrama Zurián

Secretario:

Ricardo Pérez Gerada

Vocales:

Laura Braulio Sánchez

Salvador Campins Espí

Agustín Durán Gervilla

Amparo Gisbert Tío

Armando Serrano Badía

Edita:

Plan Municipal de Drogodependencias

Concejalía de Sanidad y Consumo

Ayuntamiento de Valencia

Depósito legal:

Producción:

Gorcrea, S.L.

INDICE:

INAUGURACIÓN

Ilmo. Sr. D. Bartolomé Pérez Gálvez. Director General de Atención a la Dependencia. Consellería de Sanidad. Generalitat Valenciana.	9
Ilmo. Sr. D. Esteban Morcillo Sánchez Decano de la Facultad de Medicina Universidad de Valencia	11
Ilmo. Sr. D. Ramón Isidro Sanchis Mangriñán. Concejal de Sanidad y Consumo. Ayuntamiento de Valencia.	13
Excmo Sr. D. Ignacio Calderón Balanzategui Director General de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD)	17

PONENCIA:

“CONSUMO DE CANNABIS EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA:EVOLUCIÓN Y CARACTERÍSTICAS”	19
Dr. D. César Pascual Fernández Coordinador del Informe del Cannabis.	

MESA REDONDA:

“CONDUCTAS DE RIESGO / VIDA SANA”	33
Moderador: D. Francisco Jesús Bueno Cañigral. Jefe de Servicio. Plan Municipal de Drogodependencias. Concejalía de Sanidad y Consumo. Ayuntamiento de Valencia.	34
D. Amedeo Carboni Futbolista. Valencia S.A.D.	
“Actividades deportivas: El fútbol”	39
D ^a Elena Corcoles Deportista del Equipo “Valencia Terra i Mar”	
“Actividades deportivas: El atletismo”	43

D. César Pascual Fernández.
Coordinador del Informa sobre el Cannabis.
“Conductas de riesgo” 45

DEBATE:

“CANNABIS. MITOS Y REALIDADES” 49

Moderador:

D. Juan Carlos Valderrama Zurián. 50

Profesor Titular de la Facultad de Medicina.

Universitat de València.

Asesor Técnico de la FEPAD.

D. Amador Calafat Far.

Irefrea. Director Revista Adicciones.

“Qué influye en el uso y abuso de cannabis” 53

D. Rafael Maldonado López.

Catedrático de Farmacología de la Unidad de Neurofarmacología.

Universidad Pompeu i Fabra Barcelona.

“Mecanismos implicados en la adicción a cannabinoides” 63

D^a Giselle Amador Muñoz.

Coordinadora del Área Técnica.

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA).

San José. Costa Rica.

“Consumo de marihuana en Costa Rica” 73

CLAUSURA

Ilmo. Sr. D. Ramón Isidro Sanchis Mangriñán 87

Concejal de Sanidad y Consumo.

Ayuntamiento de Valencia.

Ilmo. Sr. D. Máximo Caturla Rubio 89

Secretario Autonómico de Educación

Consellería de Cultura, Educación y Deporte

INAUGURACIÓN

Ilmo. Sr. D. Bartolomé Pérez Gálvez.

Director General de Atención a la Dependencia.
Consellería de Sanidad. Generalitat Valenciana.

Buenas tardes y bienvenidos a esta XIII Jornada de Drogodependencias, organizada por la Concejalía de Sanidad y Consumo del Ayuntamiento de Valencia y la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), en colaboración con la Dirección General de Atención a la Dependencia de la Consellería de Sanidad de la Generalitat Valenciana y en la destacados expertos van a abordar el tema del “Cannabis” en nuestra sociedad.

Como años anteriores se demuestra la importancia de esta Jornada, como marco de información y prevención de las drogodependencias en Valencia, dado el gran número de asistentes que nos honráis con vuestra presencia, lo que demuestra el interés de los jóvenes, en edad o en espíritu, por estos temas de gran repercusión social y que cada año debatimos en estas Jornadas.

Lamentablemente en el último año, la demanda de asistencia por dependencia al cannabis, es la que más ha aumentado porcentualmente, en comparación con otras drogas. Siguiendo el mismo modelo matemático, que ya funcionó para evaluar las tendencias de lo que iba a ocurrir con la heroína y con la cocaína, a la vista del crecimiento exponencial de los últimos tres años nos encontraremos en el año 2008 con más de 2.000 adictos al cannabis en tratamiento de desintoxicación y deshabituación.

Podemos afirmar que el incremento del número de personas atendidas por adicción al cannabis en la Comunidad Valenciana, hace prever una epidemia asistencial en los próximos años en nuestro entorno.

Ante esta situación, debemos entre todos informar y concienciar a la población de cuales son los riesgos de futuro y además tenemos la obligación desde los poderes públicos, de tomar medidas correctoras para intentar frenar esta tendencia en el transcurso del tiempo.

A pesar de que el número de personas atendidas en las Unidades de Conductas Adictivas aún no es elevado en términos absolutos, se prevén cerca de 700 casos totales al final de este año 2004, estamos en un momento óptimo para intervenir antes de que sea tarde para lamentarnos.

Debemos entre todos, combatir el discurso que existe entre algunos políticos, medios de comunicación y la sociedad sobre los supuestos beneficios del cannabis y que generan confusión en las personas. Los bajos niveles de percepción de riesgo aumentan el consumo de cannabis y el 10 % de los consumidores se convierten en adictos.

Entre las características de la población adicta al cannabis atendida por la red pública sanitaria de la Comunidad Valenciana, hay que destacar que el 82 % son hombres frente a un 18 % que son mujeres, existiendo un machismo subyacente que hace que las mujeres tengan más reparo para demandar ayuda y acudir a tratamiento.

La edad media de inicio al consumo de cannabis es de 16 años, el 84 % de la población atendida por dependencia a esta sustancia es soltera, el 23 % estudiante y un 67 % convive con su familia de origen. Un 26 % ha tenido problemas judiciales, principalmente por consumir cannabis en la vía pública. Dos terceras partes de los dependientes al cannabis consumen esta sustancia diariamente.

La influencia del grupo de amigos es importante a la hora de valorar los consumos por cannabis, ya que muchos jóvenes equiparan el consumo de cannabis al consumo de tabaco, lo que unido a la presión del grupo, hace que exista una gran tolerancia en los consumos.

Todo lo anteriormente expuesto, son datos suficientemente elocuentes para que la juventud tenga conocimiento de los mismos, así como que conozcan todas las acciones en el organismo y características del cannabis y las alternativas de ocio saludables que debe cada uno buscar, para velar por su salud, evitando consumos de riesgo.

Destaco por último la gran importancia que tiene la celebración de una Jornada como esta, para que los excelentes profesionales que van a intervenir os transmitan adecuada información sobre el cannabis, para entre otros conseguir una mayor prevención y una disminución de su consumo.

Muchas gracias a todos por vuestra asistencia.

INAUGURACIÓN

Ilmo. Sr. D. Esteban Morcillo Sánchez

Decano de la Facultad de Medicina
Universidad de Valencia

Buenas tardes y gracias a todos por vuestra asistencia a esta XIII Jornada de Drogodependencias, que este año versa sobre “Cannabis” y que como ya viene siendo habitual, año tras año, organiza el Ayuntamiento de Valencia y la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), en colaboración con la Dirección General de Atención a la Dependencia de la Consellería de Sanidad de la Generalitat Valenciana. Es para nosotros un gran motivo de satisfacción el que se haya elegido esta extraordinaria Aula Magna de la Facultad de Medicina para la celebración de la misma, confiando que la estancia en la misma sea satisfactoria para todos y que los ponentes que van a participar en el día hoy, despierten el interés por un tema tan actual como el cannabis.

Es una realidad que en nuestra sociedad se detecta un aumento del consumo del cannabis entre la juventud, con cierta permisibilidad y tolerancia al igual que ocurría y ocurre con el alcohol y con el tabaco.

Parece ser, que no existe por parte de los jóvenes percepción del riesgo que acarrea el uso y el abuso de estas sustancias, existiendo además movimientos sociales que defienden su consumo y la legalización del mismo.

Estos consumos que van asociados a las actividades de ocio de la juventud, están planteando problemas a los jóvenes, que se irán incrementando en el transcurso del tiempo, si no se ataja con medidas preventivas esta situación.

La tarea más importante que nos compete a todos en la actualidad, es la de informar a todos los ciudadanos sobre estas circunstancias; por eso esta Jornada en la que participan un buen número de profesionales deben servir para que todos ustedes adquieran unos conocimientos sobre el tema, que no solamente le sea de aplicación en su vida diaria, sino que sepan transmitirlo en su entorno personal y en el futuro ámbito profesional, porque me consta que la inmensa mayoría de los asistentes a esta Jornada sois profesionales o estudiantes de las diferentes ramas que engloban las Ciencias de la Salud.

Con nuestra intención de seguir colaborando con las Administraciones Públicas en cuantas actividades se consideren de interés y con el objetivo de que esta Jornada les sea de gran utilidad, les deseo un feliz día.

INAUGURACIÓN

Ilmo. Sr. D. Ramón Isidro Sanchis Mangrián.

Concejal de Sanidad y Consumo.

Ayuntamiento de Valencia.

Buenas tardes y bienvenidos a todos a esta “XIII Jornada sobre Drogodependencias”, organizadas por el Plan Municipal de Drogodependencias (PMD) del Ayuntamiento de Valencia, junto con la Dirección General de Atención a la Dependencia de la Consellería de Sanidad de la Generalitat Valenciana y la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD).

Como Concejal de Sanidad y Consumo, me gustaría transmitirles la gran satisfacción que siento por el trabajo que desde el Plan Municipal de Drogodependencias (PMD) se ha realizado durante este último año. Como sabéis, en cumplimiento de la Legislación Autonómica, el pasado mes de diciembre del año 2003 dejamos de realizar asistencia sanitaria a las drogodependencias, asumiendo esta tarea las Unidades de Conductas Adictivas (UCA's) de la ciudad de Valencia que dependen de la Consellería de Sanidad, para dar paso a la implementación de una serie de actuaciones en materia de drogodependencias recogidas en el Plan Municipal de Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos 2004-2008 (PMD).

Estas actuaciones se centran fundamentalmente en el ámbito de la prevención utilizando como marco teórico la “Educación para la Salud”, marco que persigue la promoción de hábitos saludables a través de la formación en actitudes y valores en el ámbito escolar, la intervención familiar y comunitaria y por último, la generación de alternativas de ocio saludable y tiempo libre.

El objetivo que nos planteamos con la creación de este Plan Municipal de Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos 2004-2008 (PMD), es el de sensibilizar, orientar e informar a la población sobre las sustancias y conductas que son susceptibles de generar dependencia, de los efectos y consecuencias derivadas del uso y abuso de drogas así como de otros trastornos adictivos.

La “Jornada sobre Cannabis” que hoy tengo la satisfacción personal de inaugurar, quedan enmarcadas dentro de las actuaciones que se llevan a cabo desde el área de Prevención Comunitaria del PMD. Creemos que este tipo de actuaciones preventivas son necesarias en nuestra sociedad, y ustedes lo demuestran año tras año con su interés y presencia.

Dentro del amplio abanico de posibles temas relacionados con el ámbito de las drogodependencias, hemos creído conveniente seleccionar el tema del cannabis por varios motivos:

- En primer lugar, desde un punto de vista epidemiológico, se ha producido un preocupante aumento en el número de jóvenes que cada vez se inician en el consumo de cannabis a edades más tempranas. Concretamente, según datos extraídos de la Encuesta Escolar sobre Drogas, 2002, (Observatorio Español sobre Drogas), estamos hablando de una edad media de inicio de 14,7 años en la población escolar (14-18 años). Esta misma encuesta nos revela otro dato alarmante: un 36'9% de los escolares entre 14 y 18 años han probado el cannabis y un 22% lo consume habitualmente.
- En segundo lugar, se ha producido un descenso en la percepción de riesgo asociada al consumo de cannabis. Además, parece ser que esta sustancia está cada vez más presente en el entorno de muchos jóvenes, aumentando la percepción de accesibilidad y disponibilidad de la misma. Sin embargo, estudios recientes demuestran la relación entre el consumo repetido de cannabis y las dificultades para concentrarse en el trabajo y en los estudios. También se asocia su consumo repetitivo e intensivo con un aumento en la probabilidad de la aparición de sintomatología ansioso-depresiva y psicótica.
- Por otra parte, llama la atención que a pesar de la importancia que en estos últimos años ha adquirido el cannabis en la sociedad Española, apenas contamos con estudios monográficos actualizados sobre las formas, consecuencias y patrones de consumo. Además, este conocimiento científico no suele trascender a la opinión pública y cuando lo hace es en muchas ocasiones de manera sesgada creando un clima de confusión. Se ha generado un mensaje de banalidad asociada a mensajes positivos e incentivadores del consumo.
- En cuanto a la legislación española, mientras que la sociedad percibe con claridad el mensaje penal, muestra un gran desconocimiento de las conductas sancionadas administrativamente, lo que transmite una sensación de completa licitud de determinadas conductas, como es el caso del consumo en lugares públicos.

A lo largo de esta Jornada, vamos a ofrecerles una información lo más objetiva posible acerca de la evolución y las características del consumo de cannabis en la población española, acerca de los factores de riesgo asociados con el consumo de esta sustancia, de los mecanismos implicados en la adicción a los cannabinoides

y acerca de las alternativas de ocio saludable de que disponen los jóvenes hoy en día para hacer frente a esta preocupante situación.

Por mi parte, sólo me queda agradecerles su asistencia a esta Jornada, esperando que sea de su agrado y que satisfaga sus expectativas, de lo cual estoy seguro, y agradecer personalmente la presencia en este acto de inauguración a D. Bartolomé Pérez Gálvez, Director General de Atención a la Dependencia, a D. Esteban Morcillo, Decano de la Facultad de Medicina, y a D. Ignacio Calderón Director General de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD).

Gracias a todos por hacer que este tipo de actos sigan despertando tanto interés.

INAUGURACIÓN

Excmo Sr. D. Ignacio Calderón Balanzategui

Director General de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD)

Buenas tardes y bienvenidos a esta Jornada sobre Drogodependencias.

La realidad de los problemas asociados a los consumos de drogas y la percepción que de esos problemas tiene la población ha evolucionado de forma importante en los últimos años. Así, sustancias como los derivados del cannabis que no figuran como una de las sustancias que generen demasiada inquietud en la población por la escasa percepción de riesgo que se mantiene sobre su consumo, sin embargo, sí que están movilizando en la actualidad al colectivo profesional preocupado por aspectos como:

- La investigación científica aporta datos sobre los efectos del consumo (agentes cancerígenos del humo, déficits en memoria y atención, repercusiones en la salud mental, aumento de la frecuencia en la realización de actividades de riesgo bajo sus efectos como la conducción, las relaciones sexuales sin protección...) que no concuerdan con la escasa percepción de riesgo por parte del público.
- Se detecta una tendencia al aumento del consumo especialmente entre los jóvenes y entre las mujeres. La edad de inicio del consumo se sitúa en torno a los 16 años y los consumos se realizan habitualmente en grupo y en lugares públicos. Durante el año 2004 el Servicio de Información y Orientación Telefónico sobre Drogas de la FAD ha detectado como un 20% del total de las llamadas en las que hay un consumidor éste consume derivados del cannabis, porcentaje que ha ido en aumento desde el 14,2% de 1998 o el 7,3% de 1993.
- Es un consumo de tipo recreativo, asociado al tiempo de ocio, perdiendo toda conexión con valores contraculturales de épocas anteriores.
- Asociado al consumo de otras sustancias, principalmente alcohol y tabaco.
- Se aprecia un aumento de los cultivos clandestinos y “caseros” con una alta concentración de principio activo (THC).
- Es frecuente la utilización de sus potenciales usos terapéuticos en enfermedades terminales para la promoción del uso recreativo.

Ante esta situación la FAD y el Ayuntamiento de Valencia han querido promover la celebración de estas Jornadas en la que los expertos convocados nos aporten sus conocimientos y nos transmitan los datos más relevantes a los que se ha llegado en las últimas investigaciones. Un espacio para la reflexión de los profesionales implicados en la prevención de los problemas asociados a estos consumos, que nos permita avanzar, con la suma del esfuerzo de todos, en el diseño y el desarrollo de políticas y programas más eficaces en esta materia que den adecuada respuesta a los retos planteados en la actualidad.

Es también una oportunidad para que transmitamos a la opinión pública información y elementos de análisis que permitan un conocimiento más ajustado a la realidad que esta sustancia presenta y que no es coincidente con la percepción que la sociedad actualmente tiene sobre la misma.

PONENCIA:

**“CONSUMO DE CANNABIS EN LA POBLACIÓN
ESPAÑOLA:EVOLUCIÓN Y CARACTERÍSTICAS”**

Dr. D. César Pascual Fernández
Coordinador del Informe del Cannabis

INTRODUCCIÓN

Según los últimos datos recogidos por el Observatorio Español sobre Drogas los jóvenes españoles con edades comprendidas entre los 14 y 18 años consumen fundamentalmente drogas legales, es decir, alcohol y tabaco. Y lo hacen de forma importante.

Sustancias	Consumo alguna vez	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Alcohol	75,7	74,8	55,1
Tabaco	32,8	---	28,8
Cannabis	36,9	32,4	22
Tranquilizantes	6,5	4,6	2,4
Cocaína	7,4	6	3,1
Speed	5	3,7	1,9
Éxtasis	6,1	4,1	1,7
Alucinógenos	4,3	3,1	1,3
Sust. Volátiles	3,5	2,1	1,1

FUENTE: Observatorio Español sobre Drogas.

Conviene señalar no obstante que hemos de diferenciar los diferentes tipos de usos de drogas que hacen nuestros jóvenes. No es lo mismo realizar un consumo experimental de sustancias, práctica que incluso podríamos considerar inherente a la propia condición adolescente que llevar a cabo los llamados consumos recreativos donde el uso de drogas se vincula fundamentalmente a prácticas de ocio.

Cuestión aparte lo constituyen los usos problemáticos donde, bien sea en un marco de consumo esporádico o habitual, encontramos otra serie de consecuencias derivadas de los mismos que requieren de un abordaje diferenciado.

Características más importantes en los consumos de CANNABIS.

En este sentido tal como se recoge en la tabla anterior podemos observar que los consumos de alcohol tabaco y cannabis de alguna vez y en el último año, lo que vendría a reflejar el uso experimental u ocasional están definidos por

cifras que podemos considerar muy altas y que guardan estrecha relación con la disponibilidad.

Sin embargo si analizamos las cifras referidas a consumo en los últimos 30 días que viene a reflejar consumos más habituales observamos una reducción lógica en las cifras que sin embargo en el caso del cannabis es porcentualmente menor. Aún con todo conviene señalar:

1. En nuestro país el cannabis es la droga ilegal más consumida con gran diferencia sobre el resto de drogas ilegales. Este consumo se da en todos los tramos de edad y en todas las tipologías de consumo.

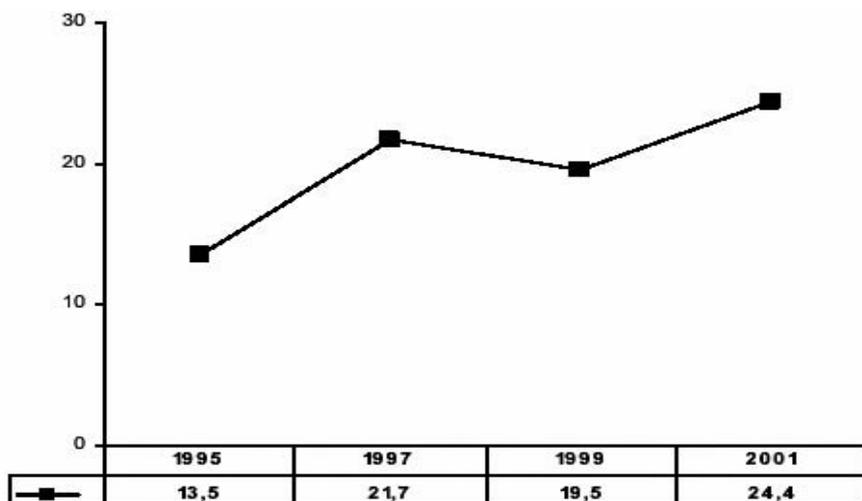
2. En 2001 entre los españoles de entre 15 y 64 años:

- Un 24,4% de la había probado alguna vez,
- Un 9,7% la había consumido en los últimos 12 meses,
- Un 6,5% en los últimos 30 días y,
- Un 1,6% a diario en los últimos 30 días.

3. Siguiendo las tendencias de los últimos años el consumo creció de forma importante en el período 1995-2001:

- La prevalencia de consumo alguna vez en la vida aumentó de un 13,5% a un 24,4%
- La prevalencia de consumo en los últimos 12 meses subió de 6,8% a 9,9%
- La prevalencia de consumo en los últimos 30 días aumentó de un 3,1% a un 6,5%
- La prevalencia de consumo diario en los últimos 12 meses pasó de 0,7% al 1,6 %

4. Además la prevalencia de consumo semanal que pasó de 3,9% en 1997 a 8,5% en 2001 ha seguido aumentando en una tendencia que avanza hacia la generalización.



Fuente Observatorio sobre Drogas.

Prevalencia de consumo de cánnabis alguna vez en la vida (porcentaje). España, 1995-2001

5. La evolución de la prevalencia de cannabis en nuestro país en los últimos años ha sido:

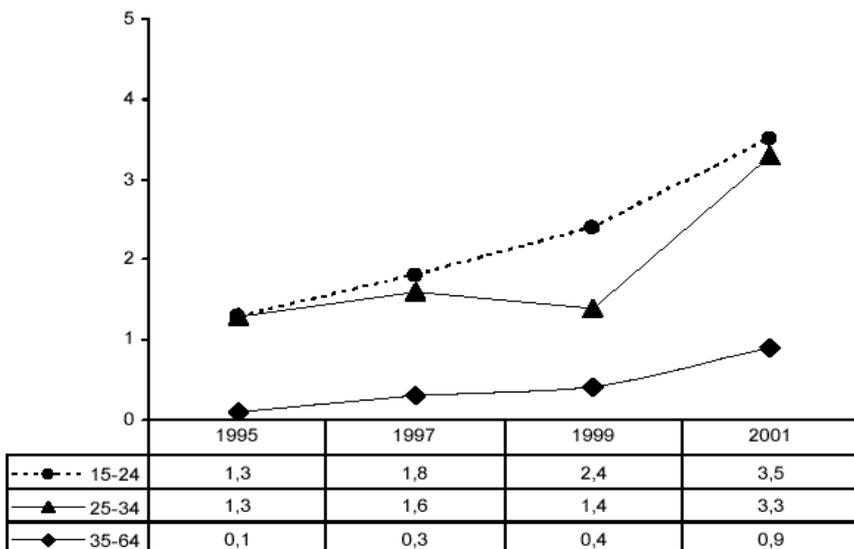
Consumo en:	1995	1997	1999	2001
Alguna vez	13,5	21,7	19,5	24,4
Últimos 12 meses	6,8	7,5	6,8	9,9
Últimos 30 días	3,1	4	4,2	6,5
Diario	0,7	0,9	1,1	1,6

FUENTE: Observatorio Español sobre Drogas.

Consumo por rango de edad y sexo.

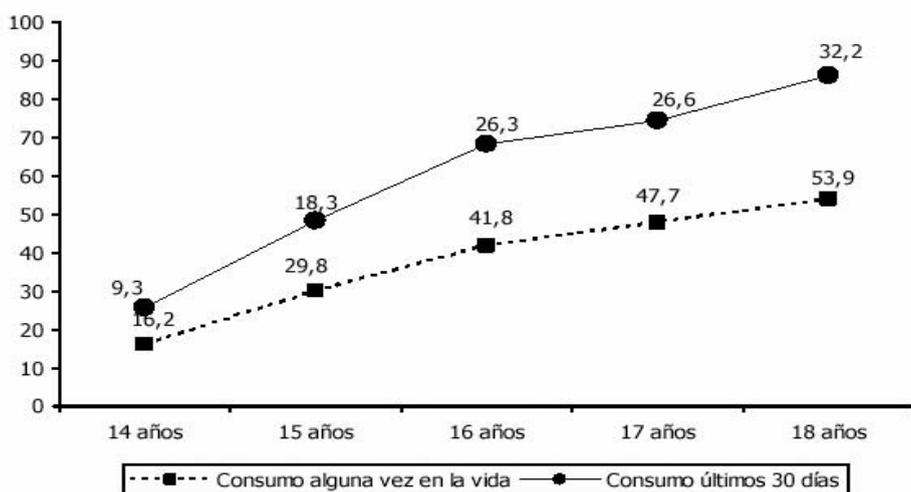
En términos generales en la población de 15-64 años la prevalencia más elevada aparece en el grupo 20-24 años (40,1% en 2001) y la más baja en el grupo 40-64 años (12,1%). Por otra parte, dicha prevalencia fue mucho más alta en varones (31,9% en 2001) que en mujeres (16,9%).

- En el período 1995-2001 la prevalencia de consumo aumentó en todos los grupos de edad y sexo. Los mayores aumentos relativos se observaron en el grupo de 40-64 años y en el de 15-19 años. El aumento fue más alto en mujeres que en hombres.



FUENTE: Observatorio Español sobre Drogas.

- Estos datos ponen de manifiesto que en los años más recientes se ha producido un aumento importante de la experimentación con cannabis, principalmente entre los más jóvenes y entre las mujeres.
- El cannabis es la droga ilegal más consumida entre los estudiantes: un 36,9 % la han probado y un 22 % la consumen habitualmente.



FUENTE: Observatorio Español sobre Drogas.

- Efectivamente continúa la tendencia creciente del consumo de cannabis. En el período 2000-2002 los jóvenes que han consumido esta sustancia habitualmente han pasado del 19,4% al 22%. Este gran incremento es preocupante por cuanto se trata de un ritmo porcentual de crecimiento muy alto (más de 2.5 puntos).

La edad de inicio en el consumo de drogas.

En relación a las edades de contacto o inicio en el consumo de las diferentes sustancias podemos observar que el contacto de los jóvenes con las diferentes drogas se produce en edades tempranas. En este sentido el tabaco es la sustancia que primero se empieza a consumir. La edad media de inicio al consumo de cannabis se sitúa en 14,7 años después de tabaco, alcohol y tranquilizantes (13,1 años, 13,6 años y 14,6 años respectivamente). La edad media de inicio en el consumo del éxtasis, la cocaína y los alucinógenos es posterior a los 15 años. No existen diferencias significativas por sexos en las edades de inicio al consumo de las distintas drogas.

Características generales del consumo de cannabis en nuestro país.

- Motivación para el consumo: La curiosidad es la principal razón por la que se prueba por primera vez, seguida de la diversión y el sentir nuevas sensaciones.
- Deteniéndonos un poco más en la caracterización de los consumos podemos afirmar que el patrón de consumo de cannabis dominante entre los jóvenes de 14 a 18 años continúa siendo experimental u ocasional, vinculado al ocio y al fin de semana.
- Problemas asociados al consumo: Una proporción significativa de los estudiantes (46,4%) consumidores de cannabis afirma haber sufrido problemas asociados al consumo: pérdida de memoria, tristeza, apatía, dificultad para estudiar, etc.

La continuidad en los consumos.

Un aspecto importante a analizar desde una óptica preventiva es la continuidad en los consumos, es decir el porcentaje de jóvenes que habiendo probado una droga, la sigue consumiendo. En este sentido se observa entre los jóvenes que:

- Como cabía esperar, los consumos de tabaco y alcohol son los que presentan una mayor continuidad. El porcentaje de jóvenes que habiendo probado estas sustancias las sigue consumiendo en los “últimos 30 días” es del 87,8% y 72,8%.

- El cannabis presenta una continuidad menor aunque muy importante (59,6%).
- Se ha reducido la continuidad en el consumo de cannabis en los últimos años aunque levemente.

El policonsumo de drogas.

En relación al policonsumo un porcentaje elevado de jóvenes consumen varias sustancias, observándose una asociación estrecha entre los consumos de cannabis alcohol y tabaco:

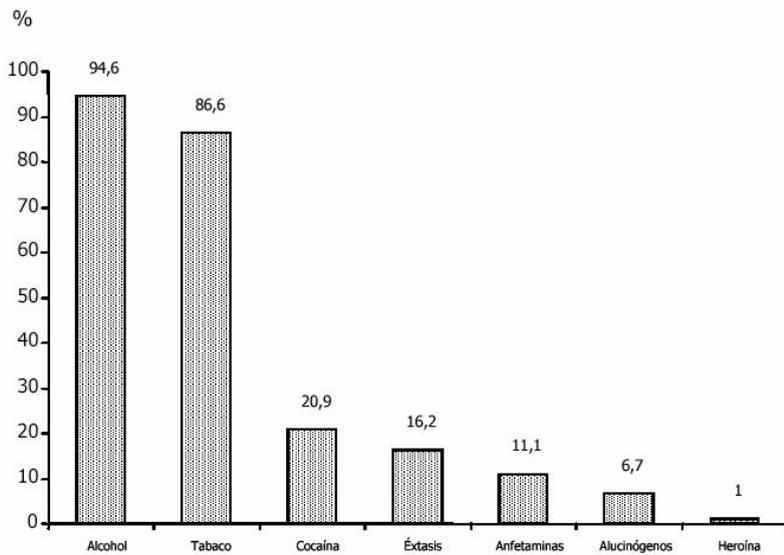
Entre los consumidores en el último año de cannabis, el 97% son consumidores de alcohol en ese periodo, un 70% ha consumido alguna vez tabaco, un 17% éxtasis y un 21% cocaína.

Quienes han experimentado con el tabaco son en un 95,5% de los casos consumidores ocasionales de alcohol y en un 69% de cannabis.

Un 42% de los que han consumido bebidas alcohólicas en el último año, han consumido también cannabis en ese periodo.

El porcentaje de consumidores de otras sustancias psicoactivas entre la población consumidora de cannabis (15-64 años) viene recogido en la siguiente gráfica.

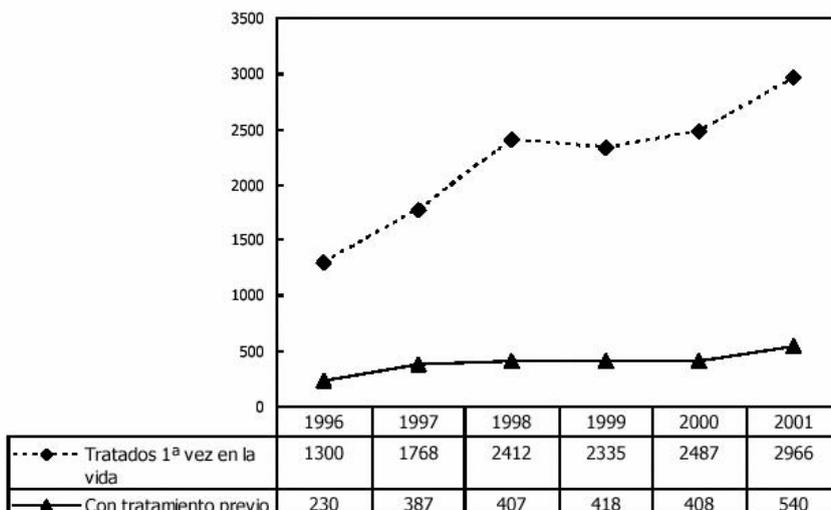
Podemos observar que independientemente del consumo de sustancias legales (alcohol y tabaco) muy por encima de la media de consumo en la población también se encuentran significativamente sobre-representado el consumo de sustancias de tráfico ilícito, especialmente cocaína y éxtasis.



Demanda de tratamiento por consumo de cannabis:

En cuanto a la demanda de tratamiento por problemas relacionados con el consumo de cannabis podemos destacar los siguientes hechos significativos:

- En primer lugar se ha observado en los últimos años una creciente demanda de tratamiento, especialmente de casos nuevos.
- La edad media de los casos admitidos a tratamiento es muy inferior (24,1 años) a la de las demás drogas y con tendencia a disminuir
- Se observa que los menores de 18 años constituyen el grupo que mayor demanda de tratamiento realiza por consumo de cannabis.
- La población entre 14 y 18 años reconoce problemas asociados al consumo de cannabis, con gran representación de la esfera psicológica.

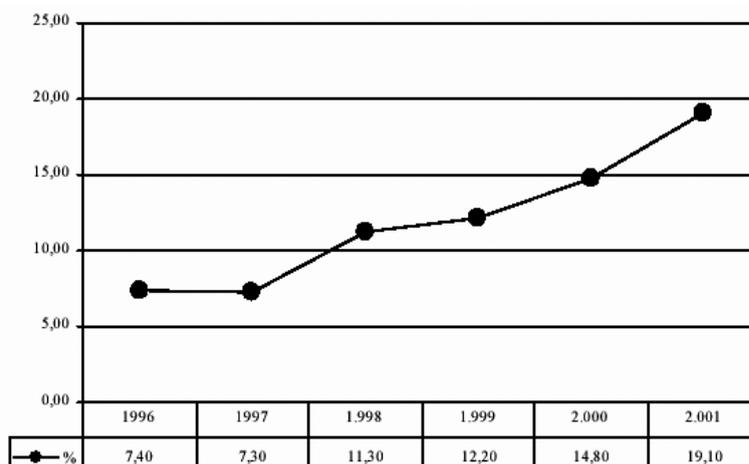


FUENTE: Observatorio Español sobre Drogas.

Demanda de asistencia en urgencias hospitalarias por consumo de drogas.

En relación con las asistencias en los servicios de urgencia hospitalarios, durante los últimos años los datos disponibles nos sitúan en posición de afirmar que el cannabis ha aumentado su presencia en las urgencias hospitalarias asociadas a drogas ilegales.

Así, en 1996, el 6,2% de las urgencias en las que se detectaron sustancias tóxicas ilegales registraron la presencia de cannabis, cifra que ascendió al 16,9% en 2001.



FUENTE: Observatorio Español sobre Drogas.

Presencia de cannabis en fallecidos por consumo de drogas:

- Los fallecidos en los que se detecta cannabis también han experimentado un aumento. En 1996, el 6,5% de los fallecidos que habían consumido sustancias tóxicas ilegales tenían restos de cannabis, mientras que en 2001 se contabilizó un 18,7%.

Toxicología de muestras de cannabis.

- Los análisis realizados por el Instituto de Toxicología revelan un aumento de las concentraciones de THC, el componente psicoactivo del cannabis, en los porros que se consumen en España. Así, en la memoria de 1994 se describe una concentración media que oscilaba entre el 4 y el 7%; en 1998, entre el 8 y el 10%, y en 2000, entre el 10 y el 14%. Este último estudio se realizó sobre 2.929 muestras.
- La segunda edición de la obra Drogodependencias, de 2003, habla de concentraciones medias de THC de entre el 10% y el 20%.

Entre las causas de este aumento encontramos razones tales como:

- El aumento de THC en los porros se debe a la selección de semillas y a la mejora de las técnicas de cultivo, dos aspectos en los que trabaja la industria que cultiva cáñamo.
- Las publicaciones de promoción del cannabis dedican un extenso espacio a explicar cómo conseguir el máximo rendimiento de las plantas y mayores concentraciones de THC.

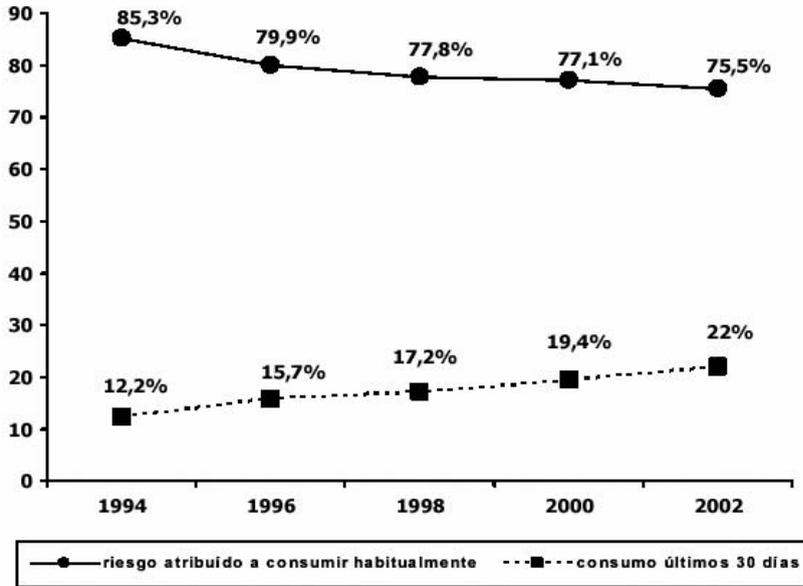
Percepción del riesgo asociado al consumo de cannabis:

La población general establece importantes diferencias entre la percepción del riesgo del consumo de cannabis y el del consumo de otras sustancias. Los más jóvenes (15-34 años) perciben más riesgo asociado al consumo habitual de drogas ilegales distintas del cannabis.

Sin embargo entre la población de 14 a 18 años encontramos que la percepción del riesgo está vinculada al consumo de las sustancias: cuanto mayor es el riesgo atribuido a una sustancia menor es el porcentaje de consumidores. En este sentido:

- Los jóvenes asocian el riesgo a la frecuencia de consumo de una droga más que a la sustancia en sí. El riesgo asociado al consumo habitual de cualquier droga es superior al del consumo ocasional.

- El alcohol es la sustancia cuyo consumo habitual es percibida con menos riesgo. Al cannabis y el tabaco les asocian un riesgo similar.
- En general respecto al año 2000 en el 2002 aumentó la percepción del riesgo de todas las drogas, excepto del cannabis que disminuyó tanto en lo que respecta al consumo experimental (cuatro puntos) como habitual (1 punto y medio).



FUENTE: Observatorio Español sobre Drogas.

A modo de conclusión con los datos disponibles podemos afirmar que todos los indicadores muestran que el consumo de cannabis y los problemas relacionados con dicho consumo se han incrementado de forma muy notable en los últimos años, con especial tenencia en los 2 últimos lustros. Más aún las tendencias detectadas nos hacen pensar que este aumento va a proseguir en los próximos años y que por tanto es necesario el diseño y puesta en marcha de estrategias de intervención ante el fenómeno (especialmente entre la población adolescente y juvenil donde se registran los mayores aumentos) para frenar la constante en el incremento tanto de consumo como de problemas. En este sentido la evidencia científica hoy en día disponible ya demuestra que los usos de cannabis, especialmente de forma continuada, incrementan la vulnerabilidad para la presencia de distintos problemas clínicos, el agravamiento de los mismos e incluso su aparición.

MESA REDONDA

“CONDUCTAS DE RIESGO / VIDA SANA”

Moderador:

D. Francisco J. Bueno Cañigral.

Jefe de Servicio. Plan Municipal de Drogodependencias.

Concejalía de Sanidad y Consumo.

Ayuntamiento de Valencia.

D. Amedeo Carboni.

Futbolista. Valencia S.A.D.

“Actividades deportivas: El fútbol”.

D^a. Elena Corcoles.

Deportista Equipo “Valencia Terra i Mar”.

“Actividades deportivas: El atletismo”.

D. César Pascual Fernández.

Coordinador del Informe del Cannabis.

“Conductas de riesgo”.

MODERADOR

D. Francisco Jesús Bueno Cañigral.

Jefe de Servicio. Plan Municipal de Drogodependencias.

Concejalía de Sanidad y Consumo. Ayuntamiento de Valencia.

Buenas tardes a todos, tras la extraordinaria ponencia del Dr. César Pascual sobre la situación del consumo de cannabis en España, vamos a comenzar esta mesa redonda “Conductas de Riesgo versus Vida Sana”, con la intención de valorar estas posturas enfrentadas, tan cotidianas en nuestros días.

Por una parte las conductas de riesgo que asumen las personas y que llevan al consumo de drogas y por otra cuales son las características educativas, de salud que nos conducen a fomentar comportamientos de vida adecuados para llevar una vida sana, en la que el ejercicio físico y el deporte tienen un papel muy importante.

El sistema educativo constituye un pilar fundamental en nuestra sociedad, debiendo transmitir a los niños y a los jóvenes, conocimientos, actitudes y valores, para el completo desarrollo personal como seres humanos, creando una identidad y cultura propias, que sirva para desarrollar una vida sana y de esta forma contribuir a la génesis de una adecuada calidad de vida.

La vida sana, se contrapone a las conductas de riesgos. Así la alimentación saludable, el ejercicio físico y el deporte, forman parte del acervo cultural de todas las civilizaciones; donde la búsqueda de buenos alimentos, el correr, saltar, nadar, empujar, subir, entregar, recibir, bajar, caminar, lanzar, descansar, competir; han estado y estarán siempre presentes en las actividades sanas que realizamos todos los seres humanos. El ejercicio físico, el deporte y las competiciones generan conductas sanas y beneficiosas para todas las personas, no sólo para los niños y jóvenes.

Esta “actitud activa”, valga la expresión, está en contraposición con los estilos de vida generados por la sociedad actual, donde las prisas, la inmediatez, el consumo generalizado, el sedentarismo, la obesidad, la toma de diferentes sustancias; están marcando la pauta en los niños y jóvenes de nuestra sociedad, inmersos en una realidad ficticia que tarde o temprano les pasará factura.

Por eso la actividad física y el deporte, cobran mucha fuerza en la actualidad, ya que sus manifestaciones educativas, recreativas y de ocio, competitivas, etc., cumplen una importante función para el desarrollo individual de cada persona, siendo además un claro exponente de la educación la cultura, la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Como todos saben, se ha escrito mucho sobre las ventajas del ejercicio físico y del deporte, así como de los inconvenientes que plantean la alta competición de algunos deportes, donde las marcas a batir son casi sobrehumanas y donde el principio “*altius, citius, fortius*” contando únicamente con el entrenamiento y esfuerzo continuos, quedan empañados por la toma de diferentes sustancias para aumentar la masa muscular, la resistencia al cansancio, la oxigenación celular, la rapidez, etc. En algunos deportes hay claros ejemplos negativos de estas practicas fraudulentas de la competición, que ha dado por finalizada la carrera profesional de diversos deportistas.

A pesar de ello, tenemos que considerar que el ejercicio físico y el deporte contribuyen de forma positiva al correcto desarrollo físico, psíquico y social; estando estas aseveraciones suficientemente documentadas en la literatura científica.

Así, el deporte tiene los siguientes efectos positivos en la fisiología de las personas:

- Favorece el crecimiento corporal en general y en particular de sistema óseo, actuando además como factor protector de la osteoporosis.
- Mejora el desarrollo muscular.
- Mejora la capacidad pulmonar gracias a una mayor eficacia de los músculos respiratorios y a una mayor actuación en la inspiración-espíración.
- Aumenta la frecuencia cardiaca en ejercicio adaptando el corazón al esfuerzo, pero disminuye la frecuencia cardiaca en reposo, lo que proporciona un menor gasto cardíaco.
- Previene por tanto las enfermedades cardiovasculares en general y coronarias en particular.
- Al aumentar la movilidad y evitar el sedentarismo previene el estreñimiento, regulando de forma eficaz el tránsito intestinal.
- Mejora el rendimiento físico en general, aumentando los niveles de fuerza, velocidad y resistencia; lo que hace que mejore la resistencia al esfuerzo y prevenga el agotamiento.
- Favorece la eliminación de tóxicos a través del sudor, ayuda a eliminar grasas y previene frente a la obesidad.

- En conjunto mejora la calidad de vida física de las personas.

Psíquicamente produce los siguientes efectos beneficiosos:

- Mejora la coordinación psicomotriz y los reflejos.
- Elimina el estrés.
- Produce efectos relajantes y antidepresivos.
- Previene frente al insomnio, facilitando el sueño.
- Aporta al organismo una sensación global de bienestar.

En cuanto a las actividades sociales y de relación afectiva, produce los siguientes efectos beneficiosos:

- Canaliza la agresividad hacia la práctica deportiva, con el método de competir y la búsqueda del triunfo individual y/o del equipo. Participar es lo importante, pero ganar es saludable.
- Favorece el autocontrol, el esfuerzo conjunto, la asunción de normas y responsabilidades tanto individuales como grupales.
- Estimula la iniciativa individual, el afán de trabajo en grupo y la participación.
- Aumenta el dintel del esfuerzo y del sufrimiento.
- Mejora la autoestima y la imagen individual frente a los demás.

Para hablarnos de todos estos temas, de forma global, parcial o simplemente comentarnos su experiencia personal, tanto sus vidas como en la práctica deportiva, tenemos con nosotros a dos personalidades del deporte valenciano:

D. Amedeo Carboni. Futbolista del Valencia S.A.D.. Italiano de nacionalidad, valenciano de adopción, muy querido, tanto por los directivos, técnicos y compañeros del equipo de fútbol; como por la afición valencianista y por todos los ciudadanos de Valencia. Vive en centro de nuestra ciudad, integrado perfectamente en nuestra sociedad como un valenciano más. Lo que llama la atención de él es su amabilidad y a la vez seriedad personal con los temas que le importan de verdad: Su familia, sus amigos y el deporte.

D^a Elena Corcoles. Atletas del Equipo “Valencia Terra i Mar”. Ha sido cinco veces campeona de España en 200 metros lisos y en 400 metros lisos. Ha sido quince veces internacional, habiendo participado en los Juegos Olímpicos de Sydney (Australia). Desde la infancia vinculada al ejercicio físico y al deporte, donde ha demostrado constancia, esfuerzo, competitividad y afán de superación.

También nos acompaña en esta Mesa Redonda, nuestro primer ponente de la tarde D. César Pascual Fernández, para que nos aporte su punto de vista sobre el contenido de la misma.

Gracias a todos por su asistencia y les cedo la palabra a los verdaderos protagonistas de esta Mesa Redonda.

“ACTIVIDADES DEPORTIVAS: EL FÚTBOL”

D. Amedeo Carboni

Futbolista. Valencia S.A.D.

Agradezco a los organizadores de esta Jornada la invitación para participar en esta mesa redonda, en la que pretendo dar unas ideas positivas para todos vosotros que os puedan servir para algo en vuestras vidas.

No tengo experiencia en este tipo de actos, pero sé que la de ser joven es una etapa crítica en el desarrollo y en la formación de las personas. Los jóvenes tenéis que desarrollaros a nivel físico, emocional, social, educativo, etc. La búsqueda de la autonomía y de la identidad individual son elementos definitorios de la misma.

Ante la alta disponibilidad de drogas en la sociedad actual, los adolescentes tienen que aprender a convivir con ellas, tomando decisiones sobre su consumo o la abstinencia.

Yo recomiendo y defiendo que no se consuma ningún tipo de drogas, porque la droga es perjudicial para la salud y vacía de contenidos la vida, que está llena de sentimientos y de amor.

Es necesario implantar medidas preventivas en todos los ámbitos sociales que incrementen los factores de protección en los jóvenes.

El deporte es un medio de educación que forma parte integrante de la cultura. El deporte es un importante factor de equilibrio en el terreno de la formación y en la educación. La práctica de juegos y actividades deportivas forma parte de la historia de la humanidad desde sus comienzos.

El deporte ayuda a abrir el cerebro, es un divertimento, es una competición, donde ganar es lo fundamental. Pero hay que esforzarse, hay que estar preparado. Yo he llorado, he sufrido, me he peleado con mis compañeros; pero siempre ha valido la pena, porque he sido fiel a mi mismo, el fútbol ha sido y es mi vida.

El deporte puede desarrollar valores humanos muy apreciables para todos los hombres y mujeres favoreciendo a su vez relaciones de estima y paz entre los pueblos, en un terreno en que todas las diferencias dan paso a una emulación pacífica.

La práctica deportiva habitual produce una visible recuperación orgánica, una mejora del aspecto externo y una mayor sensación de bienestar que en la adolescencia, que tiende al aislamiento del individuo.

El ejercicio físico y el deporte producen una mejora en el proceso de socialización, al enseñar entre otras cosas, a vivir bajo las normas de un grupo aceptando sus obligaciones y reglas.

En el ámbito psicológico individual, el deporte proporciona muchos beneficios: sobre la autoestima, la eficacia individual, la reducción de la ansiedad y la reducción del estrés; dando una influencia positiva sobre el estado de ánimo de las personas.

He sido un chico sencillo, el deporte me ha ayudado mucho en mi vida, al igual que puede ayudar mucho a los jóvenes.

La adolescencia es una etapa de desarrollo en la que el individuo debe hacer un mayor número de potenciales fuentes de estrés (grandes eventos vitales, riñas y discusiones cotidianas, cambios asociados al desarrollo, etc.). Está demostrado que el ejercicio físico y el deporte modifica la respuesta de nuestro cuerpo al estrés.

Por otro lado, el deporte proporciona habilidades para afrontar las dificultades y desafíos que ayudan al adolescente a alejarse del consumo de drogas.

Sin embargo, el deporte puede ser discutible desde el punto de vista moral si implica riesgos, la voluntad de los participantes es herir a sus adversarios, si todo se subordina al deporte haciendo de este su razón de ser, si lleva a una ambición desenfadada, sin medida.

Esto no es deporte, el deporte debe contribuir a enseñar y desarrollar virtudes en quienes lo practican o lo organizan: desarrollar en los deportistas su valor (a ser capaces de luchar contra las dificultades antes que ceder a la adversidad, los problemas o el dolor), la moderación (desarrollando el dominio de sí mismos y el sentido del orden), la justicia (actuando lealmente con los demás), la modestia (enseñándole a evaluar sus propias virtudes y cualidades de un modo objetivo y realista). Lo importante en el deporte no es ganar sino haber luchado bien.

El deporte, como juego, debe preparar al adolescente a aceptar la derrota sin amargura y a triunfar sin vanidad como una auténtica enseñanza de la vida.

De este modo el deporte se convierte en un auténtico vehículo de prevención del consumo de drogas, en una forma de vivir de forma saludable.

Por todo ello, es necesario fomentar en nuestros jóvenes alternativas de vida sanas y en estas alternativas, la práctica deportiva representa un papel fundamental.

Por último, cabe resaltar que para que los adolescentes puedan aproximarse al deporte, necesitan que la comunidad ponga a su disposición los recursos adecuados.

Deben aumentar las Escuelas Deportivas, la dotación de los centros escolares que den oportunidades de ocio y tiempo libre para la práctica del deporte, la ayuda de los servicios sociales, etc.

Hay que facilitar a los jóvenes la práctica del ejercicio físico y el deporte y cualquier alternativa sana de ocupación del ocio y tiempo libre, que evite el consumo de drogas y aporte mayor salud a los jóvenes.

Los deportistas influimos en los jóvenes, yo os animo a todos a realizar ejercicio físico, a practicar con regularidad un deporte, es la mejor forma de llevar una vida sana.

Mucha gente quiere ganar, quiere buscar el éxito, esto es importante, pero no vale nada si al final no se es feliz. Hay que querer ganar, pero sabiendo que eres tú, que incluso el éxito es muy fugaz, porque lo peor es engañarse a uno mismo.

Como he dicho el fútbol es mi vida, pero cuando termine mi carrera profesional, cuando el fútbol se acabe, yo seguiré siendo el mismo, seguiré viviendo como hasta ahora, como una persona normal, procurando ser feliz en esta vida que nos da tantas satisfacciones.

Tenéis que estar en contra de las drogas y a favor del ejercicio físico y del deporte, que seguro que os aporta felicidad en vuestras vidas.

Muchas gracias a todos por vuestra asistencia.

“ACTIVIDADES DEPORTIVAS: EL ATLETISMO”

D^a Elena Corcoles

Deportista del Equipo “Valencia Terra i Mar”

Buenas tardes y muchas gracias a los organizadores por haberme invitado a esta Jornada, en la que estoy muy a gusto viendo tantos participantes jóvenes como yo, a los que tengo que hablar de una actividad que empecé a realizar a una edad muy temprana.

Comencé a hacer ejercicio físico a los nueve años, siempre me ha gustado el deporte y la competición, que me han ayudado mucho en mi vida.

El consumo de drogas constituye en la actualidad un importante fenómeno social que afecta, especialmente, a los adolescentes, quienes en una sociedad de consumo, tienen que aprender a convivir con las drogas, optando entre el consumo o la abstinencia.

El consumo de diferentes sustancias y sus consecuencias es un problema de en numerosos países y España no es una excepción. Tanto en el caso del tabaco, como en los del alcohol, cannabis y otros productos ilegales, el consumo se inicia casi siempre en la adolescencia.

Los adolescentes forman parte de un colectivo de personas capaces de agotar la paciencia de cualquiera, pero, a la vez, están llenos de encanto, seducción y por tanto de vida. Se encuentran en un proceso de transición entre la vida infantil y la vida adulta. Además, hoy en día no sabemos muy bien qué es eso de ser adulto en una sociedad como la actual.

Esta transición hacia la vida adulta estará condicionada por un cúmulo de factores económicos, sociales y culturales, que van forjando la personalidad de los jóvenes.

La adolescencia constituye un periodo de duelos, de complejos y traumas, de diversidad y diferencias donde se producen situaciones complejas de transformación: de la personalidad, de las relaciones sociales, de la forma de entender la realidad, etc.

La vida de los jóvenes se desarrolla con la familia, en la escuela y en la calle; lugar, éste último, que puede ser favorecedor del consumo de drogas.

Ante el tema “droga”, sólo caben actitudes activas, y mi posición como deportista es considerar el deporte como alternativa de vida sana, una opción de salud ante el problema de las drogas.

El deporte es la mejor alternativa a las drogas. Los deportistas entrenamos, viajamos, competimos, salimos a divertirnos, a tomar copas con nuestros amigos. Pero este consumo es mucho menor que en la población general, porque somos conscientes de los perjuicios que puede tener para nuestra salud.

La práctica del deporte produce en quien lo ejerce determinados efectos físicos y psicológicos positivos, que pueden ser considerados como preventivos en cuanto al consumo de drogas.

El deporte tiene un valor insustituible como estrategia preventiva frente a las drogas, nos hace estar más sanos, contribuye a nuestra estabilidad emocional y nos facilita la relación social.

Hay por tanto numerosos motivos para esperar que el deporte tenga un efecto preventivo sobre el uso y abuso de drogas.

La práctica deportiva es una de las actividades preferidas por los adolescentes en su tiempo libre y considerada, casi unánimemente, como un factor de protección.

El fomento de la práctica deportiva entre los jóvenes, la transmisión de los ideales de esfuerzo y superación, así como la aceptación de normas que el juego deportivo conlleva, son contribuciones muy importantes dentro de la prevención y superación de la drogadicción. Ideales que estamos dispuestos a transmitir, sabiendo el papel influyente que muchos de nosotros ejercemos entre los jóvenes.

Conscientes del papel influyente que los deportistas ejercemos sobre los adolescentes, debemos asumir un rol determinante en su decisión sobre el no consumo de drogas y la adopción de actitudes saludables que posibiliten su desarrollo y su transición a la vida adulta.

Con esta intervención y mi participación en estas jornadas apuesto firmemente por el deporte y el ejercicio físico, estamos en contra de la droga, y también apuesto por el compromiso de los deportistas en la transición de estos ideales a toda la sociedad.

Muchas gracias a todos por vuestra asistencia.

D. César Pascual Fernández.

Coordinador del Informa sobre el Cannabis.

En mi ponencia ya he expuesto como está la situación del consumo de cannabis en España, pero esta droga no es solamente la que está presente en la sociedad como todos sabéis, existen otras muchas sustancias en la calle que utilizan preferentemente los jóvenes. Además ante estas conductas de riesgo hay que anteponer estilos de vida más sanos, que aporten a los jóvenes otros estímulos y horizontes vitales. Aquí juega una importante labor el ejercicio físico y el deporte, como ya se ha puesto de manifiesto anteriormente.

Hay que tener en cuenta que los cambios físicos que convierten a un niño o una niña en un hombre y una mujer respectivamente, llevan consigo importantes transformaciones psicológicas. A partir de la adolescencia y durante los primeros años de juventud, el pensamiento se transforma considerablemente. Así, los chicos y chicas van a ser capaces de lo que Piaget (1955) llamaba “pensamiento formal”, que supone entre otras cosas, la capacidad para fantasear sobre la existencia de mundos y realidades posibles e imaginarios y en consecuencia, distintos a aquellos que vive el sujeto. También en esta etapa y en relación a todo lo anterior se transforman notablemente la personalidad y las relaciones sociales del individuo.

Según la teoría de las necesidades infantiles y adolescentes la autonomía, o la tendencia hacia ella, es una necesidad básica para todos los seres humanos en todas las culturas que se manifiesta de forma distinta en cada una de las etapas del ciclo vital. Sin embargo, en sociedades desarrolladas como la nuestra, esta necesidad de autonomía se ve frenada por la estructura cultural, social y económica de la sociedad.

A menudo, ni siquiera la consecución de unos estudios universitarios de licenciatura permite a nuestros jóvenes en nuestro país acceder al mundo laboral. Y además, la ESO puede resultar poco atractiva o apropiada para los escolares, lo que hace que muchos jóvenes, especialmente los chicos, abandonen sus estudios o fracasen en ellos (Comas y Granada, 2002).

Esta falta de metas, de expectativas a corto y medio plazo, puede ser un verdadero caldo de cultivo para que los y las adolescentes adopten hábitos de riesgo. A ello se une el hecho de que tampoco los padres, madres y profesorado parecen haber encontrado fórmulas adecuadas para relacionarse con los y las adolescentes.

Los estilos educativos autoritarios han sido sustituidos, a menudo, por otros erráticos o “laissez faire”, que tampoco contribuyen a fomentar la autonomía y la responsabilidad. Así pues, el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas ilegales, la inseguridad y la violencia, los accidentes de tráfico, los comportamientos sexuales y el uso de anticonceptivos y el fracaso escolar, entre otras conductas de riesgo pueden ser una manifestación de la necesidad de autonomía.

Ante esta situación hay que tener en cuenta que la práctica regular de deporte se asocia con una serie de ventajas:

- Incrementa la autoestima y reduce la tendencia a desarrollar comportamientos peligrosos.
- En las chicas reduce la probabilidad de relaciones sexuales y embarazos prematuros.
- Reduce las actitudes negativas frente a la escuela y la salida de la misma.
- La Educación Física es una asignatura importante que sirve también como preparación para la vida laboral.
- Mejora la salud, previene lesiones y daños derivados de malas posturas.
- Mejora el rendimiento escolar.
- Ayuda a desarrollar el pensamiento abstracto a través de nociones como velocidad, distancia, profundidad, fuerza, fuerza de impulso, juego limpio.
- Fomenta la capacidad de concentración y la actitud participativa. (M. Talbot, Cumbre Mundial sobre la Educación Física, 1999).

“La Educación Física es el medio más apropiado para estar en forma y desarrollar las capacidades motrices. Además, permite a los jóvenes tomar responsabilidades y desarrollar el interés por la propia actividad corporal y una vida activa”. W. Brettschneider, Cumbre Mundial sobre la Educación Física, 1999.

Hay que tener en cuenta que una Educación Física de alta calidad:

- Es el medio más eficaz e integrador para transmitir a los niños las habilidades, modelos de pensamiento, valores, conocimientos y comprensión necesarios para que practiquen actividades físicas y deporte a lo largo de su vida.
- Contribuye a un desarrollo integral y completo tanto físico como mental.
- Es la única asignatura escolar que tiene por objeto el cuerpo, la actividad, el desarrollo físico y la salud.
- Ayuda a los niños a familiarizarse con las actividades corporales y les permite desarrollar ante ellas el interés necesario para cuidar su salud, algo

que es fundamental para llevar una vida sana en la edad adulta, al mismo tiempo que comprenden la importancia que la realización de ejercicio físico tiene como prevención del desarrollo de algunas enfermedades.

- Ayuda a los niños a respetar su cuerpo y el de los demás.
- Contribuye a fortalecer en los niños la autoestima y el respeto por sí mismos.
- Desarrolla en los niños la conciencia social al prepararlos en situaciones de competición para enfrentarse a victorias y derrotas, así como para la colaboración y el espíritu de compañerismo.
- Proporciona habilidades y conocimientos que podrán utilizarse más adelante en la vida laboral dentro del campo de los deportes, las actividades físicas, de recuperación y tiempo libre que están cada vez más en auge.

DEBATE

“CANNABIS. MITOS Y REALIDADES”

Moderador:

D. Juan Carlos Valderrama Zurián.

Profesor Titular de la Facultad de Medicina. Universidad de Valencia.
Asesor de la FEPAD.

D. Amador Calafat Far.

Psiquiatra.
Director de la Revista Adicciones.

D. Rafael Maldonado López.

Catedrático de Farmacología.
Unidad de Neurofarmacología.
Universitat Pompeu i Fabra. Barcelona.

D^a. Giselle Amador.

Coordinadora del Área Técnica para Rehabilitación.
Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). Costa Rica.

“CANNABIS. MITOS Y REALIDADES”

MODERADOR

D. Juan Carlos Valderrama Zurián.

Profesor Titular de la Facultad de Medicina.

Universitat de València.

Asesor Técnico de la FEPAD.

El cannabis o cañamo (*Cannabis sativa*) en sus distintas variedades, se utiliza desde hace miles de años en China y su cultivo estaba relacionado, fundamentalmente, con la obtención de fibra y aceite. Desde entonces el consumo de cannabis ha tenido varias fluctuaciones pasando desde el uso generalizado, al restringido e incluso a la prohibición. En España y Europa el consumo de cannabis ha experimentado en los últimos años un incremento paulatino, y fundamentalmente, entre los tramos de edades de 19-24 años. Este consumo se suele iniciar a los 14-15 años y se asocia al consumo de alcohol y tabaco. Además, se ha observado un incremento en las demandas de tratamiento motivadas por el consumo de cannabis y sobre todo entre las demandas, por consumo de sustancias, realizadas por jóvenes.

El cannabis actúa en el organismo humano a través de un sistema cannabinoide endógeno que interviene en el control de múltiples funciones fisiológicas: control motor, memoria, emociones y motivación e ingesta alimentaria, así como en otras funciones vegetativas. Los efectos farmacológicos de sus principios activos se producen por tanto sobre las regiones implicadas en los procesos motivacionales y emocionales, interaccionando en paralelo o en lugares comunes a otras drogas de abuso, como los opioides, alcohol, nicotina, cocaína, etc.

Los compuestos químicos identificados en la *Cannabis Sativa* son más de 400 de los que 60 son cannabinoides, y entre ellos el Δ -9-tetrahidrocannabinol (THC) y su metabolito activo, el 11-hidroxi-THC, son los que más se relacionan con los efectos psicoactivos de la planta. Una circunstancia que ha acontecido también en los últimos años es el incremento en la concentración de THC en los porros que se consumen en España, debido fundamentalmente a la selección de semillas y a la mejora de las técnicas de cultivo, pudiéndose realizar el cultivo en espacios cerrados. Estos aspectos han sido trabajados por la industria que cultiva el cáñamo, y en sus publicaciones se dedica un espacio importante de las mismas a explicar como obtener el máximo rendimiento de las plantas y mayores concentraciones de THC.

La imagen social del cannabis también ha experimentado importantes cambios. Existe una idealización de la sustancia y de sus usos y efectos, que ha estado acompañada de un proceso de integración del cannabis a través de las smart-shops o grow-shops, sitios web, publicaciones específicas e iconos referidos al cannabis de mucha penetración en los adolescentes: p.e. camisetas con la imagen de la planta. Esto ha conllevado un discurso legitimador de la cultura pro-cannabis: relación con el ecologismo, la salud, uso terapéutico, transculturalidad y tolerancia, como derecho del individuo y como droga histórica y dimensión religiosa. Y ha ocasionado una disminución de la percepción del riesgo del consumo y un aumento de la permisividad social hacia su uso que constituyen los principales predictores del consumo de cannabis.

Otro aspecto destacable es que los cannabinoides se están utilizando para el tratamiento de las náuseas y vómitos asociados a la quimioterapia anticancerosa, la espasticidad muscular, el dolor, la anorexia, la epilepsia. Si bien, existe un uso terapéutico de los cannabinoides, igual que ocurre con el uso terapéutico de otras sustancias adictivas no debe confundirse con la posible bondad del cannabis. El cannabis no se puede considerar una droga inocua, sino una sustancia que puede tener repercusiones en la salud. Como muchas drogas de abuso, si se administra o consume repetidamente o en grandes cantidades, puede aparecer la adicción y si se interrumpe bruscamente su consumo pueden aparecer síntomas de abstinencia, si bien son de carácter leve y pasajeros. El consumidor crónico y regular de cannabis además de la dependencia, podría tener alteraciones cognitivas, problemas de memoria, de atención y de procesamiento de la información. Además, hay evidencia de que los efectos negativos del cannabis sobre el aparato respiratorio, como bronquitis crónica y cambios histopatológicos que predisponen al desarrollo de cáncer, son aditivos a los efectos del tabaco, y que estar bajo los efectos del cannabis deteriora la capacidad para conducir con seguridad y se asocia a un mayor riesgo de implicarse en accidentes mortales.

Por todo lo mencionado es importante contrastar la información sesgada que a veces se transmite y contrarrestarla con argumentos basados en la evidencia científica y enmarcados dentro de un marco informativo-formativo de las sustancias adictivas. Siendo este el objetivo fundamental de estas jornadas.

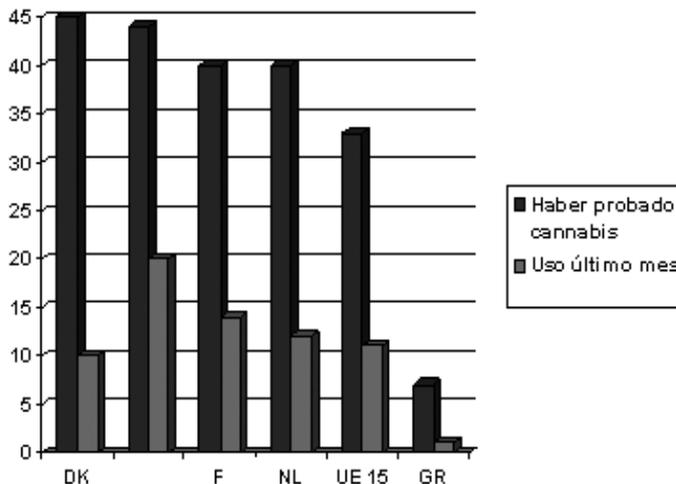
QUÉ INFLUYE EN EL USO Y ABUSO DE CANNABIS

D. Amador Calafat Far.

Irefrea. Director Revista Adicciones.

Distintas encuestas sitúan a España entre los países en que más consumo se hace de drogas ilegales, especialmente cannabis y cocaína. Según el Eurobarómetro realizado durante el año 2004 entre 7.569 jóvenes de 15 a 24 años se confirma una vez más este dudoso privilegio referido al cannabis. Solo Dinamarca (DK) nos supera ligeramente al 44% de jóvenes españoles que lo han probado alguna vez en su vida, pero nadie alcanza al 20% que es el porcentaje que en España lo ha consumido durante el último mes, muy por encima de la media europea que es del 11%. Vemos que incluso en un país tan mitificado a los ojos de muchos jóvenes españoles como puede ser Holanda (NL) el porcentaje de consumidores durante el último mes es del 12%, pues en contra de lo que nos creemos desde aquí, los coffee-shops están sobre todo dirigidos a los turistas y existe una gran presión social sobre los consumidores en contra de la imagen que se pueda tener desde aquí.

Esta situación, que por otro lado no ha dejado de crecer, merece claramente algo más que una reflexión y pensamos que es importante entender cuales son las causas que nos llevan a usar y a abusar de dicho consumo, pues no crece sólo el consumo recreativo u ocasional sino también el de las personas que hacen un uso diario.



Tipos de factores de riesgo para el uso, abuso y dependencia del cannabis:

- El cannabis es una droga y genera dependencia
- Concentración de THC del cannabis
- Sociales (permisividad, tolerancia, accesibilidad,..)
- Económicos (precio, promoción, internet, grow shops,...)
- Genéticos
- Individuales psicológicos (autoestima, buscador de sensaciones, extroversión,..)

A pesar de que mucha gente no lo sabe –influidos por toda una serie de informaciones tendenciosas que presentan el cannabis como totalmente inocuo- el cannabis puede causar dependencia. Son bastantes los estudios que analizan muestras representativas y hacen seguimientos durante muchos años de estas poblaciones y se confirma que entre un 9 y un 14% de los que alguna vez llegaron a probar la sustancia acaban con problemas de dependencia. En este estudio podemos ver comparadas la capacidad adictiva de distintas drogas habituales, siendo el tabaco la que provoca más dependencia. Esta dependencia es definida según criterios científicos rigurosos. Seguramente la percepción de la gente sobre esto no es clara pues el síndrome de abstinencia es ligero –aunque real-, debido principalmente a que cuando se deja de consumir de repente no existe una protesta muy intensa del cuerpo pues los cannabinoides se eliminan lentamente al haberse ‘almacenado’ en muchas zonas del cuerpo.

Por tanto, una de las razones claras por las que la gente sigue usando y abusando de esta sustancia, es porque tiene capacidad adictiva. El hecho de que cada vez se consigan marihuanas más potentes –especialmente con el consumo casero de semillas seleccionadas- llevará a más problemática derivada de su uso y a más dependencia.

Frecuencia de la dependencia a distintas sustancias entre las personas que las han probado alguna vez:

- Tabaco32%
- Heroína23%
- Cocaína17%
- Alcohol.....15%
- Cannabis9%

Anthony JC; Warner LA; Kessler RC (1994) Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances and inhalants: Basic findings from the National Comorbidity Survey

Síntomas de dependencia más frecuentes:

Estudio longitudinal de 2032 australianos:

- Deseo persistente: 91%
- Consumir más de lo planeado: 84%
- Síndrome de abstinencia: 74%
- Emplear mucho tiempo en obtener/usar: 74%
- Seguir usando a pesar de problemas derivados del uso: 63%
- Tolerancia: 21%
- Consecuencias sociales: 18%

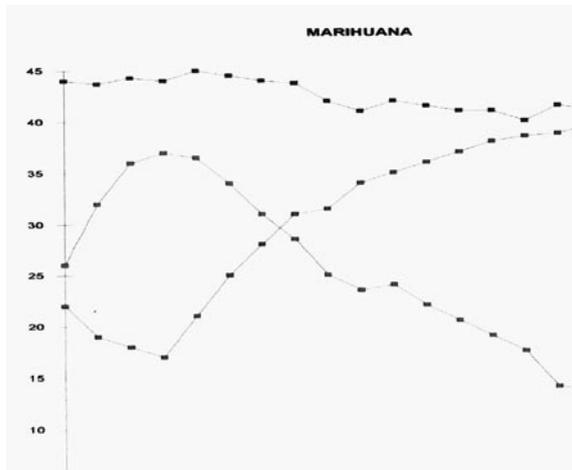
Coffey C; Carlin JB; Degenhardt L; Lynskey MT; Sanci L; Patton G (2002) Cannabis dependence in young adults: an Australian population study. *Addiction* 97 187-194

Es importante por consiguiente pensar en el cannabis como una droga adictiva, pues si no se sabe muchas personas acaban generando esta dependencia sin ni siquiera habérselo planteado. Es interesante saber que esta dependencia se puede instaurar rápidamente (dentro de los primeros años) y que influye decisivamente el empezar pronto, el que la experiencia sea especialmente placentera y si se consume en exceso.

Instauración de la dependencia.

Estudio longitudinal con una muestra comunitaria de 2.000 adultos de los que 599 han sido consumidores habituales de cannabis.

- Los que crearán dependencia empiezan normalmente a consumir antes.
- Las primeras sensaciones de pérdida de control son más tempranas.
- 25% presentan las características de la dependencia se presentaron en los tres primeros años de uso.
- 40% de los que luego fueron dependientes ya el primer año se 'colocaban' en situaciones claramente inapropiadas (trabajo, reuniones sociales,...).
- La tolerancia tarda más en instaurarse.
- Pasados diez años de consumo esporádico resulta ya difícil de desarrollar un cuadro de dependencia.



En esta figura se puede observar las variaciones que sufre entre la población de USA, año tras año, el consumo de cannabis. Paralelamente podemos ver como este consumo esta en relación inversa con la percepción de riesgo (más piensan los individuos que el cannabis perjudica, menos consumen) y vemos también que guarda alguna relación, aunque muy pequeña, con la idea de que sería fácil conseguir la droga. Interesa destacar aquí por un lado lo ya dicho de que el mejor factor de riesgo que se ha hallado para explicar los cambios anuales es la percepción del riesgo que tiene el individuo sobre determinada droga –difícilmente conseguiremos que baje el consumo actual de cannabis, si la gente sigue pensando que es inocuo o casi- y por el otro las amplias variaciones que a lo largo de los años puede sufrir su consumo (subió en los 70, bajó en los 80 y volvió a subir en los 90). Ello nos indica que con estrategias adecuadas cabe pensar en que se pueden conseguir cambios importantes en la prevalencia de uso.

En relación con la facilidad que creen tener los jóvenes para conseguir drogas ilegales nuevamente nos encontramos, de acuerdo con el Eurobarómetro 2002, con que los españoles están muy por encima de otros países en esta facilidad para conseguirlas, pues creen que las conseguirían fácilmente cerca de su casa un 71,3% (frente a una media en la UE de 61,9%), cerca de la escuela o en escuela un 66,2% (frente al 54,9% de la UE), y en una discoteca el 90,1% (frente al 72,3% de media en la UE).

Los cambios culturales han sido muy importantes en nuestro país y se han superado muchas de las barreras que pesaban en contra de las mujeres. El consumo de drogas no podía quedarse fuera de estos cambios y de hecho es el

grupo social que más cambios ha experimentado. Al igual que pasa con el tabaco, con la marihuana vemos como son las mujeres las que lideran los aumentos, y que los hombres –tradicionalmente más consumidores- están consumiendo menos que antes.

Es muy importante que el colectivo femenino reflexione sobre la forma en que está construyendo en ocasiones su nueva identidad y en el papel que está haciendo jugar a las drogas dentro de esta evolución, abandonando una actitud de mayor precaución ante ciertas conductas que antes era bastante tradicional entre ellas.

Evolución del consumo de cannabis por sexos en España (1997-99):

- Consumidores entre 1 y 2 días por semana:
 - Han pasado de 254.00 a 280.000.
 - Se han reducido los hombres (10%) y han aumentado las mujeres 87%.
- Consumidores de 3 o más días por semana:
 - Han pasado de 445.000 a 419.000.
 - Han descendido un 15% los hombres y han aumentado un 41% las mujeres.

El negocio holandés de la marihuana.



Tenemos que entender que la facilidad con que se mueve el cannabis por los mercados, el hecho de que tanta gente dependa de que se venda (revistas, tiendas, productores de semilla, jóvenes que tienen que financiarse su consumo, cultivadores holandeses y marroquíes,...) lo ha convertido en un producto de consumo más dentro de una sociedad capitalista, que sigue las leyes del mercado y que necesita de vendedores, de publicistas, etc.

Existen poderosos intereses económicos que no sólo se refieren a las grandes mafias, puesto que miles de pequeños productores consiguen que el 25% del consumo europeo sea producido en la misma Europa. Países como Holanda y Suiza consiguen abastecer el 75% del consumo nacional, y los Holandeses muestran signos de gran competitividad a nivel internacional (Jansen ACM, 2002).

Asociaciones pro-cannabis en España.



Asociaciones Cannábicas Españolas⁽¹⁾

Paralelamente a este entramado económico existe un mundo asociativo civil muy activo que ayuda a crear las condiciones para que la sociedad vea como aceptable el consumo del cannabis. Su labor ha sido importante y ha conseguido sensibilizar a amplios sectores estratégicos de la población y de los medios de comunicación. Consiguen de esta forma crear conexiones con otros grupos y crean complicidades importantes con temas que preocupan a la gente como pueden ser el ecologismo, el antimilitarismo, el interés por la salud (el famoso 'porro terapéutico'), la transculturalidad y tolerancia, o el derecho a hacer cada uno con su cuerpo lo que mejor le plazca. El problema radica en que todo ello hace que los adolescentes tengan una visión distorsionada sobre aspectos sobre los que necesitan opiniones e informaciones claras. Ya no se trata solo de que

muchos adolescentes que empiezan a consumir no conozcan los posibles efectos adversos –especialmente importantes en épocas de formación de la personalidad y de maduración cerebral-, sino que pueden acabar pensando que fumando porros contribuyen a que la sociedad sea más justa, tolerante, pacifista y ecológica.

El hecho a nivel europeo (Eurobarometro 2002) es que un 36,6% de los jóvenes creen que el cannabis es poco peligroso y un 11,5% que nada peligroso. Las personas pueden decidir consumir o no consumir, pero es importante que la sociedad se preocupe de que les llegue la información suficiente para que puedan decidir con conocimiento de causa. De no ser así –especialmente con los más jóvenes- algo está fallando en la sociedad y en su deber de atención hacia los más jóvenes.

Genética y ambiente en uso y adicción cannabis gemelos femeninos:

- 1.934 gemelos femeninos mono y dizigóticos.
- 47,9% habían probado, 6,7% uso frecuente, 7,2% abuso y 2,2% dependencia (DSM-IV)
- Claramente la herencia (entre un 62 y un 79%) era importante para uso frecuente, abuso y dependencia, mientras que no tiene casi importancia el ambiente en estas frecuencias altas
- Pero haberlo probado si que depende claramente del ambiente y muy poco de la herencia.

Kendler KS, Prescott CA (1998) Cannabis use, abuse, and dependence in a population-based sample of female twins Am J Psychiatry, 155(8):1016-22

Como ocurre con otras drogas, también el uso –mejor dicho el abuso- de cannabis depende grandemente de factores genéticos según bastantes investigaciones. ¿Qué significa esto? El que alguien use o abuse de una sustancia depende de muchos factores (personalidad, oportunidad, presiones sociales, precio, genética, etc) que interaccionan entre sí. Diversos estudios con gemelos señalan la importancia de la genética que contribuiría a la explicación de porque la gente abusa, dependiendo de los estudios, entre un 40 y un 80%.

Es decir probar y usar ocasionalmente depende más de varios factores como la popularidad, la moda, etc. Pero lo que explicaría que estos usuarios ocasionales pasasen a abusar se explicaría especialmente por factores genéticos. No se sabe como estos factores genéticos, ejercen su influencia (¿haciendo que la persona obtenga más satisfacción con su uso? ¿Variaciones en el metabolismo, distribución

e interacción con los receptores del cannabis? ¿a través de rasgos de personalidad condicionados genéticamente?

Pero todo lo genético tiene especial relevancia para una política preventiva, pues nos encontramos con que el individuo no está tan libre para decidir hasta donde va a usar o no una sustancia.

Rasgos de personalidad como predictores:

- Ser socialmente extrovertido, asertivo, desinhibido o buscador de sensaciones (9 stud. ↑ y 2 ↔).
- Dificultad de controlarse emocionalmente (rabietas, desajustes,...)(5 ↑ y 2 ↔).
- Persistir en las tareas y la voluntad de persistencia no se relaciona necesariamente con un menor uso (4 ↑, 1 ↓ y 9 ↔).
- La inteligencia no es un predictor claro (6 hallan que más problemas de estudio más uso, 3 al contrario y 8 no encuentran relación).

Estos datos son de una revisión de 50 estudios longitudinales (seguimiento durante muchos años de un grupo de individuos para poder saber con el paso del tiempo cuales son los factores que realmente han acabado influyendo). Se ha visto –aunque no se señala aquí– que cuestiones como la depresión, la ansiedad tenían poco peso para empezar a consumir. En esta diapositiva se ve que es justo lo contrario lo que facilita el consumo. De este modo ser socialmente extrovertido (9 estudios tienen este hallazgo, contra dos que no consiguen demostrarlo) es especialmente importante.

En el Eurobarómetro y en los estudios del Plan Nacional sobre Drogas son básicamente la curiosidad y la presión de los propios compañeros lo que los jóvenes identifican como motivos principales para consumir junto con la búsqueda de emociones nuevas.

Influencia de la familia:

- Uso de marihuana por la propia familia.
- Control de horarios y amistades.
- Factores genéticos.
- Actitudes.
- Problemas familiares, marginalización,...

Cambios sociales e individuales en el uso del cannabis:

- Las drogas han cambiado su función clásica, muy ligada a rituales y a simbolismos. Y pasa a intentar resolver básicamente dos tipos de cuestiones:
 - Diversión.
 - Llenar el vacío, tranquilizar, ayudar a vivir.
- La sociedad se mueve con ambivalencia: las drogas perjudican / facilitan vivir.

Poco tiene que ver el uso que se hace actualmente de las drogas en ambientes recreativos del que se hacía en épocas anteriores. Antes el uso estaba muy relacionado con cuestiones religiosas, controlado en el tiempo -ya que sólo se consumían en ocasiones muy especiales- y estaban en manos de los sacerdotes o chamanes. Las cantidades de droga de las que se disponía eran en general muy limitadas. Actualmente es muy distinto. Lo que ocurre hoy en día es que son muy fáciles de conseguir para los jóvenes, tienen precios muy asequibles y se consumen con mucha frecuencia, simplemente para divertirse o en las ocasiones más diversas.

En el caso del cannabis llama poderosamente la atención el paso que se está dando de un consumo recreativo ocasional a un consumo diario (y muchas veces repetido dentro del mismo día). Este consumo diario entendemos que cubre un sentido más existencial. Es decir, además de la cuestión de la dependencia, la gente busca estar en un determinado estado de ánimo a través de la droga, 'blindados' de influencias externas desagradables. Es motivo de reflexión la tendencia a la medicalización del proyecto vital de cada vez más gente a través del uso de sustancias. Ya no es un problema de diversión, sino de que no se entiende la vida sin el filtro correspondiente.



- Producen conformismo y estupidez
- Barren las conductas rebeldes
- Suprimen la libre conciencia

Aunque mucha literatura de moda plantea el consumo de drogas como algo liberador para el individuo, no podemos dejar de lado su papel de normalizadores sociales, al igual que ocurre con el alcohol o los tranquilizantes.

Todas las drogas, aunque aparentemente puedan parecer subversivas, acaban teniendo para la mayoría un papel regulador y adaptador. En este sentido podemos hablar de que sirven para el control social. Un ejemplo extremo lo tenemos en la heroína; cuando apareció empezó siendo utilizada por la propia contracultura de los años sesenta e inicio de los setenta y de esta forma se acabó con el movimiento contracultural americano en pocos años. En Europa, en unos primeros momentos fue la propia burguesía la que usó y abusó de esta droga, pero pronto reaccionó ante los estragos de esta droga y los que siguen atrapados en la actualidad realmente son las clases más desfavorecidas.

Es decir, las drogas no acaban perjudicando del mismo modo a todos los individuos y a todos los grupos sociales. Para muchos jóvenes el consumo de drogas será algo transitorio en sus vidas, sin que les deje secuelas conocidas. Pero otros tendrán problemas en relación con su uso. Según nuestros estudios (ver web www.irefrea.org) en jóvenes que hacen consumos recreativos de cannabis, podemos ver que los que entran son principalmente varones, de niveles educativos inferiores, que se consideran peores estudiantes, de procedencia nivel social medio-bajo o bajo y con familias que no han ejercido control sobre sus hábitos de salida. Muy distinto del patrón de los que acaban abandonando (alrededor de un 23%) que serían sobre todo mujeres, buenos estudiantes, familia de clase media, que además han ejercido más control sobre los hábitos de salida. Es decir que las drogas también tienen una función de filtro social, pues las clases más desfavorecidas son las que pueden tener más problemas. Se convierte por consiguiente en un instrumento de exclusión social.

En los años 60 y 70 en Europa se criticaba –sobre todo desde la izquierda– la moda del consumo de drogas (sobre todo cannabis y algo de LSD) importada desde América. En libros como el de la diapositiva se denunciaba el elevado poder alienante que tenían estas sustancias con argumentos como los que se reproducen al lado del libro. En estos momentos esta visión cultural crítica de los consumos ha desaparecido de amplios sectores de la sociedad.

D. Rafael Maldonado López.

Catedrático de Farmacología de la Unidad de Neurofarmacología.
Universidad Pompeu i Fabra Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Las preparaciones derivadas de la planta *Cannabis sativa*, tales como la marihuana y el hashish, constituyen el grupo de drogas ilícitas de mayor consumo en humanos. Dichas preparaciones contienen un elevado número de compuestos psicoactivos, los cannabinoides, de entre los cuales destaca el Δ^9 -tetrahydrocannabinol (THC) (Mechoulam, 1970).

El potencial adictivo en humanos de los cannabinoides continúa siendo un tema controvertido. En general, los procesos adictivos son complejos tanto desde un punto de vista neurobiológico como conductual. Un primer indicativo de dichos procesos está representado por el desarrollo de los fenómenos de tolerancia y de dependencia física que aparecen como consecuencia de la adaptación del organismo a la presencia continuada de la droga.

Sin embargo, estos fenómenos tan solo constituyen un aspecto parcial de las capacidades adictivas de una sustancia. El principal punto en común de todas las drogas de abuso es su capacidad para inducir efectos reforzantes o motivacionales positivos que son de suma importancia para inducir el comportamiento de búsqueda y consumo de una droga.

En esta revisión se resumirán los estudios que han permitido definir en el animal de experimentación la capacidad de los cannabinoides para inducir fenómenos de tolerancia, dependencia y efectos reforzantes, así como los mecanismos neurobiológicos implicados en estos procesos.

FENÓMENOS DE TOLERANCIA A LOS CANNABINOIDES

Estudios realizados en diferentes especies animales (ratones, ratas, palomas, perros y monos) han demostrado que la administración crónica de diversos agonistas cannabinoides desarrolla un fenómeno de tolerancia a la mayor parte de sus respuestas farmacológicas (Maldonado, 2002; 2003). Estos estudios han demostrado la aparición de tolerancia a los efectos inducidos por los cannabinoides sobre las respuestas al dolor, funciones motoras, temperatura corporal, respuestas

cognitivas, motilidad gastrointestinal, evolución del peso corporal, función cardiovascular, actividad anticonvulsivante y respuestas endocrinas.

Diversos mecanismos de tipo farmacocinético han sido propuestos en el desarrollo de la tolerancia cannabinoide, tales como cambios en la absorción, distribución, biotransformación y excreción de estos compuestos. Sin embargo el papel desempeñado por el conjunto de estos mecanismos farmacocinéticos parece muy secundario o incluso inexistente (Martin et al., 1976; Magour, 1977).

Diversos cambios farmacodinámicos que afectan la expresión, características de fijación y actividad funcional de los receptores cannabinoides CB-1 parecen desempeñar un papel importante en el desarrollo de la tolerancia cannabinoide. En este sentido, el número total de receptores cannabinoides CB-1 disminuyó en diversas estructuras cerebrales durante la administración crónica de diversos agonistas cannabinoides (Rodríguez de Fonseca et al., 1994; Rubino et al., 2000a). Los niveles de RNAm que codifica el receptor cannabinoide CB-1 también resultaron disminuidos en distintas áreas del sistema nervioso central durante el tratamiento crónico con cannabinoides, sobre todo en la porción anterior del cerebro (Romero et al., 1998). Esta disminución en la densidad y expresión de los receptores cannabinoides CB-1 parece jugar un papel importante en el desarrollo de la tolerancia. La administración crónica de cannabinoides también modifica la expresión y la actividad funcional de las proteínas G, las cuales se encuentran funcionalmente acopladas a los receptores cannabinoides. En este sentido, se ha observado una disminución de la fijación de [35S]GTPS en un amplio número de estructuras cerebrales en animales que han recibido un tratamiento crónico con cannabinoides (Sim et al., 1996; Rubino et al., 2000a). La duración temporal de los cambios bioquímicos inducidos por la administración crónica de cannabinoides es muy corta, en acuerdo con la corta duración del fenómeno de tolerancia cannabinoide (Bass et Martin, 2000). En este sentido, la mayor parte de los cambios inducidos a nivel de la expresión del RNAm que codifica por los receptores cannabinoides CB-1 y las proteínas G acopladas a dichos receptores vuelven a sus niveles basales transcurridas unas pocas horas tras el cese del tratamiento con cannabinoides (Rubino et al., 1998).

FENÓMENOS DE DEPENDENCIA FÍSICA DE CANNABINOIDES

La aparición de manifestaciones somáticas de un síndrome de abstinencia espontáneo tras el cese del tratamiento crónico con THC no ha podido ser observada en diferentes especies animales (ratón, rata, paloma, perro y mono), ni siquiera tras la administración de dosis sumamente elevadas (Maldonado y Valverde, 2003; Valverde et al., 2004). Ciertos estudios antiguos han descrito la aparición de determinadas manifestaciones somáticas de abstinencia espontánea

tras el cese de una administración crónica de THC por vía intravenosa en perros (Kaymakcalan, 1973) y monos (Deneau y Kaymakcalan, 1971).

Sin embargo, estudios posteriores han puesto en duda dichos resultados al no ser posible revertir estas manifestaciones espontáneas de abstinencia con una nueva administración de THC (Abood y Martin, 1992). A pesar de la ausencia de signos somáticos de abstinencia espontánea, se ha podido observar que la interrupción de un tratamiento crónico con THC en monos produce una alteración de una conducta operante previamente adquirida. Dicha alteración ha sido interpretada como una manifestación de disforia asociada a una abstinencia espontánea al THC (Beardsley et al., 1986). Estudios recientes han descrito la aparición de un síndrome de abstinencia espontáneo con manifestaciones somáticas tras la interrupción de un tratamiento crónico con diversos agonistas cannabinoides, como el WIN 55,212-2 (Aceto et al., 2001) y el CP 55,940 (Oliva et al., 2003) que poseen una corta vida media en comparación con el THC.

El desencadenamiento de un síndrome de abstinencia mediante la administración aguda de un antagonista cannabinoide ha sido demostrada en múltiples estudios. Así, la administración del antagonista selectivo de los receptores CB-1, SR-141716A, en animales (ratón, rata y perro) que han recibido un tratamiento crónico con THC precipita diversos signos de abstinencia cannabinoide (Maldonado, 2002; 2003). Sin embargo, las dosis de THC requeridas para inducir dependencia física en roedores son muy elevadas. Así, la abstinencia desencadenada por SR-141716A ha sido descrita en roedores que han recibido un tratamiento crónico con una dosis diaria de THC comprendida entre 10 y 100 mg/kg (Tsou et al., 1995; Aceto et al., 2001; Hutcheson et al., 1998; Ledent et al., 1999; Tzavara et al., 2000). Las manifestaciones somáticas más características de la abstinencia cannabinoide en roedores son movimientos de sacudida de tronco (wet dog shake) y cabeza, temblor de patas, ataxia, posturas anormales, temblor generalizado, ptosis, piloerección, disminución de la actividad locomotora, masticación, lameteo, fricción y rascado (Tsou et al., 1995; Aceto et al., 2001; Hutcheson et al., 1998; Ledent et al., 1999; Tzavara et al., 2000). Durante la abstinencia cannabinoide en roedores es de destacar la presencia de una importante alteración en el control de la motricidad, sin aparición de signos vegetativos (Hutcheson et al., 1998; Tzavara et al., 2000). En perros, se han descrito tanto signos somáticos como vegetativos durante el síndrome de abstinencia cannabinoide desencadenado por SR-141716A. Así, la abstinencia cannabinoide en esta especie animal incluye signos tales como diarrea, vómitos, salivación, disminución del comportamiento social, temblores e incremento del periodo de vigila (Lichtman et al., 1998).

Un incremento compensatorio en la actividad de determinados sistemas de señalización acoplados al propio receptor cannabinoide ha sido observado

durante el síndrome de abstinencia cannabinoide y podría estar implicado en las manifestaciones somáticas de dicho síndrome. Así, la activación aguda del receptor cannabinoide produce una inhibición de la actividad adenilato ciclasa (Howlett y Fleming, 1984). En contraste, durante el síndrome de abstinencia cannabinoide aparece localmente a nivel del cerebelo un incremento en la actividad de dicho enzima (Hutcheson et al., 1998). Un incremento similar en los niveles de AMP cíclico y en la actividad de la proteína kinasa A, ambos pertenecientes al mismo sistema de señalización intracelular, fue observado durante el tratamiento crónico con THC a nivel del cerebelo, estriado y córtex (Rubino et al., 2000b). El incremento observado en la vía del adenilato ciclasa a nivel del cerebelo durante la abstinencia cannabinoide parece jugar un papel importante en las manifestaciones somáticas de dicha abstinencia (Tzavara et al., 2000).

Por otra parte, la elevación de los niveles extracelulares de CRF (Koob et al., 2004) y la disminución de la actividad dopaminérgica (Rossetti et al., 1992) a nivel del sistema mesolímbico constituyen modificaciones bioquímicas comunes durante la abstinencia a diversas drogas de abuso como los opioides, los psicoestimulantes y el etanol. Alteraciones bioquímicas similares han sido también observadas durante la abstinencia cannabinoide. Así, un incremento en la liberación de CRF ha sido descrito en el sistema límbico durante la abstinencia cannabinoide, el cual podría estar relacionado con la aparición de síntomas de estrés y de disforia (Rodríguez de Fonseca et al., 1997). Asimismo, la actividad electrofisiológica de las neuronas dopaminérgicas mesolímbicas resultó disminuida durante la abstinencia cannabinoide sugiriendo también la presencia de un estado de disforia (Diana et al., 1998).

PROPIEDADES REFORZANTES Y MOTIVACIONALES INDUCIDAS POR LOS CANNABINOIDES.

Las propiedades reforzantes de los cannabinoides son difíciles de poner de manifiesto mediante los modelos comportamentales normalmente utilizados en animales de experimentación, tales como la preferencia de plaza condicionada y la autoadministración intravenosa (Maldonado, 2003). En este sentido, los cannabinoides producen frecuentemente respuestas aversivas en el modelo del condicionamiento espacial, principalmente cuando se utilizan altas dosis de estos compuestos (Parker y Guillies, 1995; Hutcheson et al., 1998). Sin embargo, los agonistas cannabinoides también son capaces de producir efectos reforzantes mediante condiciones experimentales particulares, tales como el aumento del periodo de condicionamiento al cannabinoide y la evitación de las posibles consecuencias disfóricas de la primera exposición a la droga. En efecto, una dosis de 1 mg/kg de THC produce preferencia de plaza en ratones si previamente

se realiza una inyección de este cannabinoide en la jaula donde se encuentran los animales antes de comenzar las sesiones de condicionamiento (Valjent y Maldonado, 2000).

Por otra parte, un gran número de estudios han indicado que el THC es incapaz de producir un comportamiento de autoadministración en las diferentes especies animales en las que se ha investigado este proceso (Maldonado, 2003). Sin embargo, investigaciones recientes llevadas a cabo con monos han demostrado que estos animales son capaces de autoadministrarse THC a dosis mucho menores a las que se habían utilizado en estudios anteriores. En un primer estudio, un grupo de monos que habían aprendido previamente a autoadministrarse cocaína fueron capaces de adquirir un comportamiento de autoadministración de THC (Tanda et al., 2000). En un segundo estudio, monos que no habían sido expuestos con anterioridad a ninguna otra droga de abuso también fueron capaces de aprender un comportamiento de autoadministración de dosis bajas de THC (Justinova et al., 2003). Las dosis de THC que fueron capaces de inducir efectos reforzantes en animales mediante la técnica de autoadministración fueron similares a las contenidas en una calada de un cigarrillo de marihuana (2-4 µg/kg). Las propiedades farmacocinéticas del THC parecen jugar un importante papel en la dificultad de esta sustancia para generar un comportamiento de autoadministración ya que otros agonistas cannabinoides sintéticos, tales como el WIN 55,212-2 (Marterolla et al., 1998) o el CP 55,940 (Braida et al., 2001), que poseen una vida media mucho más corta que el THC, inducen un comportamiento de autoadministración en roedores.

A pesar de las dificultades encontradas para obtener un comportamiento de autoadministración de THC en el animal de experimentación, los derivados del cannabis producen claros efectos reforzantes en humanos lo que lleva a un comportamiento de búsqueda de estas drogas y finalmente al abuso de las mismas. Los estudios electrofisiológicos (Chen et al., 1990) y neuroquímicos (Tanda et al., 1997) realizados en roedores también han revelado que los cannabinoides son capaces de activar el sistema dopaminérgico mesolímbico, lo que se ha relacionado directamente con sus propiedades reforzantes. En efecto, la activación del sistema dopaminérgico mesolímbico parece ser un sustrato neuronal común que media las propiedades motivacionales y reforzantes de todas las drogas de abuso (Koob et al., 2004).

REFERENCIAS

Aboud ME, Martin BR. Neurobiology of marijuana abuse. *Trends Pharmacol Sci* 13: 201-207, 1992.

Aceto MD, Scates SM, Lowe JA, Martin BP. Spontaneous and precipitated withdrawal with a synthetic cannabinoid, WIN 55,212-2. *Eur J Pharmacol* 416: 75-81, 2001.

Bass CE, Martin BR. Time course for the induction and maintenance of tolerance to Delta-9-tetrahydrocannabinol in mice. *Drug Alcohol Depend* 60: 113-119, 2000.

Beardsley PM, Balster RL, Harris LS. Dependence on tetrahydrocannabinol in rhesus monkeys. *J Pharmacol Exp Ther* 239: 311-319, 1986.

Braida D, Pozzi M, Parolaro D, Sala M. Intracerebral self-administration of the cannabinoid receptor agonist CP 55,940 in the rat: interaction with the opioid system. *Eur J Pharmacol* 413: 227-234, 2001.

Chen J, Paredes W, Li J, Smith D, Lowinson J, Gardner EL. Δ 9-tetrahydrocannabinol produces naloxone-blockable enhancement of presynaptic basal dopamine efflux in nucleus accumbens of conscious, freely-moving rats as measured by intracerebral microdialysis. *Psychopharmacology* 102: 156-162, 1990.

Deneau GA, Kaymakcalan S. Physiological and psychological dependence to synthetic delta-9-tetrahydrocannabinol THC in rhesus monkeys. *Pharmacologist* 13: 246, 1971.

Diana M, Melis M, Muntoni A.L, Gessa GL. Mesolimbic dopaminergic decline after cannabinoid withdrawal. *Proc Natl Acad Sci USA* 95: 10269-10273, 1998.

Howlett AC, Fleming RM. Cannabinoid inhibition of adenylate cyclase. Pharmacology of the responses in neuroblastoma cell membranes. *Mol Pharmacol* 26: 532-538, 1984.

Hutcheson DM, Tzavara ET, Smadja C, Valjent E, Roques BP, Hanoune J, Maldonado R. Behavioural and biochemical evidence for signs of abstinence in mice chronically treated with delta-9-tetrahydrocannabinol. *Br J Pharmacol* 125: 1567-1577, 1998.

Justinova Z, Tanda G, Munzar P, Goldberg SR. The opioid antagonist naltrexone reduces the reinforcing effects of delta 9 tetrahydrocannabinol (THC) in squirrel monkeys. *Psychopharmacology* 173: 186-194, 2003.

Kaymakcalan S. Tolerance to and dependence on cannabis. *Bull Narc* 25: 39-47, 1973.

Koob GF, Ahmed SH, Boutrel B, Chen SA, Kenny PJ, Markou A, O'Parson LH, Sanna PP. Neurobiological mechanisms in the transition from drug use to dependence. *Neurosci Biobehav Rev* 27: 739-749, 2004.

Ledent C, Valverde O, Cossu G, Petitet F, Aubert JF, Beslot F, Bohme GA, Imperato A, Pedrazzini T, Roques BP, Vassart G, Fratta W, Parnetier M. Unresponsiveness to cannabinoids and reduced addictive effects of opiates in CB1 receptor knockout mice. *Science* 283: 15-19, 1999.

Lichtman AH, Wiley JL, Lavecchia KL, Neviasser ST, Arthur DB, Wilson DM, Martin B R. Effects of SR 141716A after acute or chronic cannabinoid administration in dogs. *Eur J Pharmacol* 357: 139-148, 1998.

Magour S, Copher H, Fahndrich C. Is tolerance to delta-9-THC cellular or metabolic? the subcellular distribution of delta-9-tetrahydrocannabinol and its metabolites in brains of tolerant and non-tolerant rats. *Psychopharmacology* 51: 141-145, 1977.

Maldonado R, Valverde O. Participation of the opioid system in cannabinoid-induced antinociception and emotional-like responses. *Eur Neuropsychopharmacol* 13: 401-403, 2003.

Maldonado R. Opioid system involvement in cannabinoid tolerance and dependence. *Molecular Biology of Drug Addiction*. Maldonado R (ed). Humana Press, Totowa, NJ, 221-245, 2003.

Maldonado R. Study of cannabinoid dependence in animals. *Pharmacol Ther* 95: 153-164, 2002.

Martellota MC, Cossu G, Gessa GL, Fratta W. Self-administration of the cannabinoid receptor agonist WIN 55,212-2 in drug-naive mice. *Neuroscience* 85: 327-330, 1998.

Martin BR, Dewey WL, Harris LS, Belckner JS. 3H-delta-9-tetrahydrocannabinol tissue and subcellular distribution in the central nervous system and tissue distribution in peripheral organs of tolerant and nontolerant dogs. *J Pharmacol Exp Ther* 196: 128-144, 1976.

McMillan DE, Dewey WL, Harris LS. Characteristics of tetrahydrocannabinol tolerance. *Ann NY Acad Sci* 191: 83-99, 1971.

Mechoulam R. Marijuana chemistry. *Science* 168: 1159-1166, 1970.

Oliva JM, Ortiz S, Palomo T, Manzanares J. Behavioural and gene transcription alterations induced by spontaneous cannabinoid withdrawal in mice. *J Neurochem* 85: 94-104, 2003.

Parker LA, Gillies T. THC-induced place and taste aversion in Lewis and Sprague-Dawley rats. *Behav Neurosci* 109: 71-78, 1995.

Rodriguez de Fonseca F, Carrera MRA, Navarro M, Koob GF, Weiss F. Activation of corticotropin-releasing factor in the limbic system during cannabinoid withdrawal. *Science* 276: 2050-2054, 1997.

Rodriguez de Fonseca F, Gorriti MA, Fernandez-Ruiz JJ, Palomo T, Ramos JA. Downregulation of rat brain cannabinoid binding sites after chronic delta 9-tetrahydrocannabinol treatment. *Pharmacol Biochem Behav* 47: 33-40, 1994.

Romero J, Berrendero F, Manzanares J, Pérez A, Corchero J, Fuentes A, Fernández-Ruiz JJ, Ramos JA. Time-course of the cannabinoid receptor down-regulation in the adult rat brain caused by repeated exposure to delta 9-tetrahydrocannabinol. *Synapse* 30: 298-308, 1998.

Rossetti ZL, Hmaidan Y, Gessa GL. Marked inhibition of mesolimbic dopamine release: common feature of ethanol, morphine, cocaine and amphetamine abstinence in rats. *Eur J Pharmacol* 221: 227-234, 1992.

Rubino T, Patrini G, Massi P, Fuzio D, Vigano D, Giognoni G, Parolaro D. Cannabinoid-precipitated withdrawal: a time-course study of the behavioral aspect and its correlation with cannabinoid receptors and G protein expression. *J Pharmacol Exp Ther* 285: 813-819, 1998.

Rubino T, Vigano D, Massi P, Parolaro D. Changes in the cannabinoid receptor binding, G protein coupling, and cyclic AMP cascade in the CNS of rats tolerant to and dependent on the synthetic cannabinoid compound CP55,940. *J Neurochem* 75: 2080-2086, 2000a.

Rubino T, Vigano D, Massi P, Spinello M, Zagato E, Giagnoni G, Parolaro D. Chronic delta-9-tetrahydrocannabinol treatment increases cAMP levels and cAMP levels and cAMP-dependent protein kinase activity in some rat brain regions. *Neuropharmacology* 39: 1331-1336, 2000b.

Sim LJ, Hampson RE, Deadwyler SA, Childers SR. Effects of chronic treatment with delta-9-tetrahydrocannabinol on cannabinoid-stimulated [35S]GTP γ S autoradiography in rat brain. *J Neurosci* 16: 8057-8066, 1996.

Tanda G, Munzar P, Goldberg SR. Self-administration behavior is maintained by the psychoactive ingredient of marijuana in squirrel monkeys. *Nat Neurosci* 3: 1073-1074, 2000.

Tanda G, Pontieri FE, Di Chiara G. Cannabinoid and heroin activation of mesolimbic dopamine transmission by a common μ 1 opioid receptor mechanism. *Nature* 276: 2048-2050, 1997.

Tsou K, Patrick SL, Walker JM. Physical withdrawal in rats tolerant to delta 9-tetrahydrocannabinol precipitated by a cannabinoid receptor antagonist. *Eur J Pharmacol* 280: R13-R15, 1995.

Tzavara ET, Valjent E, Firmo C, Mas M, Beslot F, Defer N, Roques BP, Hanoune J, Maldonado R. Cannabinoid withdrawal is dependent upon PKA activation in the cerebellum. *Eur J Neurosci* 12: 1038-1046, 2000.

Valjent E, Maldonado R. A behavioural model to reveal place preference to delta 9-tetrahydrocannabinol in mice. *Psychopharmacology* 147: 436-438, 2000.

Valverde O, Robledo P, Maldonado R. Involvement of the endogenous opioid system in cannabinoid responses. *Curr Med Chem-CNS Agents*. 4 : 183-193, 2004.

CONSUMO DE MARIHUANA EN COSTA RICA

D^a Giselle Amador Muñoz.

Coordinadora del Área Técnica.

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA).

San José. Costa Rica.

INTRODUCCION

El consumo de drogas plantea enormes retos para todas las sociedades actuales, pues el impacto individual y social derivado del mismo, hacen tambalear el desarrollo de un país al afectar de manera directa e indirecta el tejido social, el capital humano, la salud pública, el bienestar y la seguridad de un número cada vez mayor de niños, niñas, jóvenes y adultos cuyo futuro se ve seriamente comprometido por cuenta de la producción, el tráfico, el comercio y el consumo de sustancias ilícitas. El panorama es aún más complejo, si se tiene en cuenta que el consumo de sustancias psicoactivas viene adquiriendo dimensiones cada día más importantes.

Agradezco a los organizadores de esta Jornada la invitación para asistir a la misma, considerando que el intercambio de información y experiencias es útil para todas las personas que trabajamos en la prevención de las drogodependencias.

Los tratados internacionales llevan a las agencias a dar lineamientos a los gobiernos para que se definan respuestas en congruencia con los compromisos adquiridos en las distintas convenciones de la Organización de la Naciones Unidas. En ellas, se ha establecido que el enfoque mayoritariamente centrado en el control del cultivo, producción y tráfico de sustancias ilícitas el cual debe redefinirse, no porque no sea un aspecto fundamental en la lucha conjunta contra dichas sustancias, sino porque hoy se reconoce que es necesario encontrar un balance entre las acciones de control de oferta de sustancias ilícitas y las del control de la demanda, por ser dos aspectos constitutivos de un mismo problema.

En la **reducción de la demanda de drogas** deben integrarse diferentes campos de acción, incluyendo políticas en materia de promoción de la salud y prevención en escuelas, familias, comunidad y empresas y provisión de servicios de tratamiento, rehabilitación y reincorporación social, así como sistemas de información, vigilancia y cooperación internacional para cada uno de los sectores involucrados y comprometidos con la búsqueda de respuestas ajustadas a la naturaleza del problema y sus consecuencias para el país.

La marihuana es la droga ilícita que principalmente se consume en la mayoría de los países de Latinoamérica y por esta razón deben de definirse claramente las estrategias para controlar su producción, distribución y venta; así como el consumo, el cual principalmente se presenta en personas jóvenes.

FARMACOCINETICA Y FARMACODINAMIA

La marihuana y sus derivados están formados por sustancias llamadas cannabinoides, que son sustancias que suelen tener una estructura carbocíclica con veintiún carbonos y están formados generalmente por tres anillos, ciclohexeno, tetrahidropirano y benceno.

Son más de cuatrocientas las sustancias identificadas en la marihuana de las que alrededor de sesenta son cannabinoides, siendo el más importante el delta 9 Tetrahydrocannabinol (THC).

El Delta 9-THC, es por tanto el cannabinoide con mayor potencia psicoactiva y presenta propiedades hidrofóbicas por lo que es muy soluble en lípidos (lipófila). Esto hace que su distribución en el organismo y su eliminación presenten diferencias con lo descrito para otras drogas de abuso.

Cuando los preparados de la Cannabis sativa. (hachís, marihuana) se consumen en forma de cigarrillos son absorbidos por los alvéolos pulmonares, junto con los otros componentes del humo. La entrada del THC en sangre y la posterior distribución en tejidos es muy rápida y los síntomas se producen casi instantáneamente, similar a su administración intravenosa. La máxima concentración de THC en sangre se alcanza en unos veinte minutos. La ingestión de los cannabinoides por vía oral da lugar a unos niveles plasmáticos de THC inicialmente más bajos que cuando se toma por inhalación. Por vía oral su biodisponibilidad se ve reducida por su sensibilidad a la acidez del jugo gástrico, por el metabolismo hepático e intestinal, así como por su acceso a la circulación entero-hepática (Agurell y cols., 1986). Por tanto, hay que ingerir una cantidad mayor de THC por esta vía para conseguir el mismo efecto fisiológico que por la respiratoria y además conduce a unos niveles plasmáticos mucho más erráticos que los observados después de fumar.

Solo un 3% del THC presente en sangre está en forma libre. Se une a diferentes componentes plasmáticos grasos. Un 9% está unido a las células sanguíneas. Otro 60% lo está a las lipoproteínas plasmáticas y el resto a albúmina.

Esta misma propiedad explica su rápida penetración en los tejidos, sobre todo en aquellos que están altamente vascularizados: pulmón, hígado, riñón, corazón, estómago, bazo, tejido adiposo marrón, placenta, corteza adrenal, tiroides, pituitaria y glándula mamaria. Posteriormente pasa al tejido adiposo, que junto con el bazo son sus principales depósitos tres días después de su ingesta. La

droga puede tardar varias semanas en ser totalmente eliminada tras el cese de su administración (Harvey,1999).

Sintomatología:

La marihuana es una sustancia que produce múltiple sintomatología principalmente de tipo psicodélico. Se presentan síntomas como son: Euforia, sensación de placer y relajación, hilaridad, sensación del liviandad, alteraciones de la percepción del tiempo y el espacio. aumento del apetito y en algunos casos se ha reportado trastornos de ansiedad sobre todo en personas no experimentadas y en contadas ocasiones alucinaciones visuales o auditivas. (Lorenzo 1998).

OFERTA Y DEMANDA DE MARIHUANA EN COSTA RICA

Según muestran diferentes investigaciones realizadas en países latinoamericanos, el consumo de drogas ilícitas es bajo, si se compara con la utilización de sustancias lícitas como el alcohol y el tabaco.

El estudio comparativo de consumo de drogas realizado en el año 2003 en diferentes países latino americanos SIDUC, muestra que la prevalencia de drogas ilícitas alguna vez en la vida no supera el 10% y el consumo activo ronda el 3%. (Bejarano 2003).

Los estudios realizados en Costa Rica en población de estudiantes de escuela primaria y secundaria indican que cuando se comparan diferentes investigaciones desde la década de los noventas hasta la actualidad, existe una tendencia a disminuir la edad de inicio en el consumo de sustancias que producen dependencia y que tal como se ha expuesto en investigaciones en otras latitudes, son las drogas legales (tabaco y alcohol) las que inicialmente se utilizan por parte de niños y adolescentes. Las prevalencias de vida de consumo de alcohol en diferentes estudios en colegiales de séptimo, octavo y noveno año nos indican que más del 55% de los adolescentes se inician en el consumo antes de cumplir los 15 años, situación que es preocupante por las consecuencias en la salud, sobre todo si recordamos que la ley de licores prohíbe la venta a personas menores de edad. Las prevalencias de consumo activo o de mes, también son altas y reflejan al igual que las anteriores una tendencia al aumento en los últimos diez años. El patrón o forma de beber de las personas menores de edad se asemeja al de los adultos, tomando alcohol en forma episódica, en grandes cantidades, en busca de los síntomas físicos y conductuales que produce el alcohol. En este sentido las investigaciones nos hablan de que casi el 20% de los y las adolescentes refieren presentar cuadros de embriaguez al menos una vez al mes. (Bejarano 1995, 2001).

El tabaco es la segunda droga de abuso, los adolescentes costarricenses tienen un prevalencia de vida de más de 30% en las diferentes investigaciones y la de mes es de aproximadamente el 15% en los últimos estudios realizados. Las drogas ilegales se utilizan mucho menos, sin embargo es motivo de preocupación la tendencia al aumento que se puede apreciar. Al comparar investigaciones realizadas a inicios de los años noventa el porcentaje de consumidores de marihuana no llegaba al 3% y en la actualidad supera en algunos casos el 6%. También se percibe un aumento del consumo de cocaína y crack pero la misma se inicia después de los 18 años y se presenta principalmente en jóvenes que abandonaron o fueron expulsados del sistema educativo formal.

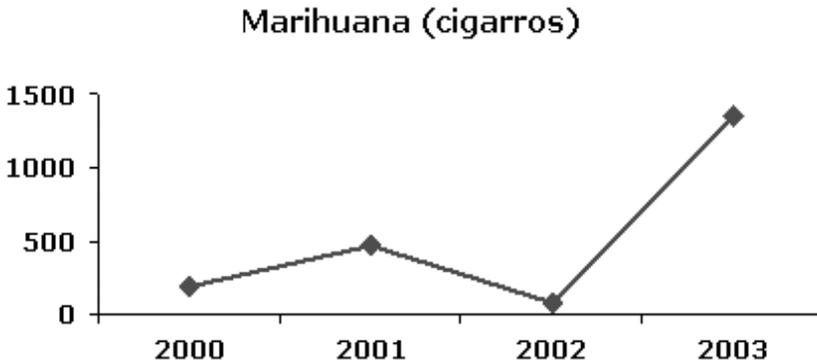
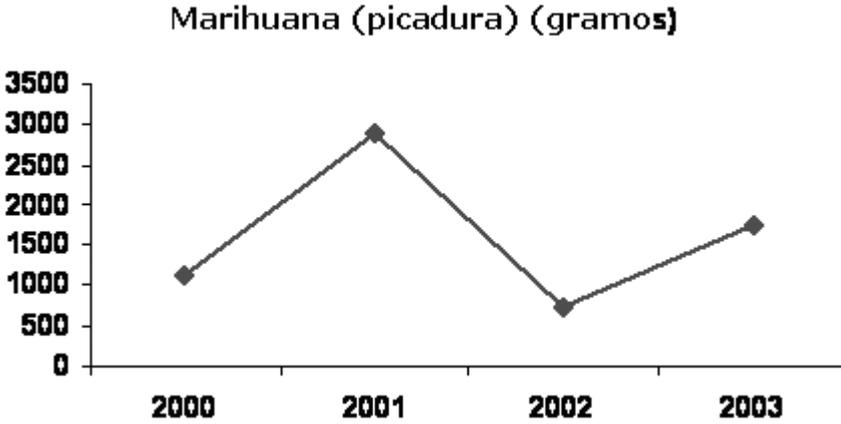
La encuesta de hogares realizada en el año 2000 en Costa Rica para población de 12 a 24 años, pone de relieve que la edad de inicio del consumo de marihuana es de 16.6 años en los hombres y de 16.1 años en las mujeres. Las prevalencias de vida aumentaron significativamente si se compara con el estudio anterior que se realizó en el año 1990, aunque se nota una estabilización a partir del año 1995. Tanto en los hombres como en las mujeres se nota un aumento de la prevalencia de vida pero una estabilización en el consumo activo. Los fumadores activos se caracterizan por ser del género masculino, trabajadores de los sectores primarios y secundarios. El estudio destaca que tanto en hombres como en mujeres, la única variable independiente que demuestra una fuerte asociación con haber fumado marihuana es el ser consumidor activo de tabaco. (Bejarano et al. 2004).

En los informes de la consulta externa del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) en el año 2003, se presentó un aumento en la demanda y servicios de atención a personas consumidoras. La mayor parte de las consultas médicas y psicológicas corresponden al género masculino (71%) cuyas edades oscilan entre 15 y 17 años, son personas solteras y con educación secundaria completa. Se realizaron un total de 4.134 atenciones a 1.178 pacientes, de los cuales 831 pacientes (70%) fueron de primera vez. (IAFA 2004). En los cuatro años de referencia ha variado el perfil del paciente que consulta. Ha pasando de caracterizarse por ser hombres, mayores de treinta años que ingieren alcohol, a ser en su mayoría, jóvenes escolarizados que consultan por el consumo de alcohol y otras drogas. Entre las drogas ilícitas las atenciones por problemas asociados al consumo de marihuana constituyen mayoría.

Las atenciones por problemas asociados con el abuso o dependencia del alcohol corresponden a un 39%, en tanto que por marihuana y otras drogas 58%, correspondiendo a únicamente marihuana un 38%. (IAFA 2004).

Reducción de la oferta de Marihuana

En materia de reducción de la oferta de drogas en el país, se han realizado esfuerzos importantes, los cuales han estado respaldados no sólo por la continuidad de las acciones sino también por una mayor disponibilidad de recursos, tal y como se han reflejado en los últimos informes presentados por el país con respecto al mecanismo de evaluación multilateral (MEM) de la CICAD /OEA.



En el caso de la marihuana, en lo que se refiere a plantas, entre los años 1998 y 2002 se realizó con la ayuda de los Estados Unidos, la operación “Cielos abiertos”, que dio como resultado, después de once incursiones, la destrucción de más de siete millones de plantas de marihuana, cubriendo el operativo una amplia área de 432.000 metros cuadrados de sembradíos en zonas montañosas como

Talamanca en la provincia de Limón. Esto quiere decir que para el año 2002, ya no existía mayor cantidad de zonas de producción de marihuana en estas áreas por lo que los decomisos son menores. Otras razones podrían ser que en este año de decaimiento hubo menor cantidad de personal para hacer el operativo, o que hubo menos importación de drogas al país.

Para la marihuana en cigarros, el mayor incremento se dio en el año 2003, y lo que respecta a picadura, los decomisos si bien se incrementaron en el año 2003, su magnitud es muy similar a los que se presentaron a principios de la década. (Trejos, 2005).

MEDIDAS PREVENTIVAS Y DE TRATAMIENTO

La marihuana es la droga ilícita que se consume en mayor cantidad en Costa Rica y por esta razón se necesita realizar los mayores esfuerzos para reducir la demanda de la misma.

Para disminuir el consumo de ésta y otras drogas se realizan acciones tanto en promoción de la salud, como en prevención y atención de los que utilizan éstas sustancias. Estas acciones se dirigen principalmente a niños, niñas, adolescentes y personas jóvenes; ya que es esta la población que está principalmente expuesta y la que presenta mayor capacidad de respuesta e incorporación de propuestas preventivas.

Los programas preventivos en el sistema educativo formal se convierten en una prioridad, debido a la necesidad de formar integralmente a los futuros adultos para que puedan desarrollarse adecuadamente y así integrarse en la sociedad. Así mismo es importante anotar que los niños, niñas y adolescentes que asisten a escuelas y colegios, son grupos que permanecen muchas horas en las aulas, lo que permite llegar hasta esta población con programas permanentes en forma continua desde los primeros años de infancia.

Los enfoques utilizados en la prevención de consumo de sustancias han evolucionado en forma importante en Costa Rica. Programas incluidos en el modelo de prevención específica que se ponían en práctica en los años setenta y ochenta fueron evaluados, demostrando poco o ningún impacto. Dentro de estos programas se llevaron a cabo algunos que informaban sobre las drogas y sus efectos y otros que trataban de infundir temor exponiendo al adolescente a imágenes de personas desfiguradas o severamente enfermas como consecuencia del consumo de drogas.

Desde 1988 la Comisión Interamericana contra el Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de Estados Americanos (OEA), en diferentes reuniones, promovió un modelo de intervención denominado Prevención Integral que impulsa

el desarrollo de las personas, las familias y las comunidades como la mejor forma de Prevención. Este enfoque funcionó en Costa Rica desde el año 1991 y su puesta en práctica se fortaleció mediante el Plan de Prevención Integral del Consumo de Drogas para Centroamérica, Panamá y República Dominicana, que se llevó a cabo en los países de la región desde el año 1991 al año 1996 con cooperación de la CICAD.

En 1993 la Organización Mundial de la Salud (OMS), bajo el modelo de Promoción de la Salud, propone la enseñanza de las Habilidades para Vivir como una estrategia exitosa de fortalecimiento integral de las personas menores de edad, que evita el consumo de drogas en niños, niñas y adolescentes. Además esta organización recomendó que para iniciar un programa preventivo se lleven a cabo investigaciones acerca de los factores de riesgo y factores protectores asociados al uso y abuso de sustancias.

En diferentes estudios realizados en países occidentales tanto en Europa como en América se demostró que existen habilidades socio-afectivas que el adolescente adquiere, las cuales le permiten retardar la edad de inicio y evitar o disminuir el consumo de sustancias psicoactivas.

La OMS definió las Habilidades para Vivir como : “Las aptitudes necesarias para tener un comportamiento adecuado y positivo que nos permite enfrentar eficazmente las exigencias y retos de la vida diaria”; lo cual a su vez previene que el y la joven se involucren en problemas socialmente relevantes como son el consumo de drogas, la delincuencia y el embarazo no deseado entre otros.

Estas Habilidades Sociales son las siguientes:

- Capacidad para tomar decisiones
- Habilidad para resolver problemas
- Habilidad para comunicarse afectiva y efectivamente (comunicación asertiva)
- Capacidad para pensar en forma crítica y creativa
- Habilidad para establecer y mantener relaciones interpersonales
- Capacidad para manejar las emociones propias
- Habilidad para manejar la ansiedad, la tensión o el estrés
- Capacidad para establecer empatía
- Conocimiento de si mismo y autoestima

Para que se lleve a cabo el aprendizaje de las Habilidades para Vivir, el niño, la niña, los y las adolescentes deben no sólo conocer la habilidad, sino también reaccionar e interesarse, para así cambiar la actitud y poner en práctica estas

destrezas adquiridas. De esto se deduce que la metodología de aprendizaje no puede ser academicista ni utilizar estrategias directivas y verticales sino por el contrario tiene que involucrar a los niños o a los adolescentes en el proceso, ser atractiva, dinámica participativa e interactiva, promover una relación horizontal con el niño o con el adolescente-adulto e incluir a jóvenes facilitadores, rescatando la importancia de la enseñanza por medio de pares, como mejor estrategia para motivar y aprender en la edad de la adolescencia.

A este aprendizaje de las habilidades socio-afectivas, se une la información acerca de los problemas que causa el consumo de drogas y la desmitificación acerca de su consumo. En el caso de la marihuana se revisa con la población de niños, niñas y adolescentes, los mitos alrededor de la promoción de su uso, haciendo especial énfasis en sus características como droga que produce dependencia y en la posibilidad de consecuencias en la salud, sobre todo en los aspectos inmunológicos y algunos trastornos a nivel hormonal. También se advierte a los jóvenes, que aunque su uso como terapia médica es posible, esto no justifica su uso recreativo, por los peligros que conlleva.

Estos conocimientos se realizan en forma participativa e interactiva teniendo como base la cantidad de información que obtienen los niños en diferentes medios de comunicación, sobre todo en Internet.

PROGRAMAS DE PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION INTEGRAL DEL CONSUMO DE DROGAS EN COSTA RICA

El Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia desde el año 1954 lleva a cabo programas de tratamiento dirigidos a reducir la demanda de consumo de drogas. Los programas de prevención se iniciaron a finales de los años setenta y evolucionaron desde los que se basaban en la información sobre drogas hasta los que se incluyen en el modelo de promoción de la salud y prevención integral con estrategias de enseñanza de las Habilidades para Vivir.

PROYECTO TRAZANDO EL CAMINO:

Es un proyecto interinstitucional llevado a cabo desde el año 1999 por el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), El Ministerio de Educación (MEP), y el Instituto Costarricense sobre drogas (ICD) que brinda los recursos para su financiamiento. Desde un inicio contó con el apoyo político y financiero para su ejecución y con colaboración técnica de la Organización Panamericana de la Salud OPS.

Lo desarrollan Orientadores y Profesores guía de 7°, 8° y 9° años durante una hora semanal denominada la “Hora Guía”, utilizando folletos para el docente y el alumno, que orientan las sesiones a desarrollar.

Incluye una evaluación de proceso e impacto que se realiza anualmente. La evaluación de proceso llevada a cabo en el año 2003 reveló que su ejecución se realiza en el 60% de los colegios en todo el país y que profesores y alumnos opinan que es importante y atractivo, pero aducen problemas en el tiempo y falta de capacitación para su adecuado desarrollo. Tomando en cuenta los resultados de esta evaluación de proceso, se revisó y adecuó la metodología de aplicación, reduciendo la cantidad de sesiones y el costo del material, elaborándose una única guía para el docente que lo aplica.

También como respuesta a la evaluación de proceso en el año 2004 se dictó una directriz del Ministro de Educación que le da obligatoriedad a la ejecución del proyecto durante una hora por semana y se programaron capacitaciones para orientadores y profesores guía, que permitieran en una forma vivencial, no sólo que estos profesionales conocieran acerca de las habilidades para vivir sino también apropiarse de estas habilidades.

La evaluación de impacto se hace mediante la aplicación a una muestra representativa de estudiantes que reciben el programa de un pretest y un postest. En estas evaluaciones se encontró que los estudiantes que adquirirían las habilidades para vivir presentaron menor consumo activo de alcohol y marihuana, en comparación con los alumnos que no adquirirían las mismas.

PROYECTO APRENDO A VALERME POR MI MISMO.

Proyecto piloto dirigido a estudiantes de IV, V y VI grado y a padres y madres de familia que se inició en el año 2003. En el mismo participan 721 escuelas y en el año 2005 se cubrió a un total de 91.926 estudiantes. Esta cobertura del proyecto piloto permitió llegar a una tercera parte del total de estudiantes en todo el país.

Pretende la enseñanza de las habilidades para vivir por medio de un modelo pedagógico constructivo, donde el niño y la niña elaboran y construyen su propio conocimiento y el aprendizaje es significativo.

Es una enseñanza para la vida en donde el estudiante va conociendo y avanzando por sí sólo y determina acciones para salir adelante, auxiliado de un cuaderno de trabajo para él como herramienta para la enseñanza.

Incluye una evaluación cualitativa y de impacto. Por medio de un pretest y un postest que se les pasa a los niños participantes, se conocen las prevalencias

de consumo y las habilidades para vivir antes y después de la aplicación del programa, comparándose con un grupo control que no recibe en proyecto. La evaluación cualitativa se realiza con grupos focales en los que los docentes y los niños de todas las regiones programáticas expresan su aceptación, actitudes y conocimientos acerca del programa.

Se lleva a cabo en dos modalidades, directa por los funcionarios del IAFA y por medio de la formación de los docentes de IV, V y VI grado como agentes multiplicadores, capacitados por funcionarios de este instituto, lo que permite conocer cual es la mejor estrategia para lograr la adquisición de estas habilidades socio-afectivas.

Se invirtió la suma de aproximadamente cien mil dólares anuales en los componentes de elaboración de material, capacitación de 1.842 agentes multiplicadores y actividades de graduación, evaluación y cierre en las diferentes escuelas. El proyecto cuenta con colaboración de la CICAD de la OEA para su desarrollo.

A MODO DE CONCLUSIÓN.

1. La marihuana es la droga ilegal que principalmente se consume en Costa Rica y en los últimos años se ha visto un aumento importante de su utilización principalmente en la juventud.
2. El gobierno costarricense realiza grandes esfuerzos para controlar su uso, desarrollando programas preventivos dirigidos tanto a la población escolarizada como no escolarizada, apoyados por diferentes instituciones gubernamentales y no gubernamentales.
3. Los programas basados en la enseñanza de las habilidades para vivir dentro de un enfoque de promoción de la salud y prevención integral, han demostrado ser los más exitosos y deben estar dirigidas a toda la comunidad, niños, niñas, jóvenes, docentes, padres y madres de familia.
4. La capacitación y sensibilización al agente facilitador es muy importante y es en este apartado donde se asienta principalmente el éxito de los programas.
5. La evaluación de proceso e impacto debe estar incluida desde su planteamiento. Estas evaluaciones permiten realizar los cambios en forma oportuna para mejorar el desarrollo de los proyecto y los resultados de impacto en los estudiantes fortalecen la toma de decisiones y el apoyo político así como la colaboración interinstitucional e internacional.

6. Es necesario desarrollar programas informativos acerca de los peligros que conlleva el uso de marihuana, tratando de desmitificar lo inocuo de su consumo. Estos materiales deberán incluirse en diferentes medios, como es Internet, para que sean revisados por los y las jóvenes en todo el país.

BIBLIOGRAFIA

Agrawal, A.K.; Kumar, P. ; Gulati, A. ; Seth, P.K. (1989): Cannabis induced neurotoxicity in mice:effect of cholinergic (muscarinic) receptors and blood barrier permeability. Res. Commun.Subst. Abuse. 10:155-168.

Aguerrí, S.; Halldin, M.; Lindgren, J.; Ohlsson, A. ; Widman, M. ; Gillespie, H. ; Hollister, L. (1986): Pharmacokinetics and metabolism of delta-9-THC and othecannabinoids with emphasis on man, Pharmacol. Rev. 38:21-42.

Botvin, G. and Wills, T. Personal and social skills training: Cognitive-behavioral approaches to substance abuse prevention, in Bell, C. and Battjes, R. (eds) Prevention research: Detering drug abuse among children and adolescents, Washington, DC: 1985

Bejarano, J. (2001, jul.-dic.). El consumo de tabaco en la población joven costarricense. Hallazgos de la encuesta mundial sobre tabaco en jóvenes (G.Y.T.S., 1999); Revista Costarricense de Salud Pública (18-19): 19-25.

Bejarano, J. ; Ugalde, F. y Fonseca, S.(2004): Consumo de drogas en la Juventud Costarricense Acta Psiquiat y Psicol. Am Lat 50 (3) 203-217

Bejarano, J. y Solano, S. (1988, abr.): Caracterización psicosocial de una población de pacientes con problemas de alcoholismo, atendidos en un servicio de tratamiento intensivo; Boletín Informativo del Departamento de Investigación del IAFA 1 (1): 13-18.

Bejarano, J.; Amador, G. y Vargas, A. L. (1994): Consumo de drogas y percepciones de riesgo en el estudiante costarricense de 10° y 11° años 1993. San José: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA).

Bejarano, J.; Carvajal, H. y San Lee, L. (1996): Consumo de drogas en Costa Rica: Resultados de la encuesta nacional de 1995. San José: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA).

Bejarano, J. y otros. Consumo de drogas en Costa Rica: Resultados de la encuesta nacional de 2000-2001. San José: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), 2001

Bejarano, J.; San Lee, L. y Carvajal, H. (1999): El consumo de drogas en la mujer costarricense. Evolución de cinco años; Salud Mental 22 (2): 41-48.

Carballeda, A. (1991): La Farmacodependencia en América Latina, su abordaje desde la Atención Primaria de Salud, OPS, Washington, E.U.A.

Carvajal, C. y Restrepo L. C. (1993): Droga y Reconstrucción Cultural, Alcaldía Mayor de Santa Fe, Bogotá, Colombia.

Carvajal, C. y Restrepo, L. C. (1993): Que es Prevención Integral: Alcaldía Mayor de Santa Fe de Bogotá, Bogotá, Colombia.

Harvey, D.J. (1984): Chemistry, metabolism and pharmacokinetics of the cannabinoids en Nahas GG ed pg 37-107. Raven Press. New York.

Harvey, D.J. (1999): Absorption, distribution and biotransformation of the cannabinoids en Nahas GG, Sutin KM, Harvey DJ y Agurell S. Humana Press. Totowa. New Jersey. pg 91-103.

I.A.F.A. (1997): Algunos contenidos teórico prácticos relacionados con la prevención integral de fenómeno droga. San José, C.R.: I.A.F.A./MEP/UCR,

Jessor, R. y Jessor, S.L. Theory testin in longitudinel research on marihuane use. In fendel, D.B. Ed longitudinel Reserch an drug use Washington D.C. Hemisphere, 1978 pp 41-71.

O.E.A. La prevención del uso indebido de drogas en América Latina: Un Compromiso de Todos, PREDE / OEA, Washington, D.C., E.U.A. 1994.

OMS & ICI. (1999)Guidelines: Life skills curricula for schools, (Draft document), may,

Parra, L. (1994): Reflexiones acerca del fenómeno cultural de la droga y de su prevención integral, San José, I.A.F.A.

CLAUSURA

Ilmo. Sr. D. Ramón Isidro Sanchis Mangriñán

Concejal de Sanidad y Consumo.

Ayuntamiento de Valencia.

Considero que esta tarde, se han cumplido ampliamente todos los objetivos que nos planteamos desde el Plan Municipal de Drogodependencias del Ayuntamiento de Valencia, cuando decidimos realizar una Jornada sobre Cannabis.

Felicito a todos los ponentes y moderadores por su participación y sus doctos conocimientos. Todos hemos aprendido mucho y confío que lo pongamos en práctica.

Felicito a los profesionales del Plan Municipal de Drogodependencias, por la excelente organización de esta Jornada.

Agradezco a la Consellería de Sanidad, a la Consellería de Cultura, Educación y Deportes y a la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción su permanente colaboración.

Les agradezco a todos ustedes su asistencia a esta Jornada y les emplazo para la Jornada del próximo año 2005.

Tiene la palabra el Secretario Autonómico de Educación de la Consellería de Cultura, Educación y Deporte, D. Máximo Caturla Rubio.

Muchas gracias a todos y muy buenas noches.

CLAUSURA

Ilmo. Sr. D. Máximo Caturla Rubio

Secretario Autonómico de Educación

Consellería de Cultura, Educación y Deporte

Felicito a todos los organizadores, ponentes, moderadores y a las Instituciones patrocinadoras de esta Jornada sobre Cannabis, que hay sido muy interesante y a todos ustedes por su participación en la misma.

Desde todos los ámbitos de la sociedad tenemos que contribuir a la prevención de las drogodependencias y en caso concreto del cannabis, debemos hacer frente entre todos, instituciones y profesionales a la tolerancia existente ante el mismo y a la ambigüedad social en la que nos encontramos con mensajes completamente contradictorios.

Además, como en esta Jornada de ha puesto de manifiesto, tanto por los ponentes como por las preguntas que se han realizado debemos contrarrestar la presión de la cultura social pro-cannabis con argumentos objetivos y veraces que no engañen a la sociedad, pero sobre todo a los jóvenes. Hay que conseguir un disminución progresiva de la actual tolerancia frente a esta sustancia que mucha gente equipara por igual al tabaco.

Debemos de ser conscientes que tras esta tolerancia social, existen asociaciones, organizaciones e industrias, con fuertes intereses económicos para potenciar el desarrollo de la cultura pro-cannabis, que mediante medios en ocasiones ilegítimos difunden sus planteamientos, tergiversando la verdad.

Hay que favorecer además la investigación y la difusión de la información científica sobre las consecuencias negativas, tanto agudas como crónicas, que el consumo del cannabis, está ocasionando en la juventud.

Las actuaciones preventivas sobre drogodependencias se deben intensificar tanto en el medio comunitario, como en el escolar y en el familiar; ofreciendo además a los jóvenes alternativas de ocio y tiempo libre saludables.

A los profesionales del Plan Municipal de Drogodependencias del Ayuntamiento de Valencia, les felicito y animo a seguir trabajando en la promoción de la salud y en la prevención de las drogodependencias.

Desde la Consellería de Cultura, Educación y Deporte, apoyamos a la Concejalía de Sanidad y Consumo del Ayuntamiento de Valencia, para que continúe con la

gran labor que está desarrollando, siendo conscientes que la Educación para la Salud es un reto permanente, en el que todos debemos participar.

En nombre del Conseller de Cultura, Educación y Deporte, D. Alejandro Font de Mora, queda clausurada la Jornada sobre Cannabis.

Gracias a todos ustedes por sus asistencia y muy buenas noches.



PLAN MUNICIPAL DE
DROGODEPENDENCIAS



AJUNTAMENT DE VALENCIA

CONCEJALIA DE SANIDAD Y CONSUMO



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

