

N. Sánchez-Nàcher
S. Amigó

FesHoBé!

VOLUMEN I

Uso responsable de la cannabis

HazloBien

FesHoBé! - Hazlo bien

Volumen I

*Uso responsable
de la cannabis*

FesHoBé! - Hazlo bien. Volumen I. Uso responsable de la cannabis

© Observatorio Europeo del Consumo y Cultivo de Cannabis (OECCC)
<https://observatoriocannabis.com>

Coordinación editorial:

Noemí Sánchez Nàcher y Salvador Amigó Borrás

Diseño de cubierta:

Hemecé

Maquetación:

Juan Carlos López

ISBN: 978-84-18793-10-3

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, ni su préstamo, alquiler o cualquier forma de cesión de uso del ejemplar sin el permiso previo por escrito de los titulares del copyright.

*A Blanka, cuando difundir el conocimiento y experiencias
es un signo de rebeldía, hay mujeres que se convierten en
auténticas revolucionarias.*

"El cannabis es solidario". Blanka 1966-2022

Índice

Prólogo 7

Presentación 13

Estrategias para controlar y reducir el consumo abusivo de cannabis 15

Disfruta los efectos del cannabis para evitar su abuso con terapia de auto-regulación 31

Adolescencia y cannabis. Prevención desde la evidencia científica 49

Sexo-género y cannabis. De las hormonas a las neuronas 69

La prevención de riesgos y daños en el consumo de cannabis mediante el contenido audiovisual. Una breve aproximación 87

Estrategias de reducción de riesgos y posibles daños en los clubes sociales cannábicos 97

Medidas de prevención y precaución para el autocultivo doméstico de cannabis. Protección para la planta, quien la cultiva y quien la usa 123

Cannabis y Derecho. Una aproximación jurídica para la reducción de riesgos 137

Glosario 161

Referencias 169

Autoras y autores 191

Prólogo

Un fantasma recorre la conciencia de occidente: el uso racional de las drogas.

La relación entre las drogas y el ser humano se remonta al principio de los tiempos, y ha sufrido numerosos avatares a lo largo de la historia, oscilando entre el amor y el odio más visceral. Entre los acontecimientos que supusieron un cambio sustancial en la era contemporánea en esta agitada relación, podemos situar una serie de valiosas aportaciones, como la introducción de la aguja hipodérmica por parte del médico escocés Alexander Wood para inyectar morfina a su esposa con cáncer, o del farmacéutico alemán Friedrich Sertürner, que aisló el principio activo del opio, principios activos que posteriormente recibirían el nombre de “alcaloides”, o bien del químico suizo Albert Hofmann, quien sintetizó el LSD en 1938, entre otras. Todo ello modificó de manera sustancial cómo nuestro organismo reacciona a pequeñas dosis de droga en comparación como lo había hecho durante milenios en respuesta al consumo de plantas, a la vez que ha conllevado un tipo de adicciones, con la excepción del alcohol, para las que el ser humano no tenía referencias históricas, y que pueden tener consecuencias devastadoras. Todas estas aportaciones científicas han supuesto, como nos ha enseñado la historia tantas veces, grandes avances para la medicina, a la vez que un enorme reto para la hasta entonces ocasional fraterna simbiosis droga-salutogénesis humana.

Por otra parte, también en la historia reciente se ha puesto de manifiesto las propiedades terapéuticas de los fitoquímicos que componen multitud de plantas, así como de los alcaloides (compuestos nitrogenados) extraídos de las mismas, que en muchas ocasiones identificamos como “drogas”. Ya no hay duda de que, en cuanto a potencial terapéutico en medicina, psiquiatría y psicología, no hay una distinción tan definida entre plantas, “drogas blandas” y “drogas duras”. Se han utilizado los derivados del opio, así como los

opiáceos sintéticos, como antitusivos, analgésicos, etc., al igual que la cocaína como anestésico local (recordemos las operaciones de cataratas con cocaína del oftalmólogo austriaco Carl Koller), o bien las anfetaminas o similares (metilfenidato) para el tratamiento de diferentes problemas de salud como el trastorno de déficit de atención e hiperactividad, etc.

Pero también a lo largo del siglo XX y debido en parte a los avances médicos que anteriormente se han mencionado, y que han abocado a un tipo de adicciones cuyo impacto era desconocido hasta entonces, ha arraigado cada vez más la perspectiva rupturista de la bienvenida relación droga – salud. Esta nueva perspectiva médico-social ha criminalizado las drogas susceptibles de provocar adicción, de forma que ha barrido de un plumazo buena parte de su potencial terapéutico.

Esto ha sucedido con la droga que aquí nos ocupa: el cannabis. Hay que recordar que en fecha tan reciente como el 2 de diciembre de 2020 la Comisión de Estupefacientes de la ONU elimina el cannabis de la Lista IV de la Convención Única de Estupefacientes de 1961, donde el cannabis figuraba junto a la heroína. Así, al considerar durante décadas al cannabis como una droga esencialmente perjudicial, se ha condenado también la investigación científica de su potencial terapéutico, contraviniendo su ancestral beneficio para la salud, que generaciones que se pierden en nuestra memoria conservan en su acervo cultural, terapéutico y ritual.

Los organismos internacionales siguen considerando al cannabis como una droga perjudicial con importante poder adictivo y, si bien empieza a considerarse su potencial terapéutico, el principal caballo de batalla de la normativa internacional y del prohibicionismo para frenar o al menos ralentizar la normalización del cannabis es esgrimir la argumentación de que es necesaria una mayor evidencia científica para aceptar plenamente la eficacia terapéutica del cannabis y, por tanto, del cannabis medicinal, para la curación de diversas enfermedades o la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud.

Pero esta argumentación, que se basa en una exigencia de mayor evidencia científica, es en buena medida razonable y aceptable, no obstante representar a la vez un auténtico juego de filibusteros y oculta trampa cuyas maledicciones hay que desvelar y confrontar. Veamos.

En primer lugar, exigir un altísimo nivel de evidencia científica de los efectos terapéuticos de una sustancia que ha sido perseguida durante décadas y cuya investigación científica se consideraba absolutamente innecesaria, ya que ha formado parte de la lista IV hasta muy recientemente, tal como antes se ha comentado, no deja de resultar contradictorio cuando menos o bien ciertamente intencionado y cínico.

Por otra parte, este argumento está lleno de sesgos y errores. Así, no obstante la prohibición comentada en el párrafo anterior, afortunadamente muchos laboratorios han investigado concienzudamente sobre el potencial terapéutico del cannabis durante décadas, y así ha ido acumulándose evidencia científica de la eficacia del cannabis para el tratamiento de varias enfermedades, al nivel de la evidencia sustancial y concluyente que cuenta con estudios de aleatorización y doble ciego, por lo que cumple los criterios de máxima exigencia experimental, para problemas graves de salud como son el dolor crónico, esclerosis múltiple y antiemético como coadyuvante en el tratamiento del cáncer.

Es cierto que para otros problemas de salud, como es el glaucoma, síndrome de Tourette, fibromialgia, etc., la evidencia no es tan determinante. Pero se olvida con demasiada facilidad que la evidencia científica no es una cuestión de blanco y negro, sino que se mide en diferentes niveles y grados, siendo que el cannabis cumple con requisitos más que aceptables de evidencia para múltiples enfermedades, y eso a pesar de la prohibición y el descrédito al que se ha querido condenar al cannabis medicinal, siendo que la investigación futura aún puede desvelarnos nuevas y mejores aplicaciones del cannabis medicinal. Pocas sustancias se han encontrado con tantas dificultades y limitaciones para la investigación científica de su potencial terapéutico, y aun así han mostrado tantas bondades médicas.

Por último, estudios de diferentes grupos de investigación, como el International Centre for Science in Drug Policy, demuestran precisamente que afirmaciones del tipo “la marihuana es una droga de entrada”, “el cannabis reduce el coeficiente intelectual” o “el cannabis produce esquizofrenia a largo plazo”, no superan más que la evidencia científica débil, y por tanto están sujetas a profundos sesgos. Aquí parece que los criterios de exigencia de evidencia científica no resultan tan apremiantes para los contrarios a la normalización del cannabis, y les podríamos legítimamente dedicar la tan manida expresión “que prueben su propia medicina”.

Es por tanto que esta insistencia en exigir mayor evidencia científica para seguir avanzando en la regulación del cannabis está llena de sesgos, trampas y cuando menos de errores, tanto en lo referente al cannabis medicinal como al uso recreativo del mismo.

Es cierto que un mal uso de cualquier droga puede conllevar perjuicios para la salud física y mental, pero desde las décadas de los 80 y 90 del siglo pasado se ha ido edificando una auténtica alternativa de intervención del abuso de drogas que no se basa en la abstinencia sino en la reducción de riesgos y daños. Y esta es la importante aportación de este libro, que desde distintos ámbitos

ofrece una reflexión seria a la vez que procedimientos estructurados y fundamentados para afrontar los riesgos de un consumo excesivo o inadecuado.

Por tanto, la regulación del cannabis no requiere más demora, ni el mínimo retraso está justificado, tanto si consideramos el avance del cannabis medicinal como el consumo recreativo, siempre acompañado de las medidas y programas de reducción de riesgos y daños que en este libro se detallan.

Me queda una última reflexión breve, para no extenderme más de lo necesario en este prolegómeno, sobre el autocultivo del cannabis. Tan solo quiero extraer un párrafo de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, que apunta en su Exposición de Motivos cuestiones como la automedicación responsable. En el apartado IV se dice:

Es importante también la incorporación del concepto de “autocuidado de la salud” relacionado con la calificación de los medicamentos como medicamentos no sujetos a prescripción médica. Se trata de adaptar la redacción de la Ley a la realidad social del siglo XXI, en la que cada vez tiene más importancia el uso de medicamentos sin prescripción en las condiciones que se establecen, pero que debe ser realizada en el marco de un uso racional del medicamento, a cuyos fines es imprescindible el papel del farmacéutico en todo lo relacionado con una automedicación responsable.

El autocultivo se enmarca perfectamente en esta sugerencia de “autocuidado de la salud” y en cuanto al uso racional de cualquier medicamento con y sin prescripción.

Así, con el uso racional de los medicamentos y el énfasis en el “autocuidado de la salud” que anima claramente la ley española, volvemos al principio de este prólogo: el fantasma del uso racional de las drogas, y en este caso particular, del cannabis. Un fantasma que golpea las conciencias dormidas, cuando no aletargadas o maledicentes, de un Occidente que aún no ha entendido que no podemos eliminar las drogas, sino que tendremos que aprender a convivir con ellas de la manera más provechosa posible.

Para que esto sea una realidad respecto al cannabis, surgió un grupo de trabajo en Valencia, que junto con la asociación cannábica Terapéuticas Hierbas Castelló, reúne personas del ámbito científico, universitario, sanitario y del activismo, ilusionadas, emprendedoras y expertas en cannabis, en una asociación que se llama FesHoBé! (que traducido al castellano es algo así como “¡Hazlo bien!”). Este grupo de estudios sobre el cannabis ha organizado encuentros científicos, ha llevado a cabo investigación sobre calidad de vida relacionada con la salud, actos reivindicativos y, en la actualidad, la publicación de este libro, con el apoyo y soporte del Observatorio Europeo de Consumo

y Cultivo de Cannabis. Así, este libro es una aportación en un momento muy oportuno (consideremos el informe de la Subcomisión parlamentaria para analizar las experiencias de regulación del cannabis para uso medicinal, aprobado por la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados el 27 de junio de 2022), libro cuya lectura es imprescindible tanto para un conocimiento más profundo del cannabis y sus efectos, como de las estrategias más eficaces para afrontar sus riesgos.

DR. SALVADOR AMIGÓ
València, a 22 de octubre de 2022

Presentación

El libro que tienes en tus manos, o en tu pantalla, ha sido concebido con la finalidad de aportar información actualizada y científica respecto a la reducción de riesgos en el uso de cannabis. Además, se ha intentado mantener un lenguaje inclusivo e incorporar la perspectiva de género en los diferentes capítulos. Este texto ha surgido desde el Grupo de Estudios sobre Cannabis y Drogas FesHoBé!, el cual está formado por profesionales de diversos sectores, hecho que queda plasmado en este libro y su variedad temática. A lo largo del texto podrás viajar entre diversos conocimientos que abarcan diferentes disciplinas y ámbitos, pero todos ellos orientados a la reducción del riesgo en cannabis desde el respeto a la persona usuaria y a sus derechos.

Comenzamos el libro dando a conocer las estrategias más actualizadas sobre el control del consumo abusivo de cannabis, para de ese modo poder implementarlas en tu propia persona o utilizarlas para desarrollar programas de reducción de riesgos. A continuación, podrás aprender una técnica innovadora, llamada Terapia de Auto-Regulación, para poder disfrutar de los efectos de la cannabis usándola responsablemente. Siendo un grupo vulnerable y de especial relevancia, el tercer capítulo se ha dedicado a las personas adolescentes y jóvenes en el que se intenta explicar estos periodos como momentos de cambio que hay que comprender para poder implementar programas de prevención y reducción de riesgos ajustados a la evidencia científica. Llegando al ecuador del texto, hemos considerado adecuado hacer un capítulo en el que se expliquen las derivaciones dependientes de sexo y/o género respecto al uso de cannabis. Asimismo hemos querido incluir en este capítulo la evidencia científica que conocemos hasta la fecha respecto a un tema tan desconocido y tabú como es la fertilidad, gestación y lactancia en personas usuarias de cannabis, ya que únicamente conociendo podemos reducir el riesgo. En el capítulo quinto

se realiza una aproximación sobre cómo los medios audiovisuales han sido y son utilizados de herramienta de prevención y cómo han ido evolucionando. Los Clubes Sociales de Cannabis son un fenómeno singular de organización de base puramente social ideado en el Estado español, que se está llevando a cabo desde el año 1991, cuando fue registrada legalmente la A.R.S.E.C. Por ello hemos considerado otorgarle la relevancia que merecen como herramienta de reducción del riesgo y el daño, así como explicar su funcionamiento en el capítulo sexto. Las personas que hemos escrito este libro abogamos por el autocultivo como una herramienta de reducción de riesgos, por el control que se puede ejercer sobre el producto final, por ello en el séptimo capítulo se explican las medidas de prevención que se deben implementar para conseguir un cultivo y consumo seguro. Hemos destinado el último capítulo a la reducción de riesgos legales, algo a lo que ha de enfrentarse toda persona usuaria y/o cultivadora de cannabis por el mero hecho de ejercer su libertad y sin hacer daño a terceras personas. En este capítulo se explican las implicaciones legales de cada una de las actividades relacionadas con la cannabis, incluyendo embarazo y custodia, dos temas muy poco conocidos y tratados hasta el momento.

Esperamos que aprendas y disfrutes leyendo, tanto como el equipo lo hemos hecho escribiendo.

DRA. NOEMÍ SÁNCHEZ-NÀCHER

Estrategias para controlar y reducir el consumo abusivo de cannabis

Dr. Amigó, S.
Dra. Beleña, A.

Estrategias para controlar y reducir el consumo abusivo de cannabis

DR. AMIGÓ, S.

DRA. BELEÑA, A.

1. Introducción

Durante mucho tiempo se ha admitido, tanto por parte de expertos en drogodependencias como de la opinión pública, que el consumo de cualquier droga, por insignificante que sea, conduce inevitablemente al descontrol, la escalada a drogas más duras y a la adicción. Pero cada vez más se acumula evidencia científica que demuestra que la mayoría de los consumidores de drogas no se convierten en adictos, sino que más bien utilizan estrategias para controlar y mantener a raya el consumo de drogas (Apsler, 1979; Cohen & Sas, 1994; Hakkarainen, 1987).

Así, un extenso número de estudios realizados en un amplio número de ciudades del mundo han listado una serie de estrategias utilizadas con mucha frecuencia por consumidores de todo tipo de drogas (Bielman et al., 1993; Calafat et al., 2001; Cohen, 1999; Cohen & Sas, 1992; Decorte, 2000; Decorte & Muys, 2010; Erickson & Weber, 1994; Hammersley & Ditton, 1994; Mugford, 1994; Amigó & Beleña, 2021). Por ejemplo, Waldorf et al. (1991) han reunido estrategias de control de consumidores de cocaína, entre las que están: 1) no consumir drogas a diario; 2) establecer reglas de con quien y cuando consumir; 3) no comercializar con drogas, etc.

Se han elaborado escalas para medir las estrategias de control. Por ejemplo, la Escala de Estrategias Conductuales Protectoras (EECP), que es una escala de 20 ítems para evaluar el uso de estrategias para reducir el consumo de alcohol (Martens et al., 2005; Treloar et al., 2015), y la Escala de Estrategias Conductuales Protectoras para la Marihuana de 39 ítems (Pedersen et al., 2016). En este último estudio se constató que las dos escalas correlacionan positivamente.

El hecho constatado de que muchos consumidores de drogas utilizan estrategias de control para minimizar los riesgos y daños de las drogas, así como la innovadora creación de escalas creadas para medir dichas estrategias, sugiere que pueden elaborarse programas de intervención para reducir el consumo abusivo de drogas mediante el entrenamiento en el uso de estrategias de control. Existen ya evidencias científicas al respecto. Así, la aplicación de intervenciones basadas en el entrenamiento en las estrategias de control del consumo de drogas ha resultado exitosa en tratamientos suficientemente prolongados en el tiempo y con el complemento de otras técnicas de intervención, como entrevistas motivacionales y técnicas grupales, pero no si se trata de intervenciones especialmente breves (Kenney et al., 2014; LaBrie et al., 2015). Por otra parte, se ha constatado la eficacia de las intervenciones basadas en el entrenamiento de estrategias para conseguir el consumo moderado de cannabis en un amplio grupo de consumidores (Lozano et al., 2006).

2. La Escala de Estrategias del Consumo de Drogas (EECD) y su aplicación

Una escala ideada por Salvador Amigó y desarrollada por nuestro grupo para evaluar directamente las estrategias de control es la Escala de Estrategias para el Consumo de Drogas (EECD) que consta de 17 ítems que repasan diferentes tipos de estrategias. A lo largo de las dos últimas décadas se han venido obteniendo resultados de la administración de la EECD tanto en población general como en usuarios de drogas en tratamiento (Amigó & Portaceli, 2002; Amigó et al., 2006; López, 2012; López, 2016; Soriano, 2017; Amigó & Beleña, 2017; 2021; Espí, 2019).

La escala tiene un formato de respuesta SI/NO y viene precedida por una pregunta. A continuación, se presenta la escala completa:

Algunas personas dicen que controlan el consumo de drogas porque hacen ciertas cosas que moderan el consumo o reducen riesgos. ¿Crees que es posible moderar, controlar o reducir el consumo de drogas, en general (tanto las consideradas “duras” como “blandas”, legales o ilegales) haciendo determinadas cosas, o empleando determinadas estrategias?:

1. Sí.
2. No.

Si contestaste Sí a la pregunta anterior, señala cuáles de las siguientes estrategias crees que serían útiles para la mayoría de los consumidores:

	Sí	No
1. No consumir a diario		
2. Consumir sólo en ciertos sitios o con ciertas personas		
3. No vender droga		
4. No utilizarla para resolver mis problemas o deficiencias		
5. Consumir sólo por vía oral o esnifada (si es cocaína)		
6. Alternar el consumo con otras actividades (paseos, leer, etc)		
7. Subordinar mis obligaciones al consumo de drogas (levantarme puntualmente para ir al trabajo aunque tenga resaca)		
8. No usar la droga para evadirme de la realidad		
9. Consumir sólo drogas blandas como el cannabis		
10. No consumir solo, siempre con gente		
11. No consumir en casa, siempre fuera		
12. Reducir la cantidad de droga		
13. Proponerme una cantidad límite para cada día		
14. Distraerme y hacer otras cosas cuando tengo ganas de consumir		
15. No quedar con gente que consume o no ir a sitios donde se consume		
16. Tener sólo la cantidad de droga para el consumo de ese día; no acumular en casa		
17. Pensar en las consecuencias negativas personales y para la salud		

Para este capítulo hemos escogido una de las muestras más extensas y recientes de consumidores de drogas que han contestado una batería de pruebas sobre consumo de drogas, en la que está incluida la EECD (Amigó & Beleña, 2021). Son un total de 924 participantes.

La mayoría de los entrevistados son estudiantes de la Universidad de Valencia o de la Universidad Politécnica de Valencia, entre consumidores y no consumidores de drogas. Una de las preguntas de la batería de pruebas sobre la frecuencia de consumo de drogas era relativa a la cantidad de veces que habían consumido la droga en la vida (1-5; 6-30; >30). De los 924 entrevistados, hemos escogido aquellos que han respondido que han consumido más de 30 veces cannabis en la vida, es decir, los que han informado de un mayor consumo de cannabis. Hacen un total de 293 participantes.

Hay que destacar que no se trata tan solo de consumidores de cannabis, sino que algunos de ellos consumen también, aunque en menor medida, otro tipo de drogas. En la Tabla 1 se presenta las frecuencias de consumo de varias drogas.

Tabla 1. Frecuencia de consumo de drogas en altos consumidores de cannabis (N=293).

Drogas	Veces en la vida			Veces en el último año			Veces en el último mes		
	1-5	6-30	> 30	1-5	6-30	> 30	1-5	6-30	> 30
Cannabis			100	14,3	17,7	45,7	21,8	13,7	25,3
Éxtasis	23	15,4	10,2	15,4	4,1	1,7	4,4	1	0,3
Cocaína	20,8	14	23,9	17,4	9,2	5,8	10,2	2,7	0,7
Anfetaminas	14	11,3	7,2	8,2	4,4	1,7	5,1	1	0
Alucinógenos	31,4	14,3	4,8	12,6	4,4	0	7,2	0,3	0

De los 293 altos consumidores de cannabis (han consumido cannabis >30 veces en la vida), 247 (84,3%) respondieron que SI es posible el control de las drogas mediante determinadas estrategias, por lo que respondieron posteriormente a la EECD.

Tabla 2. Frecuencia y porcentaje de respuesta SI a las 17 estrategias.

Estrategias de control de drogas	Frecuencia (%)
1. No consumir a diario	229 (92,7)
2. Consumir sólo en ciertos sitios o con ciertas personas	158 (64)
3. No vender droga	187 (75,7)
4. No utilizarla para resolver mis problemas o deficiencias	220 (89,1)
5. Consumir sólo por vía oral o esnifada (si es cocaína)	71 (28,7)
6. Alternar el consumo con otras actividades (paseos, leer, etc.)	185 (75)
7. Subordinar mis obligaciones al consumo de drogas (levantarme puntualmente para ir al trabajo aunque tenga resaca)	184 (74,5)
8. No usar la droga para evadirme de la realidad	200 (81)
9. Consumir sólo drogas blandas como el cannabis	96 (38,9)
10. No consumir solo, siempre con gente	138 (55,9)
11. No consumir en casa, siempre fuera	104 (42,1)
12. Reducir la cantidad de droga	219 (88,7)
13. Proponerme una cantidad límite para cada día	176 (71,3)
14. Distraerme y hacer otras cosas cuando tengo ganas de consumir	232 (93,9)
15. No quedar con gente que consume o no ir a sitios donde se consume	186 (75,3)
16. Tener sólo la cantidad de droga para el consumo de ese día; no acumular en casa	166 (67,2)
17. Pensar en las consecuencias negativas personales y para la salud	215 (87)

En la Tabla 2 se presenta las frecuencias de elección de las 17 estrategias de la EECD, es decir la frecuencia de la respuesta SI a la consideración de estrategia útil para controlar el consumo de drogas.

Para mayor claridad, hemos dividido las estrategias en 4 grupos, según cuartiles, desde aquellas que han sido contestadas por un menor porcentaje de consumidores (≥ 25), hasta aquellas que han sido consideradas las más útiles con una mayor proporción de aceptación (≥ 75). Esto se presenta en la Tabla 3.

Tabla 3. Estrategias según los porcentajes de aceptación por cuartiles.

Cuartiles	Estrategias
Muy poco útiles (≤ 25)	—
Algo útiles (26-50)	5. Consumir sólo por vía oral o esnifada (si es cocaína) 9. Consumir sólo drogas blandas como el cannabis 11. No consumir en casa, siempre fuera
Bastante útiles (51-74)	2. Consumir sólo en ciertos sitios o con ciertas personas 7. Subordinar mis obligaciones al consumo de drogas (levantarme puntualmente para ir al trabajo aunque tenga resaca) 10. No consumir solo, siempre con gente 13. Proponerme una cantidad límite para cada día 16. Tener sólo la cantidad de droga para el consumo de ese día; no acumular en casa
Muy útiles (≥ 75)	1. No consumir a diario 3. No vender droga 4. No utilizarla para resolver mis problemas o deficiencias 6. Alternar el consumo con otras actividades (paseos, leer, etc) 8. No usar la droga para evadirme de la realidad 12. Reducir la cantidad de droga 14. Distraerme y hacer otras cosas cuando tengo ganas de consumir 15. No quedar con gente que consume o no ir a sitios donde se consume 17. Pensar en las consecuencias negativas personales y para la salud

Lo primero que hay que tener en cuenta y que se ha comentado más arriba, es que estos consumidores no lo eran sólo de cannabis sino también de otras drogas, aunque en menor medida. De hecho, los cálculos realizados con el subgrupo de aquellos consumidores de cannabis que no han consumido nunca drogas como cocaína o anfetamina ($N=88$), y que no hemos expuesto aquí por motivos de espacio, ofrecen resultados muy similares, por lo que en aras de simplificación tomaremos los resultados aquí presentados como representativos de la mayoría de los consumidores mayoritariamente de cannabis.

Llama poderosamente la atención que la gran mayoría de las estrategias se consideran bastante o muy útiles (tercer y cuarto cuartil) mientras que ninguna se considera en el primer cuartil y solo 3 en el segundo cuartil. Es decir, los altos consumidores de cannabis consideran la gran mayoría de las 17 estrategias como bastante o muy útiles para controlar el consumo de drogas.

El mayor número de ellas corresponden al cuarto cuartil (con más de un 75% de aceptación). En este grupo aparecen tanto estrategias dirigidas a reducir el consumo y restringir situaciones de consumo (1. No consumir a diario; 12. Reducir la cantidad de droga; 15. No quedar con gente que consume o no ir a sitios donde se consume), no utilizarla para evadirse de la realidad (estrategia 8) o solucionar problemas personales (estrategia 4), distracción o alternar con otras actividades (estrategias 6 y 14), pensar en las consecuencias negativas (estrategia 17), y no vender droga (estrategia 3).

Estos resultados son muy sugerentes, ya que abren un camino evidente para la elaboración de programas de intervención basados en la reducción de riesgos y daños del consumo abusivo de drogas en general y de cannabis en particular, a partir de las estrategias que se consideran más aceptables para controlar el consumo de drogas por parte de los propios usuarios, entrenándoles en la utilización eficaz de las mismas. De hecho, ya se ha realizado un estudio piloto en una plataforma on-line en la que 14 consumidores de drogas fueron capaces de reducir el consumo mediante el uso de las 17 estrategias de la EECd (García, 2015). La aplicación de este programa de intervención a usuarios de cannabis en exclusiva es el siguiente paso. Un programa de reducción de riesgos y daños del abuso de drogas, a partir del entrenamiento en estrategias de control para reducir el consumo abusivo, se encuentra con todo detalle en Amigó (2017).

3. Estrategias de afrontamiento y consumo

Como acabamos de indicar, el conocimiento de la percepción del control de drogas y las estrategias de control ofrecerá valiosa información a los profesionales para diseñar programas de prevención y/o intervención eficaces desde el enfoque del consumo moderado. Asimismo, nos vamos a centrar en conocer e investigar las estrategias de afrontamiento más utilizadas.

En nuestra vida se presentan situaciones que pueden ser vividas como amenazantes y que nos generan un estrés en el organismo, pues rompen nuestro equilibrio emocional. Estas situaciones pueden ser categorizadas como estresores, y para restaurar nuestro bienestar personal debemos hacer-

les frente. La capacidad de afrontar los estresores depende de los recursos de afrontamiento que una persona posee. Según Lazarus el estrés consta de tres procesos: la evaluación primaria, la evaluación secundaria y el afrontamiento. En la evaluación primaria el sujeto percibe y evalúa el estresor. En la evaluación secundaria se genera una respuesta a nivel cognitivo, estimando los recursos que posee para enfrentarse a la situación, la respuesta ha de mitigar o eliminar el estresor; y el afrontamiento sería el proceso de llevar a cabo esa respuesta (Lazarus, 1989).

El afrontamiento se define como “aquellos esfuerzos cognitivos y comportamentales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son valoradas como que exceden o desbordan los recursos de un individuo” (Lazarus y Folkman, 1986, p. 164).

Por otro lado, Lazarus mantiene que en el afrontamiento podemos distinguir dos procesos: la acción directa y acción paliativa. La primera es una conducta real en la que el individuo se compromete con la intención de cambiar sus relaciones con el ambiente, y la segunda, una minimización de la angustia generada por el estresor, y de sus efectos psicológicos.

En este sentido es importante distinguir entre afrontamiento centrado en el problema y afrontamiento centrado en la emoción. El afrontamiento centrado en el problema son formas de afrontamiento centradas en la acción, y van encaminadas a alterar la fuente del estrés. El afrontamiento centrado en la emoción se dirige a reducir o manejar el distrés emocional asociado a la situación, las estrategias de afrontamiento suelen ser principalmente pensamientos más que acciones encaminadas a cambiar las relaciones persona-ambiente (Lazarus, 1991). Para Lazarus y Folkman las estrategias de afrontamiento centradas en el problema suelen darse en situaciones donde el sujeto percibe que puede hacer algo constructivo que cambie la situación, mientras que las centradas en la emoción tienden a predominar cuando la persona siente que el estresor es algo perdurable. (Folkman & Lazarus, 1980).

En el modelo de auto-regulación conductual de Carver, Scheier y Weintraub (1989), los autores proponen 15 tipos de afrontamiento en base a los cuales elaboraron la Escala COPE que hemos utilizado en nuestra investigación. Estos tipos son: afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades en competencia, restricción del afrontamiento, búsqueda de apoyo social por razones instrumentales, búsqueda de apoyo social por razones emocionales, reinterpretación positiva y crecimiento, aceptación, acudir a la religión, enfocar y liberar emociones, negación, desentendimiento conductual y desentendimiento mental, uso de alcohol y drogas y uso del humor (Cassaretto y Chau,

2013). De estos 15 factores, los autores realizaron un análisis factorial de segundo orden del que obtuvieron 4 factores, estos son: afrontamiento orientado a la tarea, afrontamiento orientado a la emoción, afrontamiento orientado a la evitación y afrontamiento cognitivo (Cassaretto y Chau, 2013).

Asimismo, en lo referido al proceso de afrontamiento, se distinguen dos conceptos: los estilos de afrontamiento y las estrategias de afrontamiento. Los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Mientras que las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes (Fernández-Abascal, 1997). Según Pelechano, estos conceptos no están contrapuestos, sino que son complementarios, representando el primero formas estables y consistentes de afrontar el estrés, mientras que el segundo se refiere a acciones más específicas (Pelechano, 2000).

Dentro de las teorías cognitivo-conductuales sobre los procesos adictivos, el Modelo de Afrontamiento del Estrés de Wills & Hirky (1996) acepta que el consumo de sustancias podría ser una respuesta del sujeto a los estresores vitales a los que se enfrenta a lo largo de su vida. El consumo de sustancias reduciría los efectos negativos del estrés o aumentaría la capacidad del sujeto para hacer frente a los mismos. Según este modelo, si el sujeto tiene habilidades adecuadas y adaptativas para afrontar el estrés tendrá menos probabilidad de desarrollar trastornos adictivos que si carece de estas habilidades. (Llorens Aleixandre et al., 2004).

Para Wills y Hirky (1996), el consumo de drogas representa una estrategia de evitación. Al analizar las motivaciones que empujan a los jóvenes a consumir drogas se centran en tres: regular los estados emocionales desagradables, olvidarse de los problemas que les preocupan y buscar soluciones mágicas a sus problemas. Consideran que esos motivos coinciden básicamente con las metas perseguidas con el empleo de estrategias de afrontamiento de evitación. De esta forma plantea que el consumo de drogas puede ser visto como una conducta de evitación más de entre las posibles alternativas disponibles.

En un estudio donde se utilizó el COPE (Coping Orientations to Problems Experienced) para medir las estrategias de afrontamiento en universitarios consumidores y no consumidores de alcohol, se concluyó que los consumidores de alcohol afrontan el estrés a través del consumo de alcohol y drogas (Chimal, et al, 2011).

Por otro lado, Wagner y cols. (1999) en un intento de validar empíricamente el Modelo de Afrontamiento al Estrés, comprobaron que los adolescen-

tes que utilizan estrategias centradas en el afrontamiento a las situaciones de estrés consumían menos que los que utilizaban estrategias de evitación. Dichas conclusiones se replicaron por Finney y Moos (1995) en población adulta y obtuvieron resultados similares.

El modelo de Prevención de Recaídas de Marlatt y Gordon (1980) hace hincapié en la importancia de las estrategias de afrontamiento en el uso de sustancias. Este modelo señala que tras un periodo de abstinencia se puede producir la vuelta al consumo cuando el sujeto tiene que enfrentarse a situaciones de alto riesgo y no utiliza las estrategias de afrontamiento adecuadas (Marlatt y Gordon, 1980).

En el estudio de Gómez-Fraguela et al., (2006) se pretende analizar el papel que desempeñan las estrategias de afrontamiento en el inicio del consumo de drogas o conducta antisocial, así como analizar en qué medida los estilos de afrontamiento no productivos, como señalan los estudios de Wills y colaboradores, pueden ser factores de riesgo, y en qué medida el afrontamiento productivo puede actuar como factor de protección ante los problemas de conducta en la adolescencia. En sus conclusiones, en lo que refiere a los afrontamientos: el estilo de afrontamiento productivo y, dentro de este estilo, algunas estrategias como el esforzarse, el concentrarse en resolver los problemas o fijarse en lo positivo, parece tener ciertos efectos protectores, tanto sobre el consumo como sobre la conducta antisocial. En cuanto al estilo no productivo (estrategias de evitación), los datos no son tan concluyentes, ya que para el consumo de tabaco se observa un menor empleo de este estilo en los no consumidores, pero esas diferencias no son significativas para las otras sustancias ni para la conducta antisocial. Dentro de las estrategias incluidas en este estilo, las que encuentran mayor apoyo son las de no afrontamiento y la de la reducción de la tensión que son empleadas con mayor frecuencia por los consumidores de tabaco y por aquellos que presentan mayores niveles de conducta antisocial. Todos estos datos van en la línea de lo encontrado por Compas et al., (2001), quienes observan relaciones claras de los estilos de evitación con problemas de internalización, pero inconsistentes con los problemas de externalización.

El estudio de Llorens, et al., (2004), donde el objetivo es analizar el valor explicativo de las estrategias de afrontamiento, habilidades sociales y habilidades propias, en el consumo de sustancias, se administró un cuestionario anónimo, con una muestra de 314 personas adultas (entre 18-30 años). Los resultados indican que existe un déficit en estrategias de afrontamiento como “pensar en las consecuencias negativas”. La habilidad propia “ser disciplinado” disminuye el consumo de bebidas destiladas, fermentadas y cannabis en un 38%, 31% y 33% respectivamente.

Para concluir, debemos hacer un apunte importante en lo referido al afrontamiento del estrés en pacientes drogodependientes, en la investigación de Guevara et al. (2001) realizada en Comunidades Terapéuticas, donde estudiaban los estilos de afrontamiento al estrés utilizados por los pacientes drogodependientes que se encontraban recibiendo tratamiento, observaron que los drogodependientes prefieren como estilos de afrontamiento: la planificación, el afrontamiento activo, el afrontamiento centrado en el problema, la postergación del afrontamiento y el acudir a la religión. Por el contrario, se presentan como los estilos de menor preferencia el desentendimiento conductual, la negación, la supresión de actividades competentes y el desentendimiento mental. Asimismo, en el estudio de Pedrero, Rojo, & Puerta, (2008), los resultados sugieren que los adictos carecen de estrategias activas (asertivas) para afrontar los problemas y optan por formas pasivas (evitación). Prefieren, además, una orientación indirecta al problema, manipulando el ambiente y a las personas que les rodean para resolver los conflictos, denegando la responsabilidad y la culpa. Y en Del Águila (2016) encontraron la misma relación entre el consumo de sustancias y el afrontamiento social/emocional y evitativo. Y esto se relacionó directamente con el consumo de marihuana.

Y, por último, como indica Juan (2019) existen rasgos de personalidad que predicen el consumo de cannabis, a estos rasgos de la personalidad deben sumársele influencias interpersonales, biológicas y socioculturales: baja puntuación en amabilidad y responsabilidad junto con un mayor neuroticismo, alta puntuación en extraversión, la apertura a la experiencia, estrategias de afrontamiento orientadas a la emoción, la internalización de la cultura del consumo, el fácil acceso a la droga, pueden predecir el consumo. Conjuntamente, estilos educativos parentales ejercen un papel moderador en la relación entre la personalidad y el consumo.

A continuación, se exponen unos resultados preliminares de nuestro grupo de investigación referidos a las estrategias de afrontamiento en las Tablas 4, 5 y 6.

Se presenta la Tabla 4, donde se ha modulado una muestra de adultos de la población general en función de si consumen drogas (cannabis y cocaína) o no consumo de drogas y sus diferencias en variables de personalidad: extraversión (E), neuroticismo (N), apertura a la experiencia (O), amabilidad o cordialidad (A), responsabilidad o escrupulosidad (C) del NEO FFI, Autocontrol (E. Grasmick) y Estrategias de afrontamiento (Cope).

Como se observa en la Tabla 4, en los grupos de consumidores frente a no consumidores apenas existen diferencias significativas; sólo se da una diferencia significativa, donde el grupo de no consumidores emplea más el escape

Tabla 4. Comparación de medias entre los grupos de sí consumo y no consumo de drogas en variables de personalidad.

Factores de personalidad	Grupos	N	Media	DT	T Student	gl	Sig. ^a
N (neuroticismo)	NO consumidores	47	17,23	7,47	-,57	100,3	,574
	SÍ consumidores	60	18,07	7,70			
E (extraversión)	NO consumidores	47	30,56	5,83	,55	104,2	,587
	SÍ consumidores	60	29,88	6,88			
O (apertu. experienc.)	NO consumidores	47	27,83	6,65	,89	103,9	,378
	SÍ consumidores	60	26,60	7,89			
A (amabilidad o cordialidad)	NO consumidores	47	33,28	5,89	,35	100,7	,727
	SÍ consumidores	60	32,87	6,15			
C (respuesta escrupul.)	NO consumidores	47	34,89	6,24	1,81	103,4	,074
	SÍ consumidores	60	32,57	7,07			
B. Riesgo (impulsiv. búsqu. rieg.)	NO consumidores	47	2,21	1,69	1,12	90,9	,268
	SÍ consumidores	60	1,87	1,46			
Ts. (tareas simples)	NO consumidores	47	1,43	1,36	-,19	105,0	,848
	SÍ consumidores	60	1,48	1,74			
EG (egocentrismo)	NO consumidores	47	0,94	1,03	-,38	103,8	,708
	SÍ consumidores	60	1,02	1,19			
Af (actividad física)	NO consumidores	47	1,98	1,39	1,08	92,3	,281
	SÍ consumidores	60	1,70	1,23			
Tv (temperamento volátil)	NO consumidores	47	1,13	1,10	-,03	102,8	,980
	SÍ consumidores	60	1,13	1,21			
COPE-1 (afront. conduc.cent. prob.)	NO consumidores	47	31,51	4,69	-,40	96,0	,691
	SÍ consumidores	60	31,87	4,42			
COPE-2 (afront. cogn. probl.)	NO consumidores	47	37,55	7,19	-1,17	92,0	,247
	SÍ consumidores	60	39,10	6,30			
COPE-3 (escape cognitivo)	NO consumidores	47	20,09	6,54	2,64**	73,8	,010
	SÍ consumidores	60	17,20	4,15			
COPE- (afront. centr. emocio)	NO consumidores	47	32,40	6,29	-,16	100,7	,876
	SÍ consumidores	60	32,60	6,55			
COPE-5 (escape conductual)	NO consumidores	47	16,36	2,25	,10	103,8	,924
	SÍ consumidores	60	16,32	2,59			
COPE-6 (consumo de drogas)	NO consumidores	47	4,92	2,19	,29	89,3	,773
	SÍ consumidores	60	4,80	1,83			

Nota. Nivel de significación o probabilidad de error: * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$ * = $p < .05$; ** Cope1 = Afrontamiento conductual centrado en el problema, Cope2 = Afrontamiento cognitivo del problema, Cope3 = Escape cognitivo, Cope4 = Afrontamiento centrado en las emociones, Cope5 = Escape conductual, Cope6 = Consumo de drogas.

Tabla 5. Comparación de medias entre grupos de consumo de cannabis frente a consumo de cocaína y variables de personalidad.

Factores de personalidad	Grupos	N	Media	DT	U de Mann-Whitney	Sig. Asinttica (bilateral)
Neo-N (neuroticismo)	Cannabis	42	16,98	7,77	273,5	,091
	Cocaína	18	20,61	7,10		
Neo-E (extraversión)	Cannabis	42	30,83	6,98	276,0	,099
	Cocaína	18	27,67	6,25		
Neo-O (apertura exper.)	Cannabis	42	25,64	7,30	307,5	,255
	Cocaína	18	28,83	8,33		
Neo-A (cordialidad)	Cannabis	42	33,14	5,67	364,5	,827
	Cocaína	18	32,22	7,28		
Neo-C (escrupulosidad)	Cannabis	42	32,79	6,74	371,5	,916
	Cocaína	18	32,06	7,97		
EG-BRiesgos (búsq. de riesg)	Cannabis	42	1,64	1,27	290,0	,143
	Cocaína	18	2,39	1,75		
EG-Ptr (prefer. tareas fáciles)	Cannabis	42	1,19	1,44	306,0	,222
	Cocaína	18	2,17	2,20		
EG-Cm (egocentrismo)	Cannabis	42	0,98	1,18	345,0	,571
	Cocaína	18	1,11	1,23		
EG-Paf (activid. físicas)	Cannabis	42	1,52	1,21	275,0	,088
	Cocaína	18	2,11	1,18		
EG-Tv (temper. inestable)	Cannabis	42	0,93	1,16	250,0*	,030
	Cocaína	18	1,61	1,24		
COPE-1 (afront. conduc.cent.prb)	Cannabis	42	31,40	4,61	300,5	,209
	Cocaína	18	32,94	3,87		
COPE-2 (afront. Cogn. problema)	Cannabis	42	38,21	5,80	219,5**	,010
	Cocaína	18	41,17	7,08		
COPE-4 (afrt. centr.emoc.)	Cannabis	42	33,02	6,44	340,5	,545
	Cocaína	18	31,61	6,89		
COPE-3 (escape cognitivo)	Cannabis	42	17,50	4,48	347,5	,621
	Cocaína	18	16,50	3,28		
COPE-5 (escape conductual)	Cannabis	42	16,21	2,43	375,5	,968
	Cocaína	18	16,56	2,97		
COPE-6 (consumo drogas)	Cannabis	42	4,21	0,78	157,0***	,000
	Cocaína	18	6,17	2,71		

Nota. Nivel de significación o probabilidad de error: * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$ = $p < .05$;

** Cope1 = Afrontamiento conductual centrado en el problema, Cope2 = Afrontamiento cognitivo del problema, Cope3 = Escape cognitivo, Cope4 = Afrontamiento centrado en las emociones, Cope5 = Escape conductual, Cope6 = Consumo de drogas.

Tabla 6. Análisis comparativo entre consumo o no de cannabis y variables de personalidad.

	Sí (N=38)		No (N=19)		U de Mann- Whitney	R de Rosenthal
	M	DT	M	DT	U	R
Neuroticismo	26,58	10,46	25,95	11,04	338.5	/
Extraversión	35,87	7,20	35,42	5,86	337.5	/
O Apertura a la experiencia	37,34	8,91	30,95	7,77	196.0**	-.37
A Cordialidad	37,13	6,95	39,37	5,86	300.0	/
C Escrupulosidad	32,21	8,37	36,42	8,58	251.5	/
Busq. Riesgos	3,39	1,84	2,00	1,45	200.5**	-.37
Pref. Tareas fáciles	1,58	1,54	1,89	1,70	320.5	/
Centr. En sí mismo	1,05	1,16	0,89	0,81	353.0	/
Pref. Act. Físicas	2,21	1,34	2,37	1,34	334.5	/
Temperam. Volátil	1,34	1,32	1,47	1,17	330.5	/
Cope1	22,24	4,58	19,16	5,25	229.0*	-.30
Cope2	25,65	7,08	21,68	5,10	210.5*	-.32
Cope3	6,61	5,14	7,32	5,44	334.5	/
Cope4	21,32	6,57	18,79	7,22	301.0	/
Cope6	3,79	4,34	1,63	3,79	234.5*	-.30

cognitivo (estrategia de evitación) que el de consumidores, y una tendencia a la significación en la variable responsabilidad-escrupulosidad (son menos impulsivos los no consumidores).

A continuación, se presenta la Tabla 5, dónde se ha modulado la muestra en función de si son consumidores de cannabis frente a consumidores de cocaína, y se presenta el análisis comparativo (calculando la U de Mann-Whitney) y las variables de personalidad: E, N, O, Cordialidad, Escrupulosidad del NEO FFI, Autocontrol (E. Grasmick) y Estrategias de afrontamiento (Cope).

Como se observa en la Tabla 5, en cuanto a la comparación de medias entre el grupo de consumo de cannabis frente a consumo de cocaína y variables de personalidad, hay tres variables de personalidad con diferencias estadísticamente significativas donde el grupo que obtiene puntuaciones superiores es el de consumidores de Cocaína: EG-Tv (temperamento volátil cambiante); Cope-2 (afrontamiento cognitivo del problema) y Cope-6 (consumo de drogas). En resumen, los consumidores de Cocaína tienen un temperamento

inestable; afrontamiento cognitivo de los problemas y utilizar el consumo de drogas como estrategia de afrontamiento.

Por último, hemos modulado la muestra en función de si consumen o no consumen cannabis; en la Tabla 6 se presenta el análisis comparativo (calculando la U de Mann-Whitney) respecto a las variables psicológicas estudiadas.

Se han hallado cinco diferencias estadísticamente significativas: que las personas consumidoras de cannabis presentan niveles más elevados de apertura a la experiencia, búsqueda de riesgos, afrontamiento conductual centrado en el problema, afrontamiento cognitivo del problema (presentando puntuaciones más altas, que el grupo no consumidor de cannabis, en 2 estrategias centradas en el problema), y utilizan las drogas como estrategia de afrontamiento más que los que no consumen cannabis; es decir, el grupo de consumidores de cannabis, utilizan estrategias tanto directas como indirectas notablemente.

4. Conclusiones

Conocer los rasgos de personalidad, las estrategias de afrontamiento y de control en las personas que tienen problemas con el consumo, como los que no tienen problemas, puede ayudar en el área de prevención, por lo que resulta primordial, obtener conocimiento acerca de las sustancias, sus efectos y patrones de consumo. Por consiguiente, sería interesante el implementar programas educativos y preventivos, en adolescentes o adultos que se hayan iniciado en el consumo de drogas, donde se aprendan a valorar sus problemas para controlar el consumo, y aprendan pautas eficaces de control del consumo. Acompañando estos programas de investigaciones que valoren la eficacia de los mismos y mejoren el diseño de las futuras actuaciones.

Sin embargo, muchas personas refieren ser incapaces de hacer un uso controlado de una sustancia a diferencia de otras que sí perciben poder hacerlo. ¿Qué diferencia unas personas de otras? Esto nos sugiere un gran reto como investigadores, el estudio científico de las variables implicadas en el consumo moderado. Conocer las diferencias en algunos rasgos de personalidad, estrategias de control y de afrontamiento entre las personas con problemas graves con el consumo y las que no lo tienen, nos podría ayudar en el área de prevención, principalmente la prevención selectiva, identificando aquellas personas con más riesgo. Así, estudios como el que se presenta, a pesar de sus limitaciones del tamaño de la muestra, y que es de tipo descriptivo y/o evaluativo, son necesarios para poder implementar programas de prevención y/o intervención del consumo de drogas desde el enfoque del consumo moderado.

Disfruta los efectos del cannabis para evitar su abuso con terapia de auto-regulación

Dr. Amigó, S.

Disfruta los efectos del cannabis para evitar su abuso con terapia de auto-regulación

DR. AMIGÓ, S.

1. Introducción

¿Es posible experimentar los efectos de una droga sin tomarla, es decir, *mentalmente*? Hoy en día sabemos que la inducción de estados alterados de conciencia por medios distintos al consumo de drogas (música, hipnosis, danza, etc.) puede producir efectos muy similares a los que producen las mismas drogas. Además, sabemos que nuestro organismo produce sustancias muy similares a los componentes activos de la mayor parte de las drogas y receptores que activan sus efectos. En el caso del cannabis, se conoce el componente psicoactivo del cannabis, el THC, desde que fue aislado en 1964 por el Dr. Raphael Mechoulam. Veinte años después, se descubre los receptores del THC en el sistema endocannabinoide, y la anandamida, considerado como el cannabis endógeno.

Todo esto sugiere que debe ser posible experimentar los efectos del cannabis sin necesidad de ingerir la sustancia, sino a partir del cannabis que produce nuestro propio organismo.

Aún sin conocer bien los mecanismos bioquímicos que pueden hacer esto posible, hay sobradas evidencias de que los efectos del cannabis pueden ser “imitados” por procedimientos psicológicos, y sus mecanismos son cada vez más conocidos. Vamos a continuación a comentar brevemente algunos de ellos.

2. Mecanismos psicológicos para experimentar los efectos del cannabis

Entre los mecanismos psicológicos implicados en la reproducción de los efectos del cannabis, y que han recibido validación científica, podemos citar los siguientes:

Condicionamiento clásico y operante. Es posible el condicionamiento clásico y operante de los efectos del cannabis. Una serie de estudios con modelos animales basados en el paradigma del condicionamiento de la preferencia de lugar (place conditioning paradigm), concluyen que a bajas dosis (1 mg/kg) se condicionan los efectos positivos, reforzantes, y a dosis más altas los negativos o aversivos (5 mg/kg) (Kubilius et al., 2018; Murray & Bevins, 2010). También se ha demostrado el condicionamiento de la conducta de búsqueda de droga (Freels et al., 2020).

Expectativas. Las expectativas explican en buena medida, junto con las propiedades farmacológicas, los efectos subjetivos y las conductas relacionadas con las drogas, y en particular con el cannabis (Schafer & Brown, 1991; Vogel-Sprott & Fillmore, 1999). En una serie de estudios se ha podido constatar la importancia de las expectativas para predecir los efectos del cannabis. Por ejemplo, en un estudio se comprobó que la sola expectativa de recibir una dosis de CBD produjo efectos subjetivos (sedación y efecto ansiolítico) así como fisiológicos (cambios en la frecuencia cardíaca) (Spinella et al., 2021). En otros estudios se ha empleado el diseño de placebo balanceado (balanced placebo design; Marlatt & Rohsenow, 1980) para separar los efectos de la expectativa del cannabis fumado del efecto farmacológico del THC. Siguiendo esta metodología, un estudio donde se manipuló la expectativa de los efectos de la marihuana, demostró unos efectos claros de la expectativa sobre la conducta de fumar y la valoración de la potencia del cigarrillo, fuerza, gusto, olor y satisfacción, mientras que el efecto farmacológico fue evidente en la reacción física autoinformada a la potencia del cigarrillo y los niveles de satisfacción (Metrik et al., 2009). En otro estudio se observó que el efecto farmacológico de la marihuana producía desinhibición e impulsividad, mientras que la expectativa producía un efecto compensador que reducía precisamente la toma de decisiones impulsivas y arriesgadas, y tanto la droga activa como la expectativa incrementaron la sensación subjetiva de intoxicación (Metrik et al., 2012).

Placebo. Los efectos placebo del “coloque” de la marihuana se han demostrado tanto para la marihuana fumada (Jones, 1971a, b) como ingerida (Loflin et al., 2017). En este último estudio, se les dio a los participantes una piruleta que supuestamente tenía una alta concentración de THC, pero que en realidad era un placebo. Los participantes se sintieron “colocados” y redujeron su estado de ánimo negativo 30 minutos después de ingerir la piruleta.

Hipnosis. Se ha encontrado una relación muy estrecha entre el consumo de marihuana, la disociación y la susceptibilidad hipnótica (Pekala et al., 1995).

En una revisión sobre la relación entre la experiencia psicodélica y la hipnosis, se concluye que existen elementos comunes entre los dos estados que pueden utilizarse en combinación de forma provechosa en psicoterapia, de manera que la sugestión puede potenciar los aspectos positivos y favorables de la experiencia psicodélica, incluida la experiencia mística (Lemerrier & Terhune, 2018). Por otra parte, ha quedado demostrado que es posible reexperimentar los efectos de las drogas psicodélicas con hipnosis (e.g., Fogel & Hoffer, 1962; Hastings, 2006), y también de la marihuana (Baumann, 1970).

Estos son algunos de los mecanismos psicológicos estudiados en laboratorio y contextos naturales que demuestran que se puede experimentar los efectos del cannabis aun sin consumir la droga real, más bien a través de la expectativa, la sugestión o los estímulos condicionados. Estos mecanismos suelen venir asociados al consumo de cannabis y tienen lugar de forma natural. Pero en el caso de la hipnosis, la reproducción de los efectos del cannabis tiene un objetivo bien de investigación, bien lúdico o terapéutico. El trabajo pionero de Baumann (1970), citado anteriormente, tenía el objetivo de reducir el consumo de cannabis mediante la reproducción de sus efectos, pero no lo consiguió. Sí fueron capaces sus pacientes de reducir el consumo de drogas como la heroína o cocaína con la reproducción de sus efectos mediante la hipnosis, pero no del cannabis. El autor interpreta este resultado como que los consumidores de heroína y cocaína estaban motivados para reducir el consumo de esas drogas, pero no así los consumidores de cannabis que entendían que la droga no era peligrosa. Y evidentemente es así, pero esto no invalida la posibilidad de utilizar un enfoque similar para tratar aquellos casos de consumo abusivo de cannabis, con la adecuada motivación.

Siguiendo el principio de Baumann, basado en el hecho de que la reproducción “mental” de los efectos de drogas resultan en un “chute” producido no por la droga sino por la sugestión, es posible retomar esta idea, pero sustituyendo la hipnosis por una técnica más actual y mucho más versátil, como a continuación veremos, y que es la Terapia de Auto-Regulación.

3. Terapia de Auto-Regulación (TAR) y cannabis

La Terapia de Auto-Regulación (TAR) es una técnica diseñada por mí a comienzos de la década de los 90 del siglo pasado (Amigó, 1992). Se trata de una técnica psicológica basada en el condicionamiento clásico y la sugestión, resultando una alternativa a la hipnosis, ya que es posible responder a las sugestiones clásicas de la hipnosis mientras la persona está en plenitud de conciencia y conversando

con el terapeuta, en un estado de alerta completo. En otro lugar se presenta la fundamentación teórica y su relación con el placebo y la hipnosis (Amigó, 1998; Amigó, 2016). Más adelante describiremos brevemente esta técnica.

Si bien la TAR se ha utilizado con éxito para el tratamiento de distintas alternaciones de conducta (tabaquismo, obesidad, fobias, depresión, etc.) es en la reproducción de los efectos de las drogas donde se ha aplicado en mayor medida mostrando una eficacia comprobada en imitar fidedignamente los efectos de drogas de todo tipo, como son: heroína, cocaína, anfetaminas, éxtasis, alcohol, efedrina, metilfenidato, cafeína y cannabis, entre otras (para una revisión, ver Amigó, 2012; 2017a). Además de casos clínicos y diseños experimentales de caso único, se ha demostrado con estudios experimentales entre-grupo la capacidad de la TAR para reproducir efectos de drogas como la heroína, la cocaína y las anfetaminas (Amigó & Infanzón, 1999; Amigó & Ferrández, 2015).

En los últimos años mi equipo de investigación ha obtenido datos y experiencias de usuarios de cannabis que han reexperimentado los efectos de la droga con hipnosis y TAR. Así, un total de 25 usuarios de cannabis fueron capaces de experimentar muchos de los efectos del cannabis en estado hipnótico con gran fidelidad (López, 2017; Palomares, 2017). En estos estudios, la aplicación de la TAR fue todavía más exitosa e interesante para los participantes que la hipnosis, ya que estos se encontraban totalmente conscientes y podían intercambiar comentarios y experiencias con la investigadora.

En un estudio reciente, cuyos resultados para el cannabis se presentan por primera vez en este libro, con 11 usuarios de cannabis (6 hombres y 5 mujeres), estudiantes y trabajadores de la ciudad de Valencia (España), y con una media de edad de 24 años ($DT=3,96$), se realizó un entrenamiento en TAR de 3 sesiones para reproducir los efectos del cannabis, del que eran usuarios. Para comprobar la capacidad de reproducción de los efectos, además de registrar las sensaciones subjetivas informadas por los participantes, se utilizaron escalas de 5 puntos para evaluar 3 aspectos de la reproducción de efectos: 1) parecido con la droga; 2) colocado; 3) subidón.

Los efectos subjetivos informados fueron muchos y muy intensos: euforia, bienestar, risas, hambre, flotación, etc. En cuanto a las 3 escalas, se realizó un análisis estadístico no paramétrico (el test de rangos con signo de Wilcoxon) para comparar el antes-después de la aplicación de la TAR durante los 3 días de entrenamiento, y los resultados se presentan en la Tabla 1.

Como podemos observar de forma inequívoca, en cada uno de los 3 días de entrenamiento, la TAR aumentó significativamente los niveles de las 3 escalas de efectos de la droga: parecido, colocado y subidón.

Tabla 1. Test Wilcoxon para la TAR en los 3 días de entrenamiento.

	Día 1		Día 2		Día 3	
	z	p	z	p	z	p
Parecido	-2.952	.003	-2.949	.003	-2.953	.003
Colocado	-2.988	.003	-2.952	.003	-2.249	.003
Subidón	-2.821	.005	-2.533	.011	-2.818	.005

Así, la aplicación de técnicas de sugestión, como la hipnosis o la TAR pueden facilitar la reproducción de los efectos de diferentes drogas y, en este caso, del cannabis.

4. Psicoterapia combinando cannabis y Terapia de Auto-Regulación

Una vez comprobado que los usuarios de cannabis eran capaces de reproducir los efectos de la droga con toda fidelidad, nos propusimos comprobar si era posible obtener un beneficio terapéutico de esta habilidad, en el marco de la Psicología Positiva y de la Terapia Breve.

Así, se aplicó un programa amplio de entrenamiento con la TAR para mejorar el estado de ánimo, en el que se comparaba una fase de línea de base sin tratamiento (CONTROL) con otra de tratamiento (INTERVENCIÓN), de 10 días cada una. Entre esas dos fases tenía lugar el entrenamiento intensivo con la TAR que duraba 3 días. Los detalles de la intervención pueden encontrarse con todo detalle en Amigó (2021).

Uno de los instrumentos de evaluación empleados para medir el estado de ánimo fue el Inventario de Síntomas SCL-90-R (Derogatis, 1977), de la que se utilizaron 3 escalas: 1) ansiedad; 2) depresión; 3) hostilidad. Los participantes rellenaron estas escalas al final de cada día, tanto en la fase de control como de intervención, en función de cómo se habían sentido a lo largo del día.

El ANOVA de medidas repetidas de dos factores (condición experimental y días) mostró un efecto significativo de la intervención con TAR para las 3 escalas. En la Tabla 2 se presenta la comparación por pares (control-intervención) para las 3 escalas.

Como puede apreciarse en la Tabla 2, la intervención de 10 días basada en TAR para reproducir los efectos del cannabis fue capaz de reducir significativamente la emocionalidad negativa, tanto la ansiedad, como la depresión y la hostilidad.

Tabla 2. Comparación por pares de 3 escalas del SCL-90-R.

	Condición	Estimaciones		Diferencia de medias	Error Std.	Sig. ^a
		Media	DT			
Ansiedad	Control	9,540	1,416	3,453	1,05	,006
	Intervención	6,087	1,102			
Depresión	Control	13,647	1,031	4,587	1,29	,003
	Intervención	9,060	1,420			
Hostilidad	Control	2,267	,330	,887	,34	,023
	Intervención	1,380	,279			

Basado en estimaciones marginales.

^a Ajuste por múltiples comparaciones: Bonferroni.

Durante la fase de INTERVENCIÓN, los participantes registraron cada día su estado de ánimo antes y después de aplicar la TAR. Se utilizó para ello la escala de evaluación situacional de estados de ánimo EVEA (Sanz, 2001). Esta escala se compone a su vez de cuatro subescalas (ansiedad, depresión, hostilidad y alegría), que se puntúan en una escala Likert de 11 puntos (0=no siento nada; 10=lo siento muy intensamente).

En las 3 escalas de ansiedad, depresión y hostilidad se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa después de aplicar la TAR en relación al momento anterior. En la Tabla 3 se muestra la comparación por pares antes-después.

En la Figura 1 podemos observar la mejora del estado de ánimo en los 10 días de intervención con la TAR comparado con los 10 días de la condición de control.

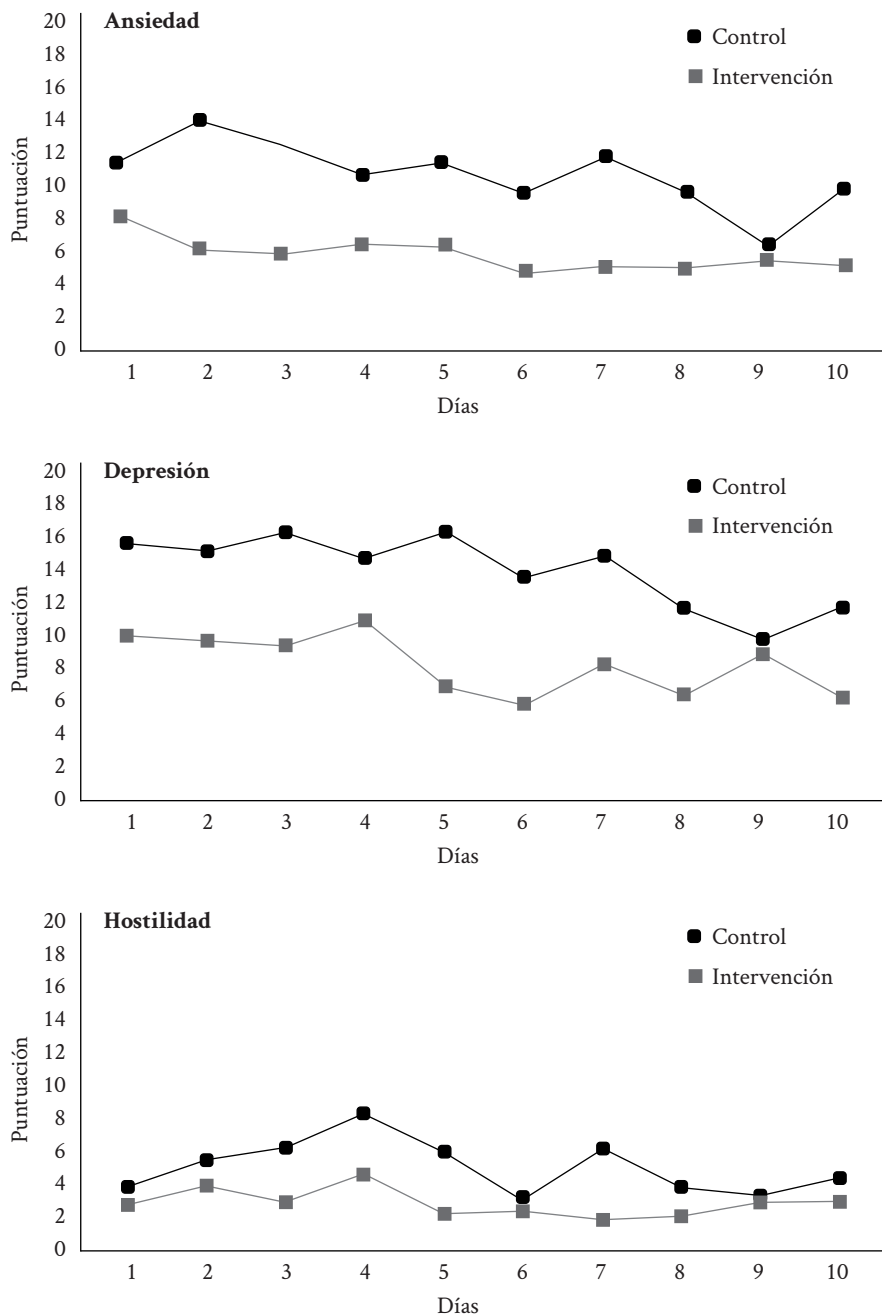
Tabla 3. Comparación por pares (antes-después) para 3 de las escalas de EVEA.

	Condición	Estimaciones		Diferencia	Error Std.	Sig. ^a
		Mean	SD			
Ansiedad	Antes	12.373	1.344	9.427	1.245	.000
	Después	2.947	1.903			
Depresión	Antes	10.387	1.636	5.540	1.397	.001
	Después	4.847	.917			
Hostilidad	Antes	6,513	,904	4,320	,811	,000
	Después	2,193	,880			

Basado en estimaciones marginales estimadas.

^a Ajuste por múltiples comparaciones: Bonferroni.

Figura 1. Comparación de las puntuaciones obtenidas en el SCL-90-R durante los 10 días de la condición de control y de intervención.



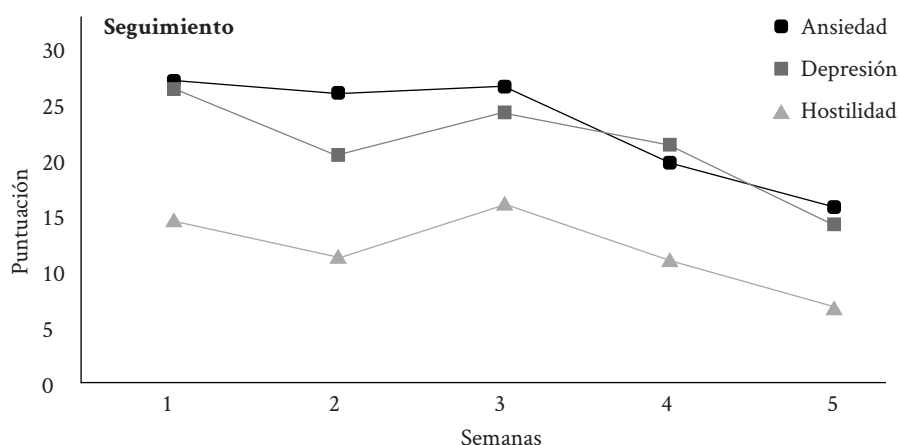
Podemos observar en la Figura 1 que las puntuaciones de ansiedad, depresión y hostilidad son superiores en la fase de intervención comparado con la fase de control para los 10 días de registro.

En la Figura 2 se presenta las puntuaciones de los participantes en el SCL-90-R al final de cada semana en función de cómo se habían sentido a lo largo de la misma. La primera puntuación corresponde a la semana previa al comienzo del programa, antes incluso del comienzo de la fase de control, las siguientes 4 puntuaciones corresponden a las semanas de seguimiento tras la finalización de la fase de intervención.

Podemos constatar que, aunque hay un repunte de la depresión y la hostilidad en la segunda semana de seguimiento, la tendencia de las semanas 3 y 4 es claramente a la baja. En el caso de la ansiedad, la tendencia a la baja se observa para las 4 semanas de seguimiento.

En resumen, la intervención psicológica basada en la aplicación de la TAR redujo considerablemente y de forma significativa las emociones negativas de ansiedad, depresión y hostilidad, durante todos los días de la intervención, tanto en el momento en que se aplicó la TAR como a lo largo del todo el día, y también durante las cuatro semanas siguientes al tratamiento en las que los participantes aplicaron por su cuenta y en la vida cotidiana las técnicas aprendidas durante el entrenamiento. Así, por un lado, los usuarios de cannabis son capaces de reproducir múltiples efectos del cannabis con mucha precisión, así como la sensación de estar colocados y el efecto de subidón. Por otra parte, la reproducción durante varios días de los efectos del cannabis con TAR reduce

Figura 2. Puntuaciones en el SCL-90-R antes del programa (primer dato) y durante el seguimiento (4 datos siguientes) para las emociones negativas.



significativamente la emocionalidad negativa, lo cual habla de las bondades de esta intervención y de su potencial uso terapéutico.

En un estudio reciente (Amigó, 2021) en el que además de los 11 participantes que reprodujeron los efectos del cannabis, se incluían 4 participantes que reprodujeron los efectos de otras drogas, como cocaína y éxtasis, se obtuvo una mejora muy significativa en el uso de estrategias de afrontamiento del estrés y en la emocionalidad positiva, a la vez que se reducía considerablemente la emocionalidad negativa.

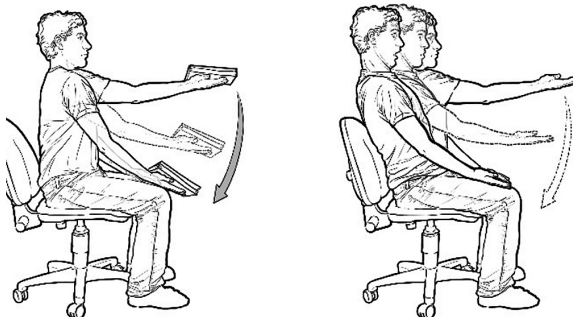
5. Breve descripción del procedimiento

La TAR es ya una técnica con una larga historia y, por tanto, se ha ido mejorando y adaptando a diferentes necesidades con el tiempo. Existen varias versiones de la misma que han sido respaldadas por la evidencia clínica y/o científica, y que están descritas con detalle en otros lugares (Amigó, 1992, 1998, 2012, 2014, 2017 a, b). Voy a exponerlo tal y como se explicaría a un participante en un estudio o un paciente en tratamiento.

Primero de todo hay que explicar el fundamento de la TAR: el recuerdo sensorial. Este es un mecanismo psicológico involuntario que funciona constantemente en la vida de cualquier persona. Cuando una canción suena mientras declaramos nuestro amor, siempre que escuchemos de nuevo la canción reviviremos ese momento, a veces de una forma muy intensa. Como he comentado, este es un mecanismo involuntario y muy potente. Pues bien, la TAR consiste básicamente en aprender a dominar este mecanismo a voluntad, de forma que podamos experimentar cualquier sensación o emoción mediante el recuerdo almacenado en nuestra memoria de los acontecimientos de nuestra vida. Para conseguirlo en una sesión, necesitamos realizar determinados ejercicios ordenados en 3 fases.

1) Fase 1 de recuerdo sensorial

Al principio, se le dice al participante: “En esta fase, y una vez entendido el mecanismo del recuerdo sensorial, vamos a realizar varios ejercicios fáciles de recuerdo sensorial inmediato. Por ejemplo, toma este libro en la mano extendida y nota la sensación de peso, así como el movimiento descendente del brazo por efecto del peso (no hagas contrapeso, deja que la mano baje lentamente). Mientras notas estas sensaciones, asócialas a una imagen, palabra o clave que sea la



que posteriormente facilitará el recuerdo de estas sensaciones. Ahora descansa el brazo, relaja tu mente y déjate llevar sin forzar nada, con la seguridad de que puedes reproducir la misma sensación con la ayuda de las claves seleccionadas. Así que relájate, piensa en las claves y deja que las cosas ocurran”.

En este momento, el participante nota las sensaciones de tensión y presión, así como evidencia el movimiento descendente del brazo. Es el momento en que el terapeuta refuerza esta capacidad mental que está el participante entrenando, y que no es otra cosa que el comienzo del dominio del recuerdo sensorial, que pasa de ser un mecanismo natural e involuntario a un efecto premeditado, consciente y voluntario.

Se realizan tres o cuatro ejercicios más de recuerdo sensorial (por ejemplo, salivación, inmovilidad de miembros, etc.) para fortalecer el nuevo aprendizaje.

2) Fase 2 de entrenamiento

En esta fase, el participante tiene que adquirir progresivamente la capacidad de reproducir cualquiera de las sensaciones antes experimentadas con los diferentes ejercicios de recuerdo sensorial de forma rápida y segura. Esto se consigue con la repetición de todos los ejercicios en cualquier orden y de forma muy dinámica, “saltando” de un ejercicio a otro con rapidez, hasta ser capaz de experimentarlo todo solo con el pensamiento sin volver a realizar ningún ejercicio que incorpore sensaciones reales.

3) Fase de generalización

Una vez el participante domina “mentalmente” la reproducción de cualquiera de las sensaciones producidas por los ejercicios de recuerdo sensorial, está ya

capacitado (su mente está abierta) para provocarse cualquier sensación o emoción que desee con el pensamiento, ya que todas estas sensaciones y emociones están almacenadas en su memoria a largo plazo. En definitiva, esto representa el dominio voluntario y total del recuerdo sensorial. Se refuerza la confianza del participante en esta capacidad recién adquirida al sugerirle una serie de sensaciones y emociones que experimentará con total facilidad e intensidad, como son la alegría, ternura, inmovilidad de miembros, olores, etc.

Obsérvese que, en todo momento, el participante está con los ojos abiertos, consciente por completo y participando de la experiencia, hablando con el terapeuta, comentándole su experiencia, preguntando dudas y ofreciendo un valioso feed-back de lo que está experimentando.

En sesiones posteriores, este procedimiento se acorta considerablemente, hasta el punto de que en poco tiempo el participante es capaz de experimentar cualquier sensación o emoción tan solo con la sugerencia clara y directa de la misma. En todo este proceso, la habilidad y profesionalidad del terapeuta es fundamental. Debe estar bien entrenado y preparado para ello.

En cuanto a la utilización de la TAR para reproducir los efectos de drogas, se consigue con bastante facilidad cuando ya el participante domina el procedimiento. Para dar una idea de las estrategias útiles para conseguirlo, voy a rescatar un breve extracto de la *Guía del uso racional de las drogas*, 2ª edición (2017 b) (p. 133-134):

“Una vez dominada la TAR puedes utilizarla para reproducir efectos de droga. Puedes hacerlo como quieras, buscando las estrategias que mejor te funcionen. Pero te sugiero a continuación algunas que pueden resultarte útiles, de las muchas que propongo en mis publicaciones, y tomando como ejemplo la reproducción de los efectos de la cocaína:

- 1) cerrar los ojos y recordar una de las últimas experiencias de consumo, con quien estabas, el ambiente, la música, etc.
- 2) utilizar un “placebo de no engaño”, es decir, ponerte delante en la mesa polvo blanco (ya sea azúcar o bicarbonato), como estímulo visual.
- 3) escenificar el ritual de consumo, haciendo como que esnifas el polvo blanco.
- 4) compartiendo esta sesión con amigos con los que consumes habitualmente.
- 5) creando ambiente, como cambiar la luz o poner una música que relacionas con la droga.
- 6) cerrando los ojos y repitiendo la palabra “cocaína” como un susurro.

- 7) describiendo la secuencia del consumo (ahora esnifo, espero a que empiecen los efectos, aparecen los primeros efectos, voy notándolo con más claridad...).
- 8) leyendo la lista de efectos que has escrito y repitiéndote las sensaciones como un susurro.”

Todo lo expuesto en este apartado sirve para comprender la mecánica y dinámica de la TAR, pero como he comentado anteriormente, remito al lector a los textos citados donde se explica con todo detalle el procedimiento.

6. Experiencias subjetivas con TAR

Es importante en este punto expresar que los resultados estadísticos no reflejan por completo la intensidad con la que los participantes revivieron el efecto de las drogas. Muchos de ellos mostraron abiertamente un comportamiento muy similar al que les produce la droga, con movimientos enlentecidos, ensimismamiento, euforia, etc. Algunos incluso llegaron a experimentar intensas emociones positivas a la vez que una rotunda sensación de estar “colocados”. La experiencia fue valorada muy positivamente en general.

Algunos participantes perdían en parte el control durante la reproducción de los efectos del cannabis, llegando a expresar algunos de ellos: “no puedo parar de reír, es algo que no puedo frenar”, o bien “no quiero salir de esta experiencia, que dure”, y también “nunca me he sentido más colocado que hoy”.

Todo esto da una idea de la experiencia y vivencia intensa que el recuerdo y reproducción de los efectos del cannabis permite alcanzar con una técnica psicológica como la TAR, sin tomar la sustancia en ningún momento.

Quiero ahora comentar un par de experiencias personales. La primera tuvo lugar en México. Estaba con unos amigos en una playa del Pacífico fumando marihuana. Era de noche y estábamos sentados en la arena, cerca del mar. En un determinado momento, cerré los ojos y tuve una vívida alucinación, en la que caía por un largo túnel de un color verde intenso en cuyas paredes aparecían rostros sonrientes. Nada más existía a mi alrededor. Caía por un túnel sin final. Era un espectáculo magnífico, pero recuerdo que al cabo de unos minutos me asusté y me dije a mí mismo: “la expresión de las caras de las paredes es sonriente, no hay peligro, me dejo llevar, pero dentro de unos minutos esto parará, y debo estar tranquilo”. Y así fue, al cabo de unos minutos desapareció la imagen, abrí los ojos, y conté mi experiencia a los que me acompañaban.

Durante años he manejado la TAR, por lo que me resulta fácil sugestio-narme para reproducir efectos de drogas con rapidez y eficacia. Con la prác-tica, la TAR funciona apenas con una sugerencia y simple intención. Y desde entonces, hace ya unos 20 años, revivo esa experiencia con tan solo cerrar los ojos y abrir mi mente. Puedo ver con todo detalle las imágenes, a la vez que experimento tanto el impacto visual y la emoción que me produce, como la sensación de control y manejo de la situación que viví.

La segunda experiencia tuvo lugar en Amsterdam. En esta ocasión es-taba acompañado con mi pareja, pero fumé yo solo un porro de marihuana. Recuerdo que estábamos sentados en un hermoso parque de las afueras de la ciudad. Tuve nuevas alucinaciones. Vi volar los patos que en realidad nadaban apaciblemente en una laguna, y vi cómo se acercaban y alejaban los árboles de mi alrededor moviendo las ramas de las copas a modo de saludo. Repetí varias veces esa sensación en el hotel de la ciudad antes de tomar el avión. Durante meses fui capaz de reproducir las alucinaciones vividas además de las sensacio-nes que experimenté, como flotación, euforia, profundo bienestar y un apa-cible letargo. Mi experiencia con la TAR facilitó enormemente que pudiera reproducir esos efectos tantas veces como deseé durante meses, incluso años, sin siquiera dar una calada.

Es de destacar que también he utilizado con frecuencia la reproducción de los efectos de estas experiencias de fumar marihuana para afrontar momentos difíciles, en situaciones de ansiedad o con bajo estado de ánimo.

7. La Terapia de Auto-Regulación y la Reducción de Riesgos y Daños

El objetivo de este libro es ofrecer instrumentos y herramientas para la reduc-ción de riesgos y daños del abuso de cannabis. Pero, en este sentido, ¿qué puede ofrecer la TAR al hilo de lo que hemos expuesto hasta ahora en este capítulo?

La respuesta es evidente. Si los usuarios de cannabis que abusan de su con-sumo aprenden a reproducir los efectos “mentalmente”, sin consumir la droga, es claro que podrán reducir el consumo real sustancialmente. No es necesaria la abstinencia. Así, los usuarios podrán seguir consumiendo cannabis, pero lo harán alternando su consumo con la experiencia producida por la TAR.

Es evidente también que para conseguir una reducción sustancial del consumo de cannabis se requerirá complementar este tratamiento con otras técnicas, muchas de ellas contenidas y expuestas a lo largo de los diferentes ca-pítulos de este libro. Pero el procedimiento aquí expuesto puede resultar muy ventajoso y atractivo en muchos casos.

Algunos críticos de este procedimiento argumentan que podría obtenerse un resultado contraproducente. Podría incluso pensarse que el disfrute “psicológico” de los efectos de una droga incrementará el deseo de un mayor consumo. Pero, no obstante, hay indicios claros de que este procedimiento puede ser muy útil, precisamente, para reducir el craving de drogas, incluso de las llamadas “drogas duras” y, de esta manera, contribuir a la reducción de su consumo.

Así, se ha podido constatar que la reproducción de los efectos de las drogas con TAR puede reducir el craving a las drogas y así contribuir al tratamiento de las drogodependencias cuando se trata de drogas como la heroína y la cocaína (Amigó & Sanchís, 1995; Amigó & Infanzón, 1999; Amigó, Zabiky & García, 2007). En un estudio reciente (López, 2022) se aplicó la TAR a 8 participantes en un programa de deshabituación de drogas de una institución valenciana, Proyecto Hombre, con niveles iniciales de adicción grave a la cocaína y al alcohol, según criterios del DSM-5. Tras 11 sesiones, todos los participantes redujeron significativamente su nivel de craving y el estrés provocado por el COVID-19, a la vez que aumentaron su emocionalidad positiva.

Así, y tal como decíamos arriba, “darse un chute mental” de cannabis puede “engañar al cerebro” durante el transcurso de la experiencia, de forma que se reduzca la urgencia del consumo y la conducta de búsqueda de la droga. En uno de los estudios citados más arriba (Amigó, Zabiky & García, 2007), se aplicó la TAR a un grupo de cocainómanos y estos reprodujeron los efectos de la cocaína. Uno de ellos, de los más escépticos, relató tras la experiencia que tenía la intención de ir a Coyoacán para comprar droga en cuanto terminara la sesión, pero que, una vez experimentados los efectos de la cocaína con la TAR, ya no lo necesitaba y estaba bien “surtido” de droga al menos por un tiempo. Esta anécdota nos hace pensar en el potencial que este procedimiento tiene para reducir el consumo de droga real y sustituirlo por la experiencia subjetiva producida por un procedimiento psicológico.

8. Conclusiones

Es posible experimentar los efectos del cannabis sin consumir la droga, y esto es posible mediante mecanismos psicológicos como el condicionamiento clásico, las expectativas y el placebo. Se puede también conseguir voluntariamente con un objetivo lúdico o clínico con hipnosis y más recientemente con Terapia de Auto-Regulación (TAR), tal como se ha expuesto a lo largo de este capítulo.

También se ha comprobado que la experiencia de las drogas producida por la TAR puede reducir el craving, la urgencia y necesidad de consumir la

droga, lo que supone un innegable potencial en su aplicación en programas de prevención del abuso de drogas y de consumo moderado de las mismas, ya que no se requiere la abstinencia, es decir, se puede alternar perfectamente el consumo de cannabis con la experiencia mental producida por la TAR sin necesidad de consumir.

Pero es que, además, se ha constatado, como hemos señalado anteriormente, que la experimentación de los efectos del cannabis con TAR durante varios días seguidos reduce emociones negativas como la ansiedad, depresión y hostilidad, lo que muestra el potencial terapéutico de este procedimiento en el contexto de la psicoterapia con drogas, donde se puede también alternar la droga real con la “imaginada”.

También hay que destacar algo importante, y para ello tenemos que volver al comienzo de este capítulo, donde hablé del descubrimiento de la anandamida y del sistema endocannabinoide. Dije entonces que si nuestro organismo contiene “cannabis endógeno” será posible experimentar los efectos del cannabis a partir de la secreción de dicha sustancia sin necesidad del cannabis exógeno. Tal vez la TAR esté produciendo su efecto de esta manera, estimulando la síntesis y acción de los endocannabinoides. Esto es algo que requiere, desde luego, investigación experimental, pero que puede abrir un camino rico en posibilidades de todo tipo, en estudios de laboratorio y clínicos.

Existe evidencia de que la reproducción de los efectos de drogas como el metilfenidato con la TAR actúa mediante una serie de neurotransmisores, como glutamato (Amigó et al., 2009), y que estimula la expresión de determinados genes, como el c-fos y el DRD3 (Amigó et al., 2013; Micó et al., 2012). Por tanto, el estudio del efecto de la TAR en el sistema endocannabinoide es de especial importancia. Si pudiéramos utilizar los beneficios de los cannabinoides doblemente, es decir, tanto por vía exógena como endógena controlada, las posibilidades terapéuticas pueden ser sustanciales y dignas de consideración.

Adolescencia y cannabis

Prevención desde la evidencia científica

Dra. Sánchez-Nàcher, N.
Miralles-Infantes, H.

Adolescencia y cannabis

Prevención desde la evidencia científica

DRA. SÁNCHEZ-NACHER, N.

MIRALLES-INFANTES, H.

1. Introducción

Durante la adolescencia, las personas se enfrentan a un incremento de las demandas psicológicas, cognitivas, sociales, morales y personales, abandonando la etapa infantil. Sin embargo, en este momento histórico, no se les considera lo suficientemente adultas como para regir completamente sus vidas. Este momento de cambios, que supone la adolescencia, promueve el desarrollo y potenciación de nuevas habilidades mentales esenciales en la percepción y comprensión de los procesos internos y del mundo. Este periodo sitúa en muchas ocasiones a las personas en una situación incómoda, dado que empiezan a cuestionarse las normas, a desarrollar una cierta predisposición a la búsqueda de sensaciones y nuevas experiencias, entrando muchas veces en conflicto con las personas adultas de su entorno e incluso consigo mismas. Las personas en esta etapa se encuentran ante diferentes y múltiples desafíos sociales y psicológicos como decisiones y situaciones nuevas, por ejemplo, deben entender y aceptar su transformación física, decidir estudiar o trabajar, enfrentarse a las relaciones sexuales y/o de pareja, determinar su orientación e identidad personal y sexual, la posición en su grupo de iguales o simplemente ser aceptadas, atender a sus propias expectativas y a las exigencias de su ambiente, hacer frente al rechazo, la marginación, la desigualdad de oportunidades, etc., y han de aprender a razonar, así como a gestionar una miríada de interacciones y experiencias novedosas, entre las que se encuentran también el uso de sustancias psicoactivas como el cannabis u otras drogas legales o ilegales.

El uso de sustancias es un fenómeno de carácter multidimensional, que supone un entramado de variables personales, sociales y biológicas, que participan en la posibilidad de aparición y mantenimiento de conductas de uso

y/o abuso de las mismas. La adolescencia supone una etapa del ciclo vital en la cual los estilos parentales, así como la gestión cultural e institucional o la maduración cerebral, entre otras variables, la convierten en un periodo de transición altamente sensible. En esta fase del desarrollo, es habitual el inicio de conductas disruptivas como el uso de sustancias, entre ellas el cannabis. Sin embargo, las capacidades necesarias para evitar o controlar el consumo de esta o cualquier sustancia (independientemente de su estatus legal) se encuentran en construcción, por lo que es necesario realizar acciones preventivas educando sobre drogas, así como sobre emociones, control de impulsos, toma de decisiones, para que tengan las mejores herramientas a la hora de afrontar sus decisiones de consumo. De hecho, los acontecimientos del neurodesarrollo que se suceden en esta etapa parecen predisponerlas/los a la experimentación y asunción de conductas de riesgo. Por tanto, han de darse muchos cambios a nivel cerebral y aprendizajes para que sean capaces de controlar sus impulsos, las circunstancias o el contexto.

Con todo esto, se estima necesario comprender que el comportamiento humano, en particular en la adolescencia, está determinado por una multiplicidad de variables, ya sean internas, que son observadas a nivel psico-biológico (por ejemplo, los cambios madurativos del sistema nervioso central, búsqueda de identidad, etc.), como externas o ambientales (las relaciones familiares, sociales, del grupo de iguales, contexto socio-económico, etc.). Estas variables interactúan y varían como los diferentes instrumentos que componen una orquesta, dando como resultado final una única melodía, propia de cada persona. Después de atender a todo el conjunto de elementos a los que tienen que enfrentarse los adolescentes, reducir la adolescencia al consumo de sustancias, a las relaciones sexuales arriesgadas, a los cambios físicos y a las conductas antisociales desde la cultura popular, impide ver toda la serie de elementos a los que se enfrentan los adolescentes y facilita que, tanto progenitores/as como cuidadores/as, educadores /as e instituciones focalicen su atención en presentarles la droga y el sexo como el único reto desatendiendo a elementos tan relevantes como el proceso de consolidación de su identidad. Tener en cuenta las diferentes variables relacionadas con la persona, su contexto y el uso de drogas es fundamental para desarrollar acciones preventivas e interventoras con objetivos realistas y que atiendan a la diversidad de factores de riesgo o protección, motivaciones y perfiles de consumo que existen en las diferentes dimensiones. Por lo expuesto, resulta necesario tener dichas variables en cuenta a la hora de desarrollar políticas, programas, planes, herramientas y/o estrategias de prevención e intervención ante las conductas de consumo abusivo o problemático, que sean adecuadas a la población adolescente. El objetivo

de este capítulo es intentar abordar las variables que pueden influir en el uso de cannabis de personas en etapa adolescente.

2. Breves apuntes sobre neurodesarrollo en la adolescencia

El neurodesarrollo hace referencia al crecimiento y especialización del sistema nervioso, en particular del cerebro, que es moldeado a razón del desarrollo de la persona en relación a su ambiente y que se encuentra influenciado por la experiencia, así como por mecanismos genéticos y neurobiológicos. Esto quiere decir que sobre el desarrollo del cerebro van a intervenir tanto factores biológicos, como sociales, y esta conformación va a demarcar la conducta actual y futura. Para comprender los cambios que ocurren a diferentes niveles durante este periodo crítico del neurodesarrollo, cabe diferenciar los conceptos de pubertad y adolescencia, donde la pubertad hace referencia a los cambios biológicos, mientras que la adolescencia a los sociales, siendo el neurodesarrollo un mediador entre la asociación de los cambios biológicos y los sociales.

La pubertad se inicia entre los seis y nueve años de edad, y es más temprana en niñas que en niños. A nivel biológico, se desconocen los mecanismos neurológicos subyacentes al inicio del cambio, pero aquello que da el pistoletazo de salida parece ser la liberación de andrógenos (DHEA, DHEA-S) por las glándulas suprarrenales que se prolonga hasta los 20 años aproximadamente, y es responsable de algunas de las características sexuales secundarias (p.e. vello púbico, acné y olor corporal). El siguiente movimiento es a nivel gonadal y se inicia con la liberación de gonadotropinas al activarse el eje hipotálamo-pituitario-gonadal, lo cual finalmente activa las gónadas para que comience la liberación de hormonas sexuales estrógeno y testosterona. (Vijayakumar et al, 2018). Las hormonas sexuales ejercen influencia sobre el neurodesarrollo, pero tienen y han tenido siempre muy mala prensa, siendo habitualmente señaladas como las culpables de la conducta disruptiva adolescente, sin embargo, esto es mitología, dado que el mayor culpable de estas conductas es el cerebro y su estado madurativo como veremos a continuación.

Los procesos estructurales normativos de desarrollo del cerebro, se dan de una forma jerárquica, comenzando por las áreas de procesamiento básico y finalizando por las áreas de procesamiento de alto orden que son necesarias para cogniciones y experiencias más complejas (Larsen y Luna, 2018). Para que esto ocurra se dan fenómenos tanto de proliferación (crecimiento neuronal) como de poda (muerte neuronal), con lo que el cerebro se encuentra en un periodo de reestructuración. Sobre la edad de seis años, al inicio de la pubertad, el volu-

men total del cerebro ha alcanzado el 90% del total, las principales adaptaciones restantes ocurrirán a nivel regional en áreas específicas (Lebel y Deoni, 2018), como el sistema límbico y las áreas de asociación frontales y temporales, las cuales son las últimas en madurar. Las áreas límbicas se encargan de conductas emocionales y de memoria, mientras que las áreas de asociación fronto-temporales se encargan de procesos de razonamiento complejo. Esto explica por qué en muchos países hasta los 21 años no se puede consumir alcohol o tener derecho al voto, porque no es hasta esa edad, de media, cuando se estima que el cerebro está totalmente desarrollado. A nivel macroscópico la investigación se ha centrado principalmente en los cambios en *sustancia blanca* y aquellos ocurridos en sustancia gris. Respecto a la sustancia blanca se ha observado un crecimiento de su densidad y volumen a lo largo del tiempo, observando los mayores efectos en los lóbulos temporales y frontales, así como el aumento de tractos que conectan diferentes áreas corticales y subcorticales, donde no se observan diferencias sexuales, aunque sí se han visto relaciones, algo débiles, entre el estadio de pubertad y el volumen de la amígdala e hipocampo. En relación a la sustancia gris ocurre un patrón contrario, reduciendo el espesor y volumen del córtex a lo largo de la pubertad, siendo identificado principalmente en el lóbulo frontal y temporal, en este caso tampoco se han observado diferencias de género (Lebel y Deoni, 2018; Vijayakumar et al, 2018).

A nivel microscópico, durante el neurodesarrollo se dan procesos muy complejos que se pueden resumir en mielinización y cambios en la densidad y coherencia de los axones (Lebel y Deoni, 2018). Estos procesos hacen que las conexiones sean cada vez más eficaces en respuesta al ambiente. También los sistemas de neurotransmisión, como el dopaminérgico o serotoninérgico, atraviesan un importante desarrollo. El sistema dopaminérgico mesocorticolímbico, el cual se relaciona con las conductas motivadas y reforzadas, se estima como uno de los posibles detonantes de inicio de la plasticidad de este periodo (Larsen y Luna, 2018). De hecho, este sistema está sujeto a importantes cambios durante la adolescencia y se encuentra hiperactivo, lo que genera una conducta motivada por la búsqueda de refuerzos, con lo que existe poca o nula habilidad para inhibir cognitivamente dichos sistemas de refuerzo (Shulman et al., 2016). La falta de inhibición cognitiva y motivación por los refuerzos son unas de las características de la adolescencia, junto a la búsqueda de sensaciones, novedad y búsqueda de socialización entre iguales (Spear, 2000), y son estas conductas las que se asocian al desarrollo del sistema dopaminérgico. Asimismo, este sistema está estrechamente relacionado con el desarrollo estructural y funcional de los circuitos excitatorios e inhibitorios del córtex prefrontal (Larsen y Luna, 2018), siendo esta zona primordial para las funcio-

nes cognitivas superiores. Por lo tanto, son los cambios a nivel neurobiológico los que predisponen a la persona adolescente a explorar nuevos contextos y situaciones, llevándoles a experimentar sensaciones más complejas de las que obtendrán nuevos aprendizajes y adaptaciones biológicas. Así observamos, como se menciona al inicio, una clara relación bidireccional entre ambiente y neurodesarrollo.

En este proceso normativo de desarrollo, existen diversas variables individuales que pueden afectarlo, como las sexuales, genéticas y ambientales, que a su vez se relacionan con las habilidades cognitivas y el comportamiento (Lebel y Deoni, 2018). Las diferencias sexuales han sido bastante estudiadas, sin embargo, los resultados son o bien bastante reducidos o inconsistentes. No obstante, se ha observado un desarrollo más temprano en niñas a nivel de microestructura cerebral. Otra variable individual es la genética, la cual influye sobre todo el proceso biológico y tiene un mayor peso en edades más tempranas, pero le va ganado terreno progresivamente el ambiente. Respecto a las variables ambientales, serán las experiencias vividas durante la adolescencia las que deriven en un neurodesarrollo óptimo o no. A este respecto, existen algunas características del desarrollo, que son específicas de la adolescencia, cuya influencia en conjunto se asocia con el desarrollo del córtex prefrontal para que en última instancia, éste pueda ser capaz de afrontar las nuevas demandas ambientales (Larsen y Luna, 2018). Estas características son: (1) La habilidad de poder explorar el entorno de forma totalmente autónoma; (2) el aumento de la autonomía y la búsqueda de sensaciones que conduce a acumular experiencias en situaciones nuevas; (3) la maduración sexual que motiva la conducta sexual; (4) el pico dopaminérgico que promueve conductas reforzadas y motiva la exploración del entorno.

Como se deduce de esto último, las variables individuales, en especial la experiencia, moldean el neurodesarrollo, y lo hacen a lo largo de todo el ciclo vital. Sin embargo, dada la multitud de cambios biológicos que ocurren en la pubertad, ésta se considera un periodo crítico por la particular y delimitada ventana de desarrollo que enmarca y por la posibilidad de modificaciones o cambios de carácter más persistente. A nivel biológico existen factores facilitadores y de frenado, los cuales permiten una respuesta óptima a las demandas ambientales (Larsen y Luna, 2018), ya que son precisamente estas experiencias contextuales de complejidad creciente las que afectan la plasticidad neural. Las personas en etapa adolescente poseen las estructuras para el desempeño de funciones cognitivas de alto orden (p.e. memoria de trabajo e inhibición), no obstante, no son capaces de desempeñarlas al nivel de una persona adulta y, según diversos estudios, son más proclives a variaciones en su desempeño, a mayores tasas de error y a latencias de respuesta más lentas y variables (ver

Larsen y Luna, 2018). Asimismo, ofrecen una respuesta más emocional que lógica, dado sus estatus madurativo cerebral, ya que no son capaces de inhibir la emocionalidad reactiva (Heller y Casey, 2016).

Como vemos, la adolescencia es un periodo crítico en lo que refiere al neurodesarrollo, por sus implicaciones biológicas, sociales y cognitivas, que motiva a las personas en esta etapa hacia la búsqueda de su individualidad mediante la exploración de estímulos y sensaciones novedosas, así como la búsqueda de relación y aceptación entre iguales, siendo este un proceso normativo y saludable que es esencial para el desarrollo óptimo a nivel neurológico, así como a nivel psico-social. Sin embargo, estos procesos hacen a las personas en esta etapa susceptibles a estresores externos, dado su estado madurativo cerebral. Llevados al campo de las drogas, estas características intrínsecas de la etapa incrementan la probabilidad de inicio de consumo. Sin embargo, esto no tiene porqué suponer un problema a largo plazo si tanto la persona como su entorno son capaces de gestionarlo y comprenderlo sin estigmatizarlo, ya que, como ahora sabemos, en esta etapa es más probable dar una respuesta emocional que lógica y el amparo de los iguales tiene mayor potencia que la familia. Por lo tanto, es posible apuntar al cerebro adolescente con el objetivo de adaptar los programas y campañas de prevención e intervención a las verdaderas necesidades que plantea el fenómeno, ya que deriva de la necesidad de comprender cómo sus características funcionales y estructurales, así como sus transiciones y cambios, influyen significativamente en su comportamiento.

3. Uso de cannabis en adolescentes y jóvenes y sus efectos

Como hemos visto, la adolescencia es un periodo sensible del desarrollo en el que las personas tienden a trasgredir normas dada su búsqueda de nuevas sensaciones, y relacionado con ello puede dar comienzo la experimentación o el uso de drogas. De hecho, según la encuesta EDADES (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2021), se estima que en el Estado español, se inicia en el consumo de alcohol y tabaco sobre los 16,6 años, mientras que el consumo de cannabis tiene una edad media de inicio de 18,5 años, siendo estas edades ligeramente más prematuras en el caso de varones. Dichas edades de inicio se han mantenido estables a lo largo de la serie histórica, sin embargo, ha habido un aumento de la prevalencia entre personas jóvenes. De hecho, en la franja de edad de 15 a 24 años, el 22,1% de las personas encuestadas dicen haber consumido cannabis en los últimos 12 meses, y se observa el mayor porcentaje de consumo en el último mes (15,9%), siendo los varones los que

muestran un mayor consumo. Dado que el cannabis es la sustancia ilegal más consumida entre adolescentes y jóvenes, es necesario conocer las posibles implicaciones de su uso a edades tempranas, ya que la adolescencia es un periodo crítico del neurodesarrollo en que se suceden procesos esenciales para el desarrollo óptimo de funciones cognitivas, emocionales, motivacionales y sensoriomotoras (Lubman et al., 2007).

La respuesta al consumo de cannabis muestra una gran variabilidad individual, y obviamente no todas las personas que inician un uso de cannabis van a desarrollar problemas de salud o trastornos por consumo. Se han observado diversos problemas asociados al consumo de cannabis, sin embargo, los estudios que se han llevado a cabo hasta la fecha, son en su gran mayoría correlacionales, con lo que no es posible establecer una relación causa-efecto, ni direccionalidad de estas observaciones, como tampoco se pudo establecer el grado de disfunción. No obstante, es importante señalarlos para poder prevenir posibles consecuencias negativas y para poder diseñar programas de prevención adecuados. Los problemas observados son: déficits en funciones cognitivas (principalmente memoria verbal, memoria de trabajo y atención), prevalencia de trastornos del estado de ánimo, psicóticos y adictivos, y bajo rendimiento académico. Existen estudios científicos que muestran que la probabilidad de desarrollar dichos problemas guarda relación con la edad de inicio del consumo, frecuencia, cronicidad, cantidad consumida y potencia de la cannabis (cantidad de Δ^9 -THC). Además, parte de la varianza puede ser atribuida al estatus socio-económico, cociente intelectual y salud mental (Hammond et al., 2020). Los efectos negativos asociados al uso de cannabis se han mostrado reversibles en estado de abstinencia, a excepción de los problemas atencionales, sin embargo, se observan mayores déficit cognitivos cuanto más temprano es el inicio del consumo y más fuerte es el mismo (Hanson et al., 2010; Gorey et al., 2019). De hecho, se ha analizado mediante un estudio prospectivo, cómo la edad de inicio del consumo se asocia a la posibilidad de desarrollar posteriores problemas en el estado de ánimo, observando que un inicio anterior a los 15 años de edad, se asocia a problemas de ansiedad y depresión, independientemente de factores de confusión (p.e. género, ingresos familiares, enfermedad mental materna, etc.), pero de nuevo, se desconoce la direccionalidad de estos hechos, ya que otros estudios muestran cómo el inicio temprano en el consumo de cannabis ha sido asociado con situaciones de estrés emocional como preexposición a maltrato o trauma, con lo que se desconoce si estos problemas estaban presentes previo al inicio del consumo (Hawke et al., 2020).

Otro riesgo potencial en el consumo de drogas, ya sean legales o ilegales, es el hecho del policonsumo. Las explicaciones acerca de la etiología de este

hecho han generado un amplio debate en la comunidad científica, y existen múltiples teorías o modelos que intentan explicar cómo llega a suceder el uso de drogas, entre ellas la *teoría de entrada (o escalada)*. Dicha teoría estima que existen estadios jerárquicos en el uso de drogas, y asume que el uso de una droga blanda (p.e. cannabis), inexorablemente conduce a la adicción a drogas duras, es la teoría que subyace a la manida frase: “se empieza por los porros y se acaba en la heroína”, pero que de facto, no se ha demostrado científicamente. Esta teoría, se extrajo derivada de observaciones en las que la mayoría de personas usuarias de drogas duras (p.e. heroína) habían consumido previamente drogas blandas (Kandel, 1975; Kandel, 2002a; Kandel, 2003), siendo esta una visión etnocéntrica, que no explica los comportamientos en el uso de drogas de forma universal. De hecho, las primeras críticas a esta teoría (ver Vanyukov et al., 2012), emergen del concepto de estadios jerárquicos, ya que no existe una causa orgánica per se, excepto el propio uso de drogas, para establecer estos estadios. Además, se redefine el significado de estadios en los que las últimas etapas pueden o no pueden alcanzarse, siendo esto incongruente con el marco conceptual de biología del desarrollo. Otra crítica es que al proponer dicha teoría, se evitan las explicaciones causales, mientras que se formula en forma de relaciones causa-efecto. Esta causalidad implícita es fácilmente refutable al aparecer secuencias no descritas por los autores (p.e. consumo de drogas duras previo al consumo de blandas), o la carencia de asociación causal entre el uso de drogas blandas y el uso de drogas duras. Por último, esta teoría no considera las diferentes formas de uso, o la probabilidad de desarrollar trastornos relacionados con el consumo, con lo que tiene una aplicación clínica muy limitada e insuficiente, aunque ha sido imperante en programas de prevención. De hecho, existe una teoría alternativa de *responsabilidad compartida*, en la que se postula que no importa el orden de iniciación sino la existencia de una responsabilidad no específica a todas las adicciones, que tendría sus raíces en variables bio-psico-sociales (Vanyukov et al., 2012). Es decir, que el hecho de utilizar o no una sustancia, o sustancias, y el posible desarrollo de un trastorno por consumo, estarían relacionados con mecanismos tanto biológicos (p.e. genéticos), como psicológicos (i.e. factores de personalidad, emociones, conducta, aprendizaje,...) y sociales (p.e. entorno). Es por tanto esta conjunción de factores lo que debe tenerse en cuenta para desarrollar intervenciones y proyectos de prevención efectivos. En resumen, no existen datos demostrados que asocien el inicio del consumo de cannabis con la escalada a drogas que causen grave daño a la salud, sin embargo, es un factor a controlar, ya que puede estar indicando una vulnerabilidad, principalmente si este consumo tiene un inicio temprano.

4. Factores de riesgo y protección asociados a abuso y dependencia en adolescentes

En el ámbito de las drogas, existen factores que pueden estar dificultado o facilitando la aparición del consumo, y se conocen como factores de riesgo y protección. Según Clayton (1992, pp. 15-16), se define como factor de riesgo a “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)”. Mientras que factor de protección se entiende como “un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas”.

Pese a que la palabra *riesgo* es de uso común en el ámbito de las drogas, se trata de un término de la tradición biomédica relacionado con la mortalidad. Sin embargo, la mayoría de los problemas o dificultades de los adolescentes se generan en el contexto social, no resultando útil para su salud, ni para elaborar programas de prevención basados en evidencia científica, el asociar riesgo a mortalidad, pues dichas dificultades en su mayoría no entrañan mortalidad (Richard, 1991). El hecho de relacionar ambos conceptos afecta principalmente a la definición del problema y por tanto dificulta tanto a la prevención como a la solución del mismo. Asimismo, el hecho de considerar un factor de riesgo como causa única de un trastorno por consumo de sustancias entraña gran problemática, dado que el uso de sustancias se considera multicausal y donde los factores se encuentran interrelacionados. Antes de adentrarnos pues en la amplia diversidad de variables que se encuentran comúnmente asociadas a la posibilidad de que se produzca o no un daño, es importante entender los siguientes conceptos:

- Peligrosidad: probabilidad de ocurrencia de un peligro, p.e. cuando una droga está adulterada.
- Vulnerabilidad: probabilidad de ocurrencia de daños en la persona, debido a sus propias características bio-psico-sociales, limitaciones en el contexto o en los elementos que la rodean, dado que se ha presentado un peligro o se coexiste con éste. Es por ejemplo, cuando una persona carece de estrategias de afrontamiento o regulación emocional y se enfrenta a una situación en la que se le ofrecen drogas.
- Riesgo: posible daño que puede producirse en base a una determinada vulnerabilidad ante una situación peligrosa, p.e. una persona proclive

a problemas emocionales que consume drogas para evadirlos, tiene mayor probabilidad de desarrollarlos.

En relación al uso y abuso de drogas, no debemos entender la presencia de uno o varios factores de riesgo como determinantes del consumo, ya que el riesgo se presenta asociado a una determinada vulnerabilidad de la persona o los elementos contextuales. Es importante atender a las diferencias entre dichos conceptos dado que gran parte de la prevención debería enfocarse a la minimización de la vulnerabilidad en todas las dimensiones.

Clayton (1992), en referencia al consumo en adolescentes, alude varios principios generales los cuales cabe tener en consideración a la hora de hablar de factores de riesgo dentro del fenómeno del consumo de sustancias y entender cómo interactúan y ejercen sus influencias dada su presencia, número o intensidad de los efectos. Los principios que se estiman en los factores de riesgo según el autor son:

- 1) No siempre están presentes determinados factores de riesgo. Cuando estos factores están presentes, aumenta la probabilidad de que la persona expuesta a éstos pase al uso o abuso de drogas, en comparación con situaciones en las que la persona no se expone a este tipo de factores.
- 2) La presencia de un factor de riesgo no determina que se vaya a dar el abuso de sustancias, así como tampoco su ausencia va a determinar que no se dé.
- 3) El número de factores de riesgo presentes está directamente relacionado con la probabilidad del abuso de sustancias, aunque este efecto adictivo puede atenuarse según la naturaleza, contenido y número de factores de riesgo implicados.
- 4) La mayoría de los factores de riesgo y de protección tienen múltiples dimensiones medibles y cada uno de ellos influye de forma independiente y global en el abuso de drogas.
- 5) Las intervenciones directas son posibles en el caso de algunos de los factores de riesgo detectados y pueden tener como resultado su eliminación o reducción, disminuyendo la probabilidad del abuso de sustancias.

Tener en cuenta estos principios y la existencia por el contrario de factores protectores presentes en el individuo o en su entorno y los cuales previenen la aparición del consumo (inicio, mantenimiento) de sustancias, permite que pongamos nuestra atención en dichos factores protectores a la hora de

acompañar a los adolescentes en su desarrollo y guiarlos hacia la vida adulta, pues su potenciación viene dando muy buenos resultados.

4.1. Dimensiones Relacionadas con los Factores de Riesgo y Protección

En los estudios realizados a lo largo de los años se ha investigado sobre un número importante de factores que pueden implicar riesgo o protección en el uso, abuso y mantenimiento del consumo de sustancias. Cabe destacar que a pesar de que el número de estudios entorno a los factores de riesgo son superiores a los de factores de protección, muchos de éstos se presentan transculturalmente asociados a unas determinadas condiciones de la persona y de los sistemas que la rodean desde el punto de vista ecológico. Atendiendo a recientes revisiones sistemáticas (Nawi et al., 2021; Scoppetta et al., 2020; Scoppetta y Ortiz, 2021), podemos observar que dichos factores de riesgo y protectores se agrupan en tres dimensiones comunes, la dimensión personal, la dimensión familiar y la comunitaria.

Dimensión personal. La dimensión personal se refiere a las propias características y/o condiciones biológicas de la persona (formas de ser, sentir, pensar, reaccionar ante las circunstancias, expresión de las emociones, solución de los conflictos personales e interpersonales, condiciones psicofisiológicas, salud física y mental etc.).

Dimensión familiar. La familia es el núcleo de la socialización, es el punto de partida de las personas, la dimensión donde se adquieren el conjunto de normas, valores y habilidades que van a facilitar o dificultar su integración en la sociedad. La familia es la primera red de apoyo y la más cercana, por esta razón es importante promover un ambiente familiar sano en donde se brinden los recursos necesarios para un buen desarrollo personal y social (Suárez y Vélez, 2018). Tradicionalmente, el punto de mira se había puesto en los factores personales, pero tras el creciente número de investigaciones respecto al impacto de la dimensión familiar, el alcance intergeneracional que puede conllevar el consumo de drogas y dada la influencia que el sistema familiar ejerce sobre el desarrollo de la persona, se ha vuelto esencial la incorporación de la familia a los programas de prevención basados en la evidencia como uno de los principios fundamentales.

Dimensión comunitaria. El consumo de sustancias tiene un importante alcance interpersonal, es decir, también depende de factores comunitarios, como el ba-

rrio, escuela, iguales etc. La prevención de dicho consumo debería ser abordada desde una comprensión integral que abarque las condiciones de vida, los contextos sociales, económicos y del desarrollo, asimismo debe dar lugar a políticas basadas en evidencia, con enfoque de derechos humanos y salud pública (Scoppetta et al., 2020). Uno de los sistemas más influyentes durante la adolescencia es el de los iguales. Un sistema de gran relevancia es la escuela, dado que es un factor de socialización secundario donde la persona aprende, no solo conocimientos académicos, sino también habilidades sociales y de convivencia. En caso de no estar escolarizada, la persona no estaría expuesta a estas habilidades, no pudiendo acceder a recursos y oportunidades que se facilitan en el sistema escolar, independientemente de sus limitaciones. El ámbito social, hace referencia a los patrones culturales, estilo de vida, organización laboral y comunitaria, variables económicas, etc. que pueden influir en el desarrollo Psico-social de las personas.

4.2. Factores de riesgo

Estos factores han sido ampliamente estudiados en la literatura científica y pueden ser agrupados entorno a las variables anteriormente mencionadas (ver en la tabla 1).

4.3. Factores de protección

Respecto a los factores de protección sobre el cannabis existe menor cantidad de literatura disponible, ya que en su gran mayoría la investigación se ha centrado en los factores de riesgo. No obstante, el National Institute of Drugs Abuse (2016) señala diversos factores protectores, que suelen estar recogidos en los programas de prevención del uso de drogas basados en la evidencia y que al haber sido revisados demuestran efectividad en sus resultados. En estos factores se encuentra diferencia entre los que repercuten a edades más tempranas o los que ofrecen protección a lo largo del ciclo vital y se pueden ver en la tabla 2.

Partiendo de los resultados de la literatura científica respecto al binomio de consumo y adolescencia, se puede concluir que la detección, prevención y/o reducción de los factores que puedan presentarse a nivel multidimensional, requiere de una adecuada gestión, tanto de la evidencia que intenta explicar el fenómeno, como de las campañas, programas o acciones de prevención y la propia intervención sobre las adicciones. No tener en cuenta la multitud de elementos en interacción que están explicando el consumo, junto con la propia

Tabla 1. Factores de Riesgo Ante el Consumo de Drogas.

Dimensión	Factores de riesgo asociados
Personal	Búsqueda de sensaciones. Impulsividad. Trastorno de ansiedad social. Tener un trabajo a tiempo parcial remunerado. Motivos de afrontamiento de las circunstancias. Emociones negativas Expectativas positivas sobre el consumo.
Familiar	Padres y madres con psicopatologías. Conflictos familiares. Relaciones distantes. Incompetencia en la crianza. Dinámicas familiares con interacciones negativas frecuentes: pobre comunicación. Conflictos, falta de cohesión, dificultad para fijar normas y límites. Consumo en los padres y madres. Carencias económicas. Disponibilidad de dinero (en menor medida que la carencia de éste). La separación parental.
Comunitaria	Iguales Asociación con iguales que consumen o valoran las sustancias peligrosas. Asociación con iguales que rechazan las actividades de empleo y otras características de su edad. Susceptibilidad a la presión negativa de los iguales. Escuela Una temprana y persistente conducta antisocial. Fracaso académico desde la escuela elemental. Vínculos débiles con la escuela. Social La disponibilidad de drogas, es decir, la facilidad de adquirirlas. Leyes y normas de la comunidad favorables. Deprivación económica y social. Transición y movilidad. Vínculos débiles con el vecindario. Desorganización comunitaria. Empobrecimiento. Desempleo y/o empleo precario. Discriminación. Mensajes pro-uso de drogas en los medios de comunicación.

Nota. Factores de riesgo ordenados en torno a las dimensiones (Díaz y Sierra, 2008; Guía Clínica de Cannabis, 2021).

Tabla 2. Factores de Protección Ante el Consumo de Drogas.

Etapa	Factores De Protección Asociados
Edades tempranas	Progenitores o cuidadores/as altamente sensibles a las necesidades de sus descendientes. Establecimiento de un apego seguro. Aumentar el control del comportamiento en los años preescolares. La preparación escolar.
A lo largo del ciclo vital	La inteligencia y el temperamento fácil como facilitador de la adaptación socio-personal. La construcción de un contexto para el desarrollo saludable a lo largo de la infancia. Calidez, consistencia, expectativas apropiadas para la edad, elogios por los logros. Rutinas y reglas consistentes. Psicoeducación a progenitores o cuidadores/as. Oportunidades para la interacción social. Promoción de una socialización saludable. Oportunidades para hacer ejercicio físico.

Nota. *Factores de protección ordenados por etapas del ciclo vital* (NIDA, 2016).

gestión del problema desde cada comunidad o grupo, dificulta la definición y solución del mismo, contribuyendo a que se asuma un gasto innecesario y se generen estrategias con escasa efectividad, basadas en ocasiones, en preceptos poco realistas y algunas veces pretenciosos, donde lo más sencillo es culpabilizar únicamente a las drogas o a la voluntad del individuo, reduciendo la comprensión de un fenómeno tan complejo, a una de las múltiples variables que pueden explicarlo.

5. La prevención

A menudo este término se utiliza como un cajón de sastre para diferentes estrategias de promoción de la salud que afectan a diversos colectivos en situaciones muy dispares, y es por ello que muchos de los términos están cayendo en desuso. Sin embargo, con fines informativos y didácticos, se exponen a continuación los diferentes tipos de prevención que se han utilizado tradicionalmente en el ámbito de las drogas, ya estén reguladas o no. En particular cuando se habla de prevención en el uso de drogas, se debe tener claro en qué momento se encuentra la persona o grupo para ajustar el objeto del programa, ya que este

término ampara diferentes tipos de situaciones, por lo tanto, en las siguientes líneas se intentará clarificar los términos que son utilizados más habitualmente.

En prevención *primaria* las acciones tienen como objetivo evitar o retrasar el uso de drogas en personas que no las consumen o prevenir usos problemáticos en aquellas que lo hacen en un grado muy reducido. Dado que el inicio de consumos suele situarse en la adolescencia, como se deriva de la encuesta EDADES, este tipo de prevención suele tener como diana poblacional principal a adolescentes y jóvenes.

Respecto a la prevención *secundaria*, se interviene sobre un uso de drogas que ya se encuentra presente para que no tenga repercusiones mayores. En este tipo de prevención sería la que se facilita en centros de deshabituación, en los que tratan a personas con un consumo activo.

Para la prevención *terciaria*, la intención es reducir el posible daño generado por un trastorno por consumo y en caso de abstinencia evitar recaídas.

Estas acciones preventivas pueden atender tanto a la población en general, lo que se denomina prevención *universal*, o a grupos vulnerables, donde se consideran las variables individuales y sociales, como ocurre en la prevención *selectiva*, o referida a personas que ya han iniciado consumos o con problemas de conducta derivados del consumo que además se encuentran en situación de vulnerabilidad que se denomina prevención *indicada*. A su vez, los programas pueden ser *específicos*, que son aquellos que actúan sobre los factores que afectan a un determinado problema, o *inespecíficos*, los cuales pretenden prevenir los consumos actuando de forma global como p.e. legislar para no permitir que se venda tabaco a menores.

Por otro lado y con una perspectiva más pragmática y centrada en los derechos humanos, se encuentran los programas de *reducción de riesgos o daños*, los cuales se orientan a reducir o minimizar las consecuencias adversas del uso de drogas sobre la persona o sociedad y pueden enmarcarse en prevención secundaria y terciaria. Estos programas surgen en oposición a la estigmatización y criminalización de las personas usuarias y se han demostrado como estrategias de gran eficacia en la promoción de la salud. En la reducción del riesgo, más próxima a la prevención, se trabaja reduciendo la probabilidad de que ocurra un daño, mientras que la reducción del daño, se considera de cariz asistencial, ya que en esos casos el daño ya estaría presente, pero se trabaja para que éste no repercuta más sobre la persona y/o sociedad. Dentro de estos programas, en la reducción del riesgo encontramos proyectos como por ejemplo Energy Control, entidad que lleva 25 años trabajando, por ejemplo, en contextos de ocio nocturno, o los conocidos programas de dispensación de jeringuillas y metadona que se ubican en la reducción del daño.

5.1. Consideraciones sobre los programas o actuaciones de prevención

Existen muy pocas revisiones, en el Estado español, respecto a la efectividad de los programas y actuaciones dirigidas a estrategias tempranas de acción que sean específicas del consumo de cannabis. De hecho, si se consulta la página web del Plan Nacional sobre Drogas, se puede observar que la última revisión que se encuentra enlazada a la web de un programa específico de prevención de consumo de cannabis en España, fue realizada por un grupo de expertos en el año 2014. Suponiendo esta carencia de información al respecto, una limitación a la hora de contar con estrategias basadas en la efectividad de sus resultados y dificultando el desarrollo, implementación, así como evaluación de los planes y programas de prevención. Cabe destacar que existen voces críticas respecto a la efectividad de los programas de prevención, en los que se recomienda que incluyan a las mismas personas adolescentes y jóvenes, a progenitores/as o cuidadores, escuelas y comunidad (Peterson, 2010), asimismo estos programas deberían incluir una potenciación de la autoestima, toma de decisiones, fomento de la responsabilidad y confianza (Parvizy et al., 2005).

Según diversos metaanálisis (ver Hawke, 2020), para que las acciones preventivas sean eficaces deben aplicarse a edades tempranas y parecen más efectivas a partir de los 14 años por su estado madurativo, pero se recomienda que comiencen previo al inicio del consumo. Debemos comprender que en los inicios tempranos de cannabis, como de cualquier conducta potencialmente disruptiva, existen otras vulnerabilidades, problemas mentales o de conducta, así como otras preocupaciones de la etapa etaria, por lo tanto hemos de incluir estas variables en los programas. Además es necesario tener en cuenta los diferentes perfiles de consumo, así como la experiencia y conocimiento que las personas usuarias tengan respecto al cannabis, optimizando de esta manera los programas a las vivencias de cada individuo o grupo con la sustancia, así como al momento de desarrollo y la iniciación. Asimismo, las intervenciones tempranas efectivas deben incluir terapia familiar, de mejora motivacional y cognitiva-conductual, y además las intervenciones y concienciación deben dirigirse a las madres, padres o cuidadores/as y no únicamente a las personas en etapa adolescente o juvenil. También se ha observado que las acciones dirigidas a la prevención focalizadas en una sola sustancia no suelen ser efectivas, ya que al dirigir la atención sobre una sola sustancia, se llama la atención sobre ésta y se minimiza la importancia de otras. Es decir, que si realizamos una acción preventiva focalizada únicamente en el cannabis, es posible que no se de la importancia que merece otras drogas como el alcohol, que es la sustancia legal más consumida por personas adolescentes y adultas.

En el manual publicado por el National Institute of Drugs Abuse (2016), se recogen una serie de principios obtenidos de los estudios e investigaciones sobre la efectividad de los programas y sus bases teóricas. En estos principios se estima que los programas deben de fomentar los factores protectores y reducir los factores de riesgo y deben estar ajustados a las características de la población diana y riesgos de uso y abuso. Es necesario considerar la dimensión familiar para la mejora de las interrelaciones familiares y diálogo y conocimiento respecto a las drogas. Los programas deben estar adaptados a la etapa de desarrollo de la persona, siendo los periodos de transición un momento crítico para aplicar programas de prevención universal. Es muy importante intervenir cuanto antes sobre los factores de riesgo y fomentar factores de protección facilitando a las personas un mejor ajuste psicosocial y escolar. Como factor protector en el sistema escolar, debe formarse al profesorado en estrategias de interacción positiva con el alumnado, mejorando el clima dentro y fuera del aula. Se ha observado una mayor eficacia de los programas al utilizar técnicas interactivas, ya que facilita la participación activa del aprendizaje sobre el uso y abuso de drogas y en el fortalecimiento de habilidades. En prevención comunitaria es recomendable que se combinen varios programas eficaces que incluyan diversos sistemas como el familiar y escolar, que aunque sean adaptados a la características de la comunidad, han de respetarse los elementos básicos del programa original basado en evidencia. Se ha demostrado que para que los programas sean efectivos, deben ser reforzados sucesivamente con el fin de consolidar los objetivos iniciales. Finalmente, hablando de términos económicos, cuando se elaboran los programas en base a la evidencia, se repercute en un ahorro sustancial en tratamientos por trastornos por consumo.

En base a la literatura científica en el área de las neurociencias, estimamos que sería interesante incluir en los programas de prevención entrenamiento y estimulación de funciones ejecutivas, principalmente la toma de decisiones, resolución de problemas, impulsividad, así como el razonamiento crítico. De este modo, dotaríamos a las personas en periodo adolescente de habilidades importantes para enfrentarse a las nuevas demandas del ambiente.

Por último, un aspecto ineludible y que ha sido apartado tradicionalmente en el diseño de acciones y programas de prevención y/o reducción del riesgo o daño, así como en los estudios sobre la efectividad de las intervenciones en el ámbito de las drogas, es la perspectiva de género. Esto ha dado lugar a una vacío de conocimiento a este respecto en los programas y a un déficit en su efectividad, dadas las diferencias existentes en patrones de uso que son dependientes de género. Además de tener en cuenta estas cuestiones, evitando el sesgo que supone su omisión para la interpretación de los resultados, tam-

bién debe considerarse la interacción interseccional entre género, clase social y etnia, que, según Romo (2010), influyen sobre los comportamientos de salud. Un programa que no tiene en cuenta la perspectiva de género, y su influencia los patrones y hábitos de consumo, es un programa incompleto.

6. Reflexión final

Los grandes cambios acontecidos en nuestro sistema económico político y social a lo largo de medio siglo, han afectado a nuestra forma de entender la educación, las tradiciones, las creencias, las alternativas de ocio, nuestros estilos de vida, e incluso nuestra relación con las drogas. Deberíamos comenzar a plantearnos, que el problema puede que no sea únicamente el mero poder adictivo de una sustancia, sino también las formas de interacción, manejo de los conflictos emocionales, insatisfacciones, problemas, desigualdad, carencia de oportunidades, falta de conocimiento de las limitaciones a la hora de aplicar determinados programas o generar acciones adaptadas a la realidad de las familias y los centros escolares, disconformidad en la definición del problema y un largo etc.

En una sociedad, que facilita las conductas impulsivas hacia el consumo de productos, el juego, las redes sociales, experiencias, momentos e incluso personas, estamos focalizando la atención de las y los adolescentes en el poder adictivo de una sustancia, cuando crecemos y elaboramos nuestros proyectos de vida en la cultura del consumo extremo y desmesurado. En una sociedad donde priman los intereses económicos por encima del bienestar común, en donde lo legal no representa muchas veces lo lógico, ni lo saludable, en donde el pensamiento crítico no es bienvenido porque choca con dichos intereses, en donde existen desigualdad, pobreza, exigencias laborales, sociales, personales etc., resulta muy difícil exigir a las y los adolescentes que no intenten escapar de la realidad.

Sexo-género y cannabis

De las hormonas a las neuronas

Dra. Sánchez-Nàcher, N.

Sexo-género y cannabis

De las hormonas a las neuronas

DRA. SÁNCHEZ-NACHER, N.

1. Introducción

Históricamente, las variables sexo y género no se han considerado de interés para la investigación científica, hecho que está cambiando en los últimos años y no pensemos que es derivado de algún tipo de ideología, sino de la constatación de que existen diferencias en cómo se procesan múltiples aspectos por parte de los diferentes sexos o géneros. El ámbito de los usos de drogas, es uno más de esos campos en los que se denostaron estas diferencias pero que gracias a las investigaciones con perspectiva de género hemos podido comenzar a vislumbrar. Además el hecho de constatar y comprender estas diferencias ayuda en el diseño de programas efectivos, tanto para la prevención como para la reducción del riesgo o daño en el uso de drogas.

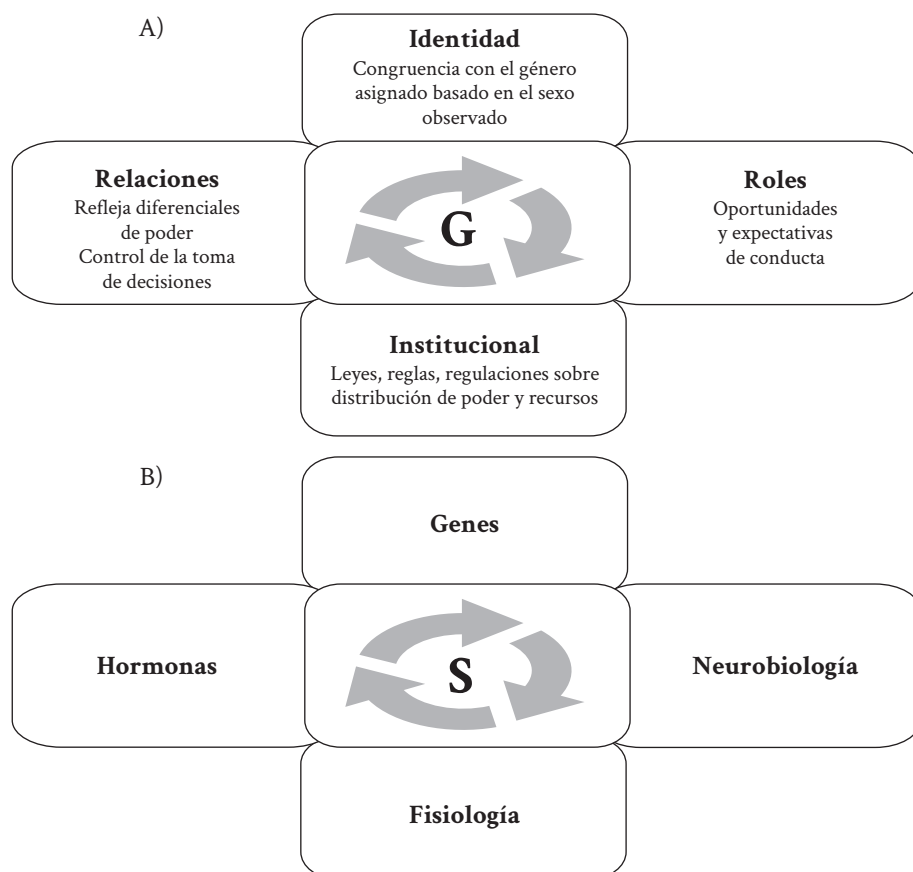
Desde la mirada de la ciencia, tanto sexo como género afectan a cómo las personas se enfrentan a las drogas o mantienen sus consumos, y esto se da con complejas interacciones junto a otras variables de tipo socio-económico y cultural. Tampoco podemos olvidar, la necesidad existente de desarrollar nuevas políticas de drogas que incorporen una mirada de género, dando paso a la existencia de una equidad de género y justicia social en este entorno, centrando la atención en el establecimiento de las relaciones de poder y en la teorización del privilegio, tratando así de visibilizar algunas de las realidades que las concepciones hegemónicas actuales mantienen invisibilizadas.

Con fines didácticos, en este capítulo se separan los efectos generados por variables relacionadas con sexo y género, pese a que deben entenderse como factores que interactúan entre ellos. Entendiendo como *sexo* las características

Agradecimiento a Vanessa Nogués Garnica por sus aportaciones.

biológicas y fisiológicas, y *género* como un constructo social y cultural de lo que se espera de ser mujer u hombre, en términos tradicionales, así como géneros disidentes (ver Figura 1). En la primera parte de este capítulo, abordaremos cómo las diferencias sexuales pueden afectar a los efectos conductuales de la cannabis, y en la segunda parte veremos cómo los factores psicosociales relacionados con el género afectan a las percepciones y conductas de las personas usuarias de cannabis. Para finalizar, intentaremos comprender cómo el uso de cannabis afecta a los procesos de fertilidad, embarazo, lactancia y maternidad, ya que mediante las decisiones informadas se pueden abordar de una forma efectiva acciones de reducción de riesgo o daño.

Figura 1. Factores relacionados con género y sexo.



Nota. La figura (A) hace referencia a los factores interrelacionados con el género, la figura (B) muestra los factores interrelacionados con sexo (adaptado de Greaves y Hemsing, 2020).

2. Diferencias sexuales

Las diferencias sexuales en el uso y/o dependencia a cannabis se han visto reflejadas, por ejemplo, en el hecho de que los hombres son más proclives a ser dependientes, aunque las mujeres pasan más rápido del uso recreacional a la dependencia, sufren mayor número de síntomas de abstinencia y tienen más recaídas (Fogel et al., 2017). De hecho, conocemos que la distribución y afinidad de los receptores cannabinoides CB1, se ven afectadas por las hormonas sexuales (Rossetti et al., 2021), con lo que los efectos observados podrían ser modulados por variables biológicas, aunque también existan variables psicosociales implicadas. La mayor parte de los estudios que analizan las diferencias sexuales en los mecanismos moleculares de la cannabis, se tratan de estudios preclínicos, principalmente llevados a cabo en animales no humanos, con lo que los resultados podrían no ser iguales para personas, no obstante, gracias a estos estudios se han podido estimar vías de interés para la investigación clínica (aquella realizada con personas). A continuación se resumen algunos resultados, principalmente clínicos, de los mecanismos neurobiológicos que podrían subyacer a las diferencias sexuales de los efectos de la cannabis, así como los efectos psicológicos y/o cognitivos derivados.

2.1. Hormonas gonadales

Los cromosomas sexuales X e Y, pueden controlar la expresión de los receptores cannabinoides, tanto de forma indirecta como directa, durante el desarrollo temprano así como durante la adolescencia y adultez, con lo que cabe esperar que generen respuestas diferentes. Asimismo, los tratamientos hormonales que utilizan las personas trans, o intersexuales, pueden provocar un cambio en los efectos de la cannabis, aunque por el momento no hemos encontrado estudios científicos disponibles, pese a ser un hecho que debe tenerse en consideración dada la implicación de las hormonas sexuales en los mecanismos biológicos que regulan los efectos de la planta.

En personas menstruantes, se ha visto una variación del tono del sistema endocannabinoide a lo largo del ciclo menstrual, viéndose un pico de anandamida durante la ovulación, la cual está asociada con estradiol, hormona luteinizante y folículoestimulante (El-Talatini et al., 2010). Por otro lado, tras la ovulación se observan bajos niveles de anandamida y altos de su enzima de degradación (FAAH), todo ello en personas no usuarias de cannabis (Lazzarin et al., 2004). En el caso de cannabinoides exógenos, los estudios no son con-

cluyentes, no obstante, algunos muestran variaciones en niveles de hormonas durante el ciclo menstrual, así como aumento de la fase folicular, y mayor número de ciclos anovulatorios (Corsi et al., 2021).

Estos indicios ponen de manifiesto que debe realizarse mucha más investigación para valorar las interacciones con diversas variables como tiempo de exposición, vía de administración, cantidad de THC e interacciones con otros cannabinoides, etc., así como los efectos que estas posibles fluctuaciones tienen sobre los efectos psicoactivos, la conducta o con la administración de cannabinoides exógenos, ya que con gran probabilidad los efectos sean diferentes en las distintas fases del ciclo ovulatorio.

Respecto a la testosterona, los resultados clínicos son dispares, pero al parecer no existe un efecto claro de la cannabis sobre su producción, aunque el tiempo transcurrido del consumo si afecta, mostrando una correlación inversa (Payne et al., 2019).

2.2. Farmacocinética

Los estudios preclínicos apuntan hacia diferencias en el metabolismo del THC moduladas por hormonas sexuales. En ratas, tras la administración de THC, existen mayores concentraciones del metabolito 11-OH-THC en hembras, debido a las diferentes enzimas producidas por el hígado, mientras que los machos, además de mostrar menores concentraciones de dicho metabolito, generan mayor variedad de metabolitos inactivos (Cooper y Craft, 2018). Este hecho se ha visto replicado en un reciente estudio con personas, donde se han mostrado similares diferencias sexuales en la metabolización del THC en 11-OH-THC, dosis-dependiente, al consumirlo de forma vaporizada, y no de forma oral, pero sin diferencias significativas en las consecuencias cognitivas o fisiológicas respecto a los hombres, únicamente se observa un aumento de la sensación de efectos relacionados con la ansiedad en mujeres (Sholler et al., 2020).

2.3. Farmacodinámica

Hasta la fecha, los estudios de neuroimagen realizados mediante TEP (neuroimagen obtenida mediante tomografía de emisión de positrones), apuntan a una mayor disponibilidad del receptor CB1 en mujeres no usuarias, y al parecer, esta densidad aumenta con la edad, específicamente en el sistema límbico, ganglios basales y córtex temporal lateral. La mayor expresión de receptores CB1 en mujeres, podría ser una de las causas de la mayor sensibilidad de las

mujeres a los efectos de la cannabis (Cooper y Craft, 2018). Por otro lado, mientras en hombres, hay estudios que indican una regulación a la baja de receptores CB1 en usuarios de cannabis, se desconoce si este efecto ocurre en mujeres. Recientes estudios apuntan a que los efectos subjetivos de aumento de ansiedad, dosis-dependiente, en mujeres podrían ser debidos al estatus funcional de los receptores CB1 en la amígdala (estructura cerebral que procesa y almacena emociones) (Sholler et al., 2020). También parece ser que las mujeres sienten los efectos de la cannabis a menores dosis de THC, vía oral, cuando se compara con los hombres (Fogel et al., 2017).

2.4. Efectos psicológicos y/o cognitivos

Como se observa, existe dimorfismo sexual en el sistema endocannabinoide, así como de los efectos de las fluctuaciones hormonales, pero también respecto a los efectos psicológicos y/o cognitivos, que pueden ser derivados de dichas diferencias biológicas. Estos efectos apuntan hacia que las mujeres se benefician más de los efectos reforzantes de la cannabis, es decir que subjetivamente sienten más placer con el consumo. Este hecho puede influir en la rápida transición del uso al abuso en mujeres consumidoras (Cooper y Haney, 2014), de facto, la combinación de refuerzo positivo (aumento del placer), junto con refuerzo negativo (la evitación de los efectos negativos de la abstinencia), pueden mediar esta rápida transición (Nia et al., 2018). A nivel cognitivo, los resultados clínicos apuntan hacia una mayor afectación en mujeres sobre la memoria de trabajo y la toma de decisiones, sin embargo, los resultados no son concluyentes ya que no son robustos y se encuentran muchos trabajos contradictorios (Calakos et al., 2017; Nia et al., 2018). Como se indica previamente, existe mayor prevalencia entre mujeres con trastorno por consumo de cannabis, de trastornos del estado de ánimo y ansiedad al compararlas con hombres, así como una disminución en la brecha de género respecto al debut en esquizofrenia (Nia et al., 2018), por otro lado los hombres con el mismo trastorno tienen mayor probabilidad de ser diagnosticados con cualquier desorden psiquiátrico, adictivo o trastorno de personalidad antisocial (Bravete, 2020).

3. Diferencias de género

Como observamos, la biología parece apuntar hacia una mayor sensibilidad hacia los efectos de la cannabis en el sexo femenino, sin embargo, esta vulnera-

bilidad biológica no conlleva un mayor riesgo de dependencia ya que estadísticamente son las personas de género masculino quienes son más proclives a ser diagnosticadas con trastorno por consumo de cannabis y muestran un inicio más temprano. Con esta observación, podemos argumentar que además de los factores biológicos, los factores sociales, culturales y contextuales, deben estar influenciando el desarrollo de dichos trastornos, específicamente los roles y normas sociales relacionadas con el género.

3.1. Patrones de uso de cannabis

Se han observado diferencias respecto a cómo se usa la cannabis, asociadas al género. Como ya hemos mencionado, existe una tendencia en la que se observa mayor consumo entre hombres que mujeres. Sin embargo, se ha apuntado que los hombres pertenecientes a minorías de género o sexuales (homosexuales, trans, queer,...) muestran mayor prevalencia en el uso de cannabis (y otras sustancias) que los hombres cisgénero o heterosexuales, así como mayor prevalencia de problemas de salud mental. La investigación apunta, a que esta correlación, entre consumo de cannabis y problemas de salud mental, puede explicarse parcialmente por una posible estrategia de afrontamiento para paliar el estrés que genera el estigma social, la discriminación así como las agresiones (Parent et al., 2021). No obstante, los hombres trans muestran mayores tasas de consumo que las mujeres trans, según un estudio llevado a cabo en Estados Unidos (González et al., 2017), por lo que independientemente del género asignado al nacer, los hombres muestran mayores tasas de consumo de cannabis que las mujeres, dotando de gran importancia a los factores socioculturales relacionados con género, en los diferentes patrones de uso de cannabis.

En el Estado español se identifican similares tendencias relacionadas con el género que en otros países, de hecho, según el Informe de 2021 del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, cuando nos centramos en las diferencias de género, el porcentaje de hombres que han consumido en los últimos 30 días (presumiblemente el grupo de personas que realizan un uso más continuado) es del 11,4%, mientras que en mujeres del 4,7%, quienes muestran menor prevalencia en todos los tramos de edad; respecto a la edad de inicio, la media en los hombres es de 18,1 años, mientras que en mujeres es de 19,1 años. Asimismo, se indica en el informe que el uso problemático también afecta más al género masculino que al femenino, igualmente, indican mayor facilidad para adquirir cannabis, aunque ambos géneros perciben similar riesgo ante el uso repetido de cannabis.

Respecto a las vías de consumo, la encuesta citada previamente indica que, independientemente del género, la vía más utilizada es fumada en forma de porros. Aunque, en línea con estudios realizados en países donde se ha regulado el uso de la planta (Greaves y Hemsing, 2020; Hemsing y Greaves, 2020), se observa que los varones tienden a utilizar mayor variedad de vías de administración, y muestran mayor probabilidad de policonsumo, es decir, de utilizar diversas sustancias, los estudios también apuntan que los hombres utilizan productos con mayor potencia de THC dato del que no disponemos en el Estado. Según estudios, las mujeres son más proclives a preferir las preparaciones comestibles, mientras que los hombres prefieren la vía inhalada, esta diferencia puede estar reflejando diferencias de género, donde la mujer se adapta más a los roles y normas sociales en relación a la aceptación social del consumo de cannabis, dado que fumar es mucho más visible que comer (Greaves y Hemsing, 2020). Sin embargo, cuando ambos fuman, las mujeres tienden a dar menores caladas y menos profundas o mantener menos tiempo el humo en los pulmones (Matheson et al., 2020), estas diferencias podrían estar mediadas por diferencias sexuales en la farmacodinámica y farmacocinética de la cannabis, donde las mujeres se autorregularían para asimilar mejor la sustancia, o por diferencias de género, donde las normas sociales establecen cómo debe ser la mujer, evitando la intoxicación y el uso excesivo de drogas (Greaves y Hemsing, 2020). Esta última explicación podría ser descabellada, si la realidad de las normas y roles de género fuera distinta, pero las diferencias de percepción de los usos de drogas, tiene asociado el yugo del género donde las normas de género, identidad, relaciones y los factores de género institucionales, entre los que, por ejemplo, se incluyen las regulaciones y leyes, ejercen sus efectos sobre todas las personas.

En relación al inicio de consumo, según un reciente estudio (Escudero, 2021), las mujeres se inician de forma distinta que los varones en el uso de drogas no reguladas, puede que por conformidad a las normas femeninas tradicionales como se deduce de los estudios de Kulis y cols. (2008), es por ello, que las mujeres que comulgan con las normas de feminidad hegemónicas, siguen manteniendo una percepción diferente frente al riesgo, que las protege de aquellos consumos considerados como abusivos y dañinos, y las acerca al consumo de aquellas sustancias socialmente aceptadas que son categorizadas socialmente como menos dañinas. De hecho, en un estudio llevado a cabo con adolescentes, se observó que las chicas que se aproximaban más a las normas de masculinidad hegemónica (control, agresión) mostraron mayores tasas de consumo de cannabis (Kulis et al., 2012).

3.2. Género y repercusiones sociales asociadas al uso de cannabis

Son muchas las mujeres víctimas de agresiones sexuales en contextos de consumo que finalmente, son responsabilizadas en gran medida o incluso culpabilizadas social o mediáticamente por haber “perdido el control”, “arriesgado” o incluso “provocado” la agresión con su estado alterado de inconsciencia (Bermejo et al., 2017). Esta criminalización de la mujer al encontrarse bajo los efectos de alguna sustancia ante una violación, es conocida como cultura del acoso, y en ese contexto se entiende el uso de drogas como un sinónimo a estar sexualmente disponible.

En contraposición, en las últimas décadas, se ha puesto de moda en este contexto el fenómeno conocido como espejismo de la igualdad, donde las nuevas generaciones de mujeres usuarias de drogas sienten que pueden comportarse acorde a los roles de género típicamente masculinos. Si bien es cierto, que ellas responden a una nueva pauta de feminidad que contempla el uso de drogas, pero a nivel social, las miradas y consecuencias continúan sin ser las mismas que para el colectivo masculino, y por ello se califica como espejismo. En diversos estudios, se ha puesto de manifiesto que muchas mujeres usuarias de cannabis, tienden a resistirse a los ideales femeninos y adecuarse a los roles masculinos mediante el uso de cannabis, como un medio por el que controlar y resistir las normas hegemónicas, de hecho, esta característica, fue observada en un estudio llevado a cabo en Estados Unidos e Inglaterra con chicas relacionadas con movimientos de justicia social (Hemsing y Greaves, 2020).

Respecto al ocio nocturno, en la investigación llevada a cabo por García y cols. (2019) con jóvenes en entorno recreativo, confirman que ellas sufren una doble vulnerabilidad a razón del género, en cuanto a seguridad física y a la imagen social que se proyecta y observaron que las chicas presentaban miedo a ser agredidas sexualmente en los espacios de ocio nocturno. En este aspecto, queda claro que las normas del poder patriarcal siguen estando muy presentes en nuestro entorno, reafirmandose la idea de que este tipo de placeres es heteronormativo y patriarcal, y no es seguro para las mujeres. Además, a nivel colectivo, el hecho de ser hombre e ir en grupo resulta ser un elemento de superioridad, dónde se reafirman en sus conductas de acoso, mientras que para las mujeres, ir en grupo supone un factor de protección (García et al., 2019). Altell y cols. (2016), confirman el espejismo (anteriormente mencionado y definido) que acontece tras la incorporación de las mujeres al consumo, corroborando de la misma manera la nueva identidad femenina hegemónica que adoptan las mujeres en el ocio nocturno, sin olvidar de que esta nueva reinterpretación del rol de género femenino no ha produ-

cido un cambio en lo que refiere a la mirada sobre las mujeres consumidoras respecto al binomio consumo de drogas-accesibilidad sexual, colocando así a las mujeres en una posición de mayor vulnerabilidad en cuanto a los diferentes grados de violencia sexual que pueden recibir en dichos contextos. Por lo que, como podemos observar, el ámbito de las drogas, tal como ocurre con la mayoría de entornos en nuestra sociedad, se encuentra tiznado por la esencia del patriarcado que oculta múltiples realidades, necesidades, expectativas y deseos de las personas.

Según Romo (2010), en múltiples estudios se ha mostrado a la mujer usuaria de drogas como una desviación de la normalidad, al no cumplir las normas y roles de género hegemónicos, explicando sus usos de drogas en muchas ocasiones como una forma de compensar sus deficiencias físicas o mentales. Estos juicios otorgan significado sobre la forma en la que el patriarcado impone al sexo femenino el papel de reproductoras y cuidadoras, negándoles así, aquellos placeres asociados al uso de drogas y negando a su vez, su capacidad de gestión sobre los mismos. Este paradigma se complica cuando además, la mujer consumidora emplea la sustancia de forma lúdica o recreativa, es decir sin existir una finalidad exclusivamente terapéutica, en estas situaciones, la mujer es etiquetada de irresponsable, inepta para el cuidado de un menor de edad, llegando a cargarles el estereotipo de “mala madre”, que es uno de los que más influye socialmente en las mujeres adultas que consumen y son madres. De esta forma, se corrobora nuevamente la desigualdad social que recae sobre el género femenino, donde la mujer no puede optar a un uso responsable, ya que la sociedad en la que vive y se desarrolla entiende que la función principal y última de las mujeres cis es la reproducción y la crianza.

Cuando nos centramos en la cultura cannábica, se pone de manifiesto la ausencia de perspectiva de género, pues en dicha cultura las mujeres se encuentran prácticamente excluidas de los escenarios de consumo y producción de la sustancia, afirmando la vinculación entre el movimiento cannábico y el género masculino, siendo que por el contrario, se encuentra una correlación positiva entre ser mujer y ciertas implicaciones moralistas (Bermejo et al., 2017). A consecuencia de tales implicaciones, son muchas las mujeres que actualmente evitan visibilizarse, condicionadas por el doble estigma que les supondría su exposición, este doble estigma refiere por un lado al hecho de consumir sustancias no reguladas y por otro al de romper romper los roles tradicionales de género (Llort et al., 2013).

Uno de los ejemplos que más clarifican la presencia de diferencias de género en el mundo cannábico, es la presencia de las mujeres en los clubes sociales cannábicos, o más bien su ausencia. Pues son muchas las mujeres que narran

sentirse incómodas ante las diversas miradas de los demás socios. Además, se observan entornos altamente masculinizados donde el imaginario mayoritario sobre las mujeres es el de la cosificación y sexualización del cuerpo en la publicidad. De la misma manera, desde la industria cannábica, donde se contempla que para expandirse necesita a las mujeres, se adopta una posición esencialista impulsando la creación de productos concretos para mujeres cayendo en mitos y/o viejos estereotipos como puede ser, el empleo de la cannabis como medio ansiolítico o antidepresivo de carácter natural, lo que refuerza la idea de que las mujeres requieren de una mayor medicación debido a la inestabilidad emocional predominante.

4. Fertilidad, embarazo y uso de cannabis

La fertilidad implica unos complejos procesos en los que hay multitud de variables relacionadas que muestran marcadas diferencias de sexo. Cualquiera se preguntará ¿y qué tiene que ver la fertilidad con el cannabis?, pues según la literatura científica, parece que bastante.

4.1. Fertilidad

Dada la distribución y dinámica del funcionamiento del sistema endocannabinoide el uso de cannabis puede influir en la fertilidad, sin embargo, existen datos contradictorios en la investigación y aún se desconoce plenamente su mecanismo de acción por lo que sus consecuencias quedan aún difusas, aunque es importante atender a estos efectos para manejar y controlar la fertilidad (ya sea con la pretensión de concebir como la de no hacerlo). A continuación se explican brevemente los hallazgos científicos que hay a este respecto en estudios con personas, ya que se ha podido observar una marcada diferencia en el sistema endocannabinoide en animales no humanos. Por ejemplo, como se ha visto en roedores donde la acción del sistema es mediada por la activación de los receptores CB1 en los ovocitos, mientras en personas son los CB2 los mediadores (Wang et al., 2009), siendo esta diferencia suficiente como para plantear la duda sobre la generalización de los estudios con animales no humanos.

Conocemos que los receptores CB1 se localizan principalmente en el sistema nervioso central, mientras los CB2 se localizan mayormente en células del sistema inmune, sin embargo, se ha observado que los receptores CB1 también se localizan en órganos sexuales como ovarios, endometrio y testículos entre

otras, mientras los CB2 también se han encontrado en el córtex, médula y folículos ováricos (El-Talatini et al., 2009).

Por lo tanto, hay evidencia de que el sistema endocannabinoide tiene implicaciones en la reproducción, con lo que la administración exógena de cannabinoides también debería tener ciertas repercusiones sobre el sistema reproductor, aunque por el momento los mecanismos no son concluyentes. De hecho, el THC, a diferencia de los ligandos endógenos, tiene una vida media mayor con lo que puede estar afectando al sistema por un periodo de tiempo más extenso (ver Walker et al., 2019), pero se desconocen los efectos sobre los órganos y ejes hormonales sexuales del uso crónico de cannabis y los procesos de tolerancia subsecuentes.

En estudios con humanos, se ha visto que la exposición crónica a cannabis, reduce los niveles de testosterona y hormona luteinizante en serum, así como una reducción del recuento de espermatozoides en el sexo masculino, alteraciones en la movilidad y viabilidad de los espermatozoides, aunque no genera cambios a nivel genético en éstos (Payne et al., 2019). No obstante, en otros estudios no se encuentran dichos resultados, mostrando incluso una mejor calidad del espermatozoides en personas usuarias de cannabis, ya sea un uso activo o pasado (Nassan et al., 2019; Har-Gil et al., 2021). En el sexo femenino se ha observado un retraso en la maduración sexual, con disrupciones del ciclo menstrual, baja maduración folicular ovárica y reducción de hormonas sexuales (Gammon et al., 2005), con lo que parece que en el sexo femenino el uso de cannabis sí puede afectar a la fertilidad.

4.2. Embarazo

En el caso del inicio del embarazo, el sistema endocannabinoide está implicado en la receptividad uterina, remodelamiento de la placenta e implantación del embrión, entre otras, y esto ocurre con complejas interacciones que aún no están completamente dilucidadas. Por ejemplo, se ha observado en estudios in vitro, que bajos niveles de anandamida y de su enzima de síntesis NAPE-PLD, con altos niveles de la enzima de degradación (FAAH), facilitan la implantación del embrión en el útero, siendo posible que el mismo embrión tuviese alguna implicación en la regulación del sistema (ver Correa et al., 2016).

Pese a los efectos observados del uso de cannabis sobre el sistema reproductor, en recientes estudios realizados con personas que se someten a fecundación in vitro, no se han observado diferencias entre personas usuarias de cannabis y no usuarias, ni en la implantación del óvulo ni en el desarrollo del

embarazo (Har-Gil et al., 2021). Aunque otros estudios apuntan a una mayor probabilidad de pérdida del embrión cuando la persona que consume es la gestante (Nassan et al., 2019; Mumford et al., 2021), también se apunta a que puede ser más exitoso cuando la persona donante de espermatozoides es o ha sido usuaria de cannabis, dado que muestran una mayor calidad del mismo (Nassan et al., 2019, Har-Gil et al., 2021). Por otro lado, en una encuesta realizada por Kasman y cols. (2018), no se observó ninguna diferencia en el periodo de latencia hasta el embarazo en personas usuarias de cannabis y no usuarias.

Como se desprende de estos ejemplos, la literatura científica no aporta evidencia sólida en ninguna dirección. En esta línea, Har-Gil y cols (2021), explican la posibilidad de la discrepancia entre los resultados de los nuevos estudios en contraposición a los anteriores, donde sí parecía haber una afectación de cannabis sobre los tratamientos de fertilidad, por estatus legal de cannabis, dado que tras la legalización las personas usuarias utilizan una cannabis que está controlada y no han de acudir a un mercado ilícito, y que además las personas que utilizan drogas no reguladas son más proclives a mantener conductas poco saludables y la cannabis ya no se considera una sustancia no regulada en diversos países y estados. Por lo tanto, puede que los problemas en salud reproductiva observados en la investigación en infertilidad anterior a la legalización de la cannabis estuviesen influenciados por variables de confusión, es decir, otras variables no controladas en los estudios que pueden estar afectando a los resultados y que posiblemente no se encuentren relacionadas con el propio consumo de la planta. Aunque no se puede descartar una afectación de la cannabis, principalmente en sexo femenino, en los procesos de fertilidad.

La cannabis es considerada la sustancia no regulada más consumida durante el embarazo en ratios que oscilan del 2 al 5% (Badowski y Smith, 2020), observando una mayor prevalencia en el primer trimestre, que va disminuyendo a lo largo de los siguientes. Además se ha observado un aumento del uso de la sustancia entre personas embarazadas (Barbosa-Leiker et al., 2020), aunque este aumento puede no ser tal, sino que es posible que se explique por el nuevo estatus legal de la cannabis, donde ahora se sientan seguras de informar sobre sus consumos. Siendo los factores de riesgo asociados al mantenimiento del consumo durante el embarazo la soltería, bajos ingresos, menor nivel educativo y que la pareja también utilice cannabis (Badowski y Smith, 2020). Algunos estudios explican el mayor consumo principalmente en los primeros trimestres, por el hecho de que puede ser utilizada para tratar la náusea y el vómito generado por el embarazo, ya que hasta un 92% considera que la cannabis es muy efectiva para este fin (Westfall et al., 2006). Un reciente estudio cualitativo sobre cannabis y embarazo, refuerza este resultado y además añade

que el uso de cannabis les ayudó a manejar el estrés y poder ser mejores cuidadoras (Barbosa-Leiker et al., 2020).

Sin embargo, dado que los cannabinoides, en particular el THC, atraviesa la placenta y aparece en la leche materna, las recomendaciones de organismos oficiales de ginecología y obstetricia, desaconsejan su uso tanto en pre-concepción, embarazo y lactancia, estimando un riesgo moderado de pérdida del embrión en aquellas personas que utilizan cannabis durante el embarazo (American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice, 2017). Estas recomendaciones se realizan por cautela, dado que hasta la fecha, existe una carencia de estudios de calidad referentes a embarazo y uso de cannabis dado que en muchos casos no se excluye o controla el uso de otras sustancias, y otras variables de confusión, también el miedo a las repercusiones hace que muchas personas no informen de sus consumos infraestimando la prevalencia del uso de cannabis. Asimismo, la cannabis no es homogénea y existen muchas variables en la misma planta que pueden estar influyendo diferencialmente, desde las vías de administración hasta el hecho del aumento del ratio de THC en el mercado ilícito y las variedades más actuales con CBG o CBD mayoritario. Con lo que es un fenómeno complejo de estudiar y dilucidar.

Los efectos más ampliamente descritos en la literatura hasta la fecha respecto al consumo de cannabis durante el embarazo, apuntan a bajo peso al nacer, y problemas del neurodesarrollo. En el primer caso los resultados son incongruentes, y aunque un reciente metaanálisis muestra una ligera diferencia de 100 g. (Gun et al., 2017), existe debate respecto a si esta diferencia es significativa clínicamente. Respecto a los estudios que apuntan hacia disfunciones en el neurodesarrollo, se observa una limitación en el control de variables de confusión y muchos de los resultados no se reproducen en estudios de cohortes, sin embargo se asocia el uso de cannabis con problemas de atención, verbales, hiperactividad y más hacia la adolescencia con problemas emocionales y uso de cannabis temprano (Badowski y Smith, 2020).

4.3. Lactancia

En relación a la lactancia y el uso de cannabis es cuanto menos confusa, ya que los posibles efectos observados podrían también ser explicados por la exposición durante la gestación y no por la lactancia en sí. Cabe señalar que la leche materna contiene endocannabinoides, principalmente 2-AG, ya que se encuentra en mayor proporción que la anandamida la cual se llega a encontrar

bajo los límites de detección, y estas concentraciones cambian a lo largo del día, del mismo modo, varían dependiendo del índice de masa corporal de la persona, y en caso de almacenar la leche también se aprecian variaciones de estas moléculas dependiendo de la temperatura (Datta et al., 2021). La función fisiológica de estos neurotransmisores aún no está clara, pero al parecer pueden facilitar la succión, estimular el apetito y sensación de bienestar así como participar en el neurodesarrollo (ver Datta et al., 2021). En relación a los cannabinoides exógenos, se ha observado que el THC se excreta en la leche materna en una proporción ocho veces mayor de la observada en plasma, siendo este dato dependiente del tiempo transcurrido desde el último consumo, y la asiduidad del uso diario, asimismo puede ser detectado hasta unas seis semanas tras el uso (Bertrand et al., 2018). Por estas razones como medida de reducción del riesgo, se recomienda, en caso de no ser posible la abstinencia, que el consumo de cannabis inhalado se realice en menor medida y mínimo una hora previo a amamantar o extraer leche, para no estar ante un pico de THC en el organismo (Ordean y Kim, 2020).

Por otro lado, se ha estudiado cómo el consumo de sustancias en las personas gestantes tiende a centrarse en los efectos sobre la salud del feto, lo que permite contemplar los cuerpos como meros contenedores fetales. A su vez, según Ettorre (2015), las mujeres cis consumidoras de sustancias son percibidas como no aptas para reproducirse y las personas embarazadas consumidoras se perciben como “recipientes fetales letales”. Esta autora, enfatiza la importancia de abordar el estigma y la discriminación, manteniendo el derecho humano básico de reproducirse independientemente del uso de sustancias. En esta línea, resulta relevante ver la salud de las personas y el uso de sustancias como algo digno de apoyo, informando y orientado a la persona en la reducción de daños, bien sea durante el periodo previo y durante el embarazo o en la maternidad, no fomentando el estigma, hecho que desalienta a estas personas de informar a profesionales de la salud sobre sus consumos, disminuyendo así una atención sanitaria adecuada, y en casos de hipocresía extrema incluso quitando a neonatos/as de los brazos de sus progenitores/as.

5. Comentarios finales

Con lo expuesto, se puede determinar que las normas y roles de género tienen un impacto sobre el uso de cannabis, así como del resto de sustancias y conductas potencialmente tóxicas, siendo el género masculino identificado como un factor de riesgo en el uso de cannabis así como para desarrollar un

trastorno por consumo. Esto podría explicarse mediante las normas de género vinculadas al género masculino tradicional, las cuales están asociadas con una mayor aceptación del riesgo y con ello del uso de sustancias. Paradójicamente, no siempre resulta negativo transgredir las normas sociales, pues el uso de drogas se contempla socialmente como una cuestión asociada al género masculino, porque a pesar de ser una conducta transgresora y mayoritariamente reprobada por la sociedad, es visualizado como un comportamiento de riesgo y de rudeza más acorde con la imagen de la masculinidad tradicional, la cual está generalmente vinculada con aptitudes personales como ser arriesgado, valiente, decidido, entre otras (Hemsing y Greaves, 2020). Sin embargo, según estudios internacionales, las mujeres pasan más rápidamente del uso al uso problemático, y pese a que se otorga la mayor carga a la biología de ello, hay autoras que apuntan hacia que esa rápida transición pueda estar mediada por factores relacionados con el género dado el mayor estigma y discriminación que sufren las mujeres usuarias de sustancias, siendo estos factores una fuente añadida de estrés dada la vergüenza y culpa que acompañan a las mujeres en sus consumos (Greaves y Hemsing, 2020). De hecho las mujeres usuarias de drogas tienen a sentir menor apoyo social y aislamiento que sus compañeros varones (Becker et al., 2017). En los casos de trastorno por consumo de cannabis, esta situación repercute en el tratamiento dadas las barreras que ellas perciben para acceder a recursos de tratamiento y este hecho se agrava en personas gestantes o con menores a su cargo.

Altell et al. (2016), resaltan que todavía son muchos los discursos que abordan las drogas desde una mirada androcéntrica y reduccionista, y cuando se incorporan las diferencias entre hombres y mujeres en el consumo, es para explicar únicamente aquellas consecuencias de carácter biológico de los consumos según el sexo de la persona consumidora y en pocas ocasiones se consideran las diferencias referentes al género. Aplicar la perspectiva de género en el uso de sustancias, y en este particular caso de la cannabis, se trata de comenzar a focalizar la atención considerando el sexo, el género y sus interacciones en el uso de cannabis, comenzando así el camino hacia nuevas iniciativas transformadoras de género en la promoción de la salud y la información. Este enfoque reduce de forma simultánea el riesgo del consumo y se orientan hacia la equidad de género y salud en la prevención del cannabis, la reducción de daños y las respuestas al tratamiento, disminuyendo así las desigualdades asociadas con el consumo de la sustancia en cuestión. Cabe destacar, la carencia de investigación sobre géneros no binarios o disidentes, donde mediante las normas sociales se promueve de forma sistemática el patriarcado de manera que benefician las identidades cisgénero y heterosexuales.

Tomado en conjunto, podemos, y debemos, subrayar la importancia de las variables de sexo y género a la hora de diseñar programas de reducción de riesgo o daño en el uso de drogas y en particular de cannabis, ajustando los programas a la complejidad observada en los estudios.

La prevención de riesgos y daños en el consumo de cannabis mediante el contenido audiovisual

Una breve aproximación

Gálvez-Bermejo, M.

La prevención de riesgos y daños en el consumo de cannabis mediante el contenido audiovisual

Una breve aproximación

GÁLVEZ-BERMEJO, M.

1. Introducción. El potencial del contenido audiovisual para la intervención sociocultural en políticas de prevención y reducción de riesgos en el consumo de drogas

Se abre capítulo y aparece Clancy, un muñeco animado intergaláctico que se dedica a hacer entrevistas por el espacio y los personajes que se encuentra en las diferentes realidades cuánticas que se le presentan en cada planeta que visita para su podcast espacial llamado The Midnight Gospel. Clancy, elige, en primer lugar, viajar a través de su transportador cuántico a un planeta devastado por un apocalipsis zombie.

En este mundo tiene un encuentro con su presidente, un personaje pequeño y con carácter gruñón, que explica cómo su población ha entrado en caos. Mientras reconstruye cómo han llegado a ese estado de apocalipsis, nos explica también, como en su mandato había decidido legalizar el cannabis, mediante una política de drogas prevencionista y basada en la reducción de riesgos y daños en los consumos de drogas.

El presidente, en su entrevista con Clancy, explica todos los estados de la legalización del cannabis, modelos y las consecuencias sociales resultantes.

Llegados a este punto, y habiendo presentado este majísimo personaje que ha creado el reconocido guionista Pendleton Ward, a través de la plataforma Netflix con su serie original “The Midnight Gospel”, voy a introducir también el tema principal de este capítulo: la posible incidencia y la potencialidad del contenido audiovisual para la intervención sociocultural en materia de prevención y reducción de daños en el consumo de drogas.

2. La prevención y reducción de riesgos y daños en el consumo de drogas mediante el contenido audiovisual. Algunos ejemplos

En los últimos años, se ha podido comprobar cómo el contenido audiovisual y su respectiva industria ha ido adquiriendo más y más protagonismo y papel en la realidad sociocultural de las personas.

Aunque pueda parecer una cuestión actual, el reconocido pensador francés posmoderno Michel Foucault, ya en el año 1975 destacó los medios de comunicación como herramientas clave para crear realidades, y normativizar conductas en su obra *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*.

Es decir, se plantea un escenario en que los medios de comunicación se convierten en un mecanismo para incidir en la realidad sociocultural y el imaginario colectivo.

Este capítulo se centrará en la incidencia del contenido audiovisual a través de la producción de series desde plataformas digitales, sin obviar también las películas y documentales que se han producido al respecto. No obstante, no debemos pasar por alto la relevancia del papel que tiene la industria de los medios de comunicación mediante la producción de anuncios, publicidad, y la industria del marketing. Como se ha podido ver históricamente, son pocos los anuncios y campañas provenientes de las instituciones que contengan un discurso desde una perspectiva prevencionista en torno a las políticas de drogas. Claro ejemplo de ello son los famosos anuncios de instituciones tales como la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) o el Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD).

No obstante, sí se ha podido notar que en estos últimos años ha habido un cambio notable en la tendencia de estos anuncios, que han optado por no utilizar estrategias tan abruptas, así como su incidencia, pues ya no son tan visibles como años atrás. Recordemos aquí, el famoso anuncio del gusano del PNSD... (Figura 1).

Figura 1. Imágenes del PNSD.



Nota. Imagen de una campaña para la prevención de consumo de cocaína de la FAD (extraído de: <https://www.fad.es/>)

Con ello me refiero a la forma en que históricamente, con la llegada de la crisis de la heroína en los años 90, las primeras políticas de drogas que se ejercieron llegaron de la mano de expertos que consideraban las sustancias desde una visión problemática y a las que había que hacer frente con medidas de carácter punitivo; al igual que a sus usuarios, que se les consideró desde una visión estigmatizante y asistencialista (Jelsma et al. 2014).

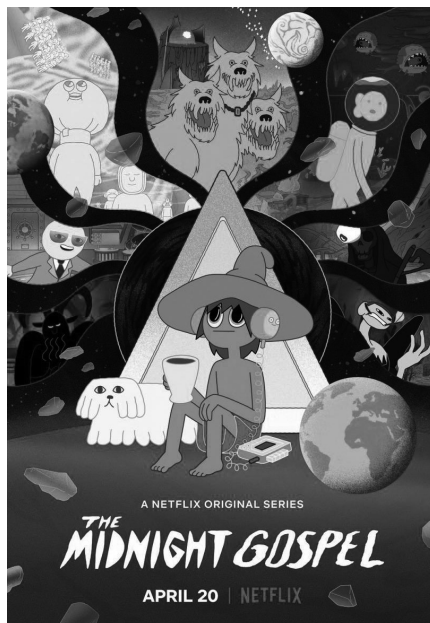
En contraposición, más adelante, empezaron a aparecer nuevas formas de enfocar esta “problemática”: propuestas de políticas más adaptadas a las realidades socioculturales de los consumos que optaron por la educación de los usuarios en la gestión responsable de uso de drogas, gestionando los riesgos y placeres que se obtienen en estas prácticas y abogando por la preservación de la dignidad, salud y libre albedrío de las personas (Romaní, 2008). De forma aclaratoria, haré referencia a que son estas políticas las que nos ocupan a muchas de las personas autoras de este libro de forma profesional y a las que me vendré refiriendo a lo largo del capítulo.

Después de este apunte, y siguiendo el hilo argumental, podemos afirmar que si ha habido un fenómeno que ha supuesto una revolución en cuanto a la visibilización del cannabis en los medios, es el del reciente “boom” que ha supuesto el reconocimiento del conocido endocannabinoide cannabidiol (CBD), que ha tomado relevancia y resuena en todos lados, en forma de anuncios de televisión, radio, redes sociales...

En todos los casos, lo que pretendo referir aquí es que sí ha habido una incidencia positiva en las políticas de drogas, pues en la industria del contenido audiovisual se han podido ver muchos avances considerables y muy interesantes.

Ahora bien, en este capítulo, he preferido simplificar la argumentación en dos buenos ejemplos para acercar al lector a mi propuesta.

Figura 2. Portada de la serie *The Midnight Gospel*.



Nota. en la imagen comprobamos la portada de la serie “The midnight Gospel”, dónde aparece Clancy, su principal protagonista. (extraído de: <https://www.filmaffinity.com/es/film971763.html>)

Por un lado, nos encontramos con la plataforma Netflix, de la cual se podría afirmar que es una de las más reconocidas en la industria audiovisual y que ahora en consideración, es una de las que más visitas tiene en todo el mundo, encabezando el ranking global con 208 millones de suscriptores a la fecha.

Netflix tiene muchas producciones inéditas, y una de ellas es la mencionada serie “The Midnight Gospel” (Figura 2), que he referido anteriormente. Esta serie, de hecho, fue el motivo principal que me inspiró en el desarrollo de este capítulo, pues tengo la convicción de que su contenido audiovisual es una herramienta muy eficaz para la intervención, así como para la prevención y reducción de riesgos en el consumo de drogas, como ahora veremos.

Detrás de esta producción, hay toda una base científica y rigurosidad revisada en los avances en políticas de drogas basadas en la prevención y reducción de riesgos en torno al cannabis, que acerca al espectador a la realidad de todas las iniciativas que se han tomado en cuanto a la legalización o regularización del cannabis.

Asimismo y desde una perspectiva totalmente antropológica, rigurosa y objetiva, Clancy, el personaje principal, indaga junto a sus entrevistados todas las posibilidades de estas políticas y las realidades en las que son más eficaces que las políticas basadas en la prohibición.

Es sin duda, una serie de culto, completamente fascinante: un reflejo de una sociedad global cada vez más identificada con los derechos sociales, y que ya no tolera incoherencias en los argumentos politizados en los consumos ni en la relación o el papel de las sustancias en nuestra sociedad.

Si pensamos en la incidencia de todas las visualizaciones que ha tenido, podemos hacernos una idea de cómo ello puede incluso influenciar de forma positiva en discurso o imaginario social por tal de acercar a los espectadores a esta otra manera de relacionarse con las sustancias.

Habrà quien piense que al ser una serie de género tan específico, no es buen ejemplo para generalizar una posible intervención sociocultural. Es por ello que también quería hablar del episodio 17 de la 31ª temporada de la conocida serie “Los Simpson”, titulado “Highway to Well” (Figura 3).

En este capítulo, Marge Simpson, personaje principal de la serie, consigue un trabajo en un dispensario de CBD que se abre de forma reciente en la ficticia ciudad Springfield. En este caso, la imagen que se puede extraer y en su forma habitual de caracterizar de los redactores y guionistas de esta serie, es el estereotipo de “fumeta pacifista”, pero a la vez, también se normaliza el uso de este cannabinol para usos terapéuticos, lo institucionalizan y hablan de ello de forma rigurosa, acercando al espectador a la realidad de estos dispensarios así como las políticas que se han aplicado en esta línea.

Es sin duda, un capítulo para reflexionar, así como muchas otras producciones que ya se han hecho referencias al consumo de cannabis. En este caso concreto, se entiende claramente que ha pretendido que el espectador fije su atención y se familiarice en esta nueva realidad cada vez más extendida por los EE.UU.

En definitiva, estas series, junto a muchas otras más, y películas, documentales, etc. que se han ido produciendo, vemos que pueden convertirse, sobre todo por su respectiva incidencia sociocultural en estos últimos años, en toda una posibilidad para ejercer la prevención e intervención en el ámbito de la prevención y reducción de riesgos en los consumos de forma transdisciplinaria.

Figura 3. Imagen del capítulo “Highway to well” de *Los Simpson*.



Nota: la imagen capta un fotograma del capítulo de *Los Simpson* en que Marge muestra los productos legales de cannabis del dispensario en que trabaja a una cliente. (Extraído de: <https://puzzledpagan.com/2020/03/26/s31-e17/>).

3. DAFO: debilidades, amenazas, fortalezas, oportunidades

A continuación, y por tal de desarrollar un poco más y mejor esta propuesta, voy a desarrollar un breve análisis DAFO sobre las posibilidades del contenido audiovisual, y en definitiva, de lo que venimos desarrollando a lo largo del capítulo, su potencial para la intervención social en materia de prevención en el consumo de drogas. Se hará uso de esta técnica de investigación cualitativa, muy extendida en ámbitos académicos y empresariales, que tiene la finalidad de determinar las Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades de las tesis propuestas por tal de obtener una perspectiva más amplia y objetiva de la misma.

3.1. Debilidades

Una de las principales debilidades que tiene esta técnica o herramienta para la intervención e incidencia en los consumos de drogas desde una perspectiva

prevencionista, sería claramente la limitación que tiene a nivel de acceso por edad y estrato social, ya que es un medio que se ha extendido mucho más entre la población joven. Asimismo, para su acceso y consumo las personas deben tener un respectivo nivel económico, pues son plataformas de pago que deben visualizarse en algún medio electrónico.

Otra debilidad es la posible reacción de ciertos sectores de la población ante el mensaje de las políticas de drogas basadas en la prevención y reducción de riesgos, ya que existe cierta resistencia al cambio de discurso en torno a las drogas, la crítica está muy presente en este sector y en numerosas ocasiones encontramos actitudes muy poco receptivas.

3.2. Amenazas

Una amenaza principal sería la posibilidad de que se banalice el discurso de las políticas de drogas basadas en la prevención y que la reacción ante este sea de justificación ante prácticas y conductas de abuso en el consumo.

Esta es, de hecho, una de las cuestiones más delicadas a tener en cuenta cuando se reflexiona científicamente sobre los consumos de drogas y las políticas que se aplican pues se ha criticado mucho y se ha acusado a las campañas, políticas e iniciativas en este campo de que se fomenta el uso de las drogas y se banaliza el consumo.

Es por ello, que detrás de este contenido audiovisual, debe existir siempre un equipo científico y especialista que garantice una rigurosidad en el discurso y las formas en que se puedan interpretar o incidir.

3.3. Fortalezas

La principal fortaleza que se podría considerar en esta técnica sería la capacidad de incidir, de una forma visual, amena, gradual y agradable, en el discurso social y debate en torno a los consumos de drogas.

Una de las fortalezas que ha traído la recién incidencia de la industria del contenido audiovisual, es su capacidad mediante las imágenes y la interpretación de ser más efectiva que por otros medios.

“Convertir la información en conocimiento requiere, sin lugar a dudas, un componente lúdico. El juego es la base de los procesos de aprendizaje. Pero el juego debe estar motivado por la curiosidad. Cuando no se dan estas circunstancias, o no se garantizan de algún modo, podemos encontrarnos inmersos en una maraña de con-

fusión comunicativa. Lo transmediático, como muchas otras innovaciones narrativas o narratológicas precedentes, como hemos manifestado, ha suscitado el interés de académicos y profesionales que ven en ello una evolución lógica de las formas de contar.” (Llorca, 2015; p. 150).

3.4. Oportunidades

Por último, una de las principales oportunidades que encontraríamos es la capacidad de recreación que esta técnica supone para los expertos y trabajadores del sector de las políticas de prevención y reducción de riesgos en los consumos de drogas.

Esta tendencia traería en sí muchos puestos de trabajos, de carácter interdisciplinario, pues detrás de estas producciones habría toda una revisión y formación, de los redactores, con psicólogos, politólogos, médicos, antropólogos y diversos especialistas que se ocuparían de realizar un asesoramiento riguroso del contenido y discurso a desarrollar.

4. Conclusiones

En definitiva, y por tal de concluir el capítulo, debo insistir en que la intención no ha sido más que la de acercarnos a las diferentes posibilidades y plantear nuevos escenarios para trabajar en el ámbito de las políticas de drogas. En esta realidad sociocultural, cada vez más tecnologizada, plantear una posible adaptación de nuestras técnicas a otras ya existentes, de forma transdisciplinaria, es un tema creo interesante y que debería de adquirir cierta relevancia.

Si estamos en un momento, cada vez más cerca de la regulación del cannabis, estaría bien tener en cuenta todas las opciones para la preservación de la tendencia a la educación de la población en su consumo.

Los avances que suponen la visibilización del discurso de expertos que apuestan por políticas menos punitivas ante las drogas mediante el medio audiovisual pueden suponer una forma muy eficaz y favorable para la que la población interiorice nuevas prácticas y formas de relacionarse y aprender de las sustancias.

Como bien dice el dicho: “adaptarse o morir”, en esta propuesta se ha pretendido aportar en el debate de las formas y herramientas en la prevención y reducción de riesgos en los consumos.

Estrategias de reducción de riesgos y posibles daños en los clubes sociales cannábicos

Miravete-Gual, F. J.
Gálvez-Bermejo, M.

Estrategias de reducción de riesgos y posibles daños en los clubes sociales cannábicos

MIRAVETE-GUAL, F. J.
GÁLVEZ-BERMEJO, M.

1. Introducción. De una planta milenaria

Este capítulo está escrito desde la convicción de que las personas son libres y tienen derecho tanto a un tratamiento digno, como a experimentar con su cuerpo, mente y espíritu de forma legítima. Partimos de la creencia de que las personas sufran el problema que sufran, necesitan un mínimo de dignidad y la ayuda suficiente para poder solucionarlo, aunque este problema sea tal como el acceso a la sustancia con la cual quiere experimentar o utilizar para su tratamiento. Las personas no merecen ser estigmatizadas por ello, ni verse empujadas a la marginación, pues necesitan de apoyo, asesoramiento e información eficaz.

Para ello, muchas de estas personas se organizan en asociaciones civiles al amparo de la Ley Orgánica 1/2002, de 22 de marzo, reguladora del Derecho de Asociación (Asensio et al., 2021). Este es el caso del cannabis, que no ha generado muerte alguna por su consumo tras 5.000 años de uso, excepto los cannabinoides sintéticos, y que por el contrario su prohibición, sí lo ha hecho, en forma de crímenes, ajustes de cuentas y ejecuciones en los países más restrictivos. La humanidad no se acompaña durante milenios de una planta que le produzca malestar.

Si el uso de la planta cannabis sativa (L.) ha llegado a nosotros hoy en día, independientemente de la evidencia científica, es porque el ser humano sigue sirviéndose como herramienta principal de la evidencia empírica para saber lo que le conviene y lo que no (Bouso, 2019). Como explica el Doctor Salvador Amigó, en su libro: *Guía del uso racional de las drogas* (2017), existe un uso adulto y controlado que no tiene por qué ser dañino para nuestra salud con la información necesaria, como veremos a continuación.

En este capítulo, los autores reflexionaremos sobre el que parece ser el mayor problema en cuanto a las políticas prohibicionistas en torno a las drogas y la falta de una eficaz regulación integral que tenga como objetivo a la persona y no a la sustancia. Prohibición que ha conducido a muchas personas usuarias a un mercado ilícito, sin control alguno, lleno de riesgos y problemas.

2. Los clubes sociales de personas usuarias de cannabis

La aparición de Los Clubes Sociales de Cannabis (CSC) en defensa del uso de una sustancia declarada ilegal fue un hecho histórico en muchos de sus aspectos, y que su uso y funcionamiento ha llevado a muchas personas a enfrentarse a procesos judiciales, a la cárcel e incluso a penas de muerte.

2.1. Definición de los CSC y su funcionamiento

Los CSC son en su esencia la herramienta social que han encontrado las personas usuarias de cannabis dentro del marco legal del estado español para proteger sus derechos y reducir al mínimo los posibles riesgos y daños asociados al consumo de la planta cannabis sativa L. (Asensio et al., 2021).

Fue en la Asamblea General de la Coalición Europea por Políticas de Drogas Justas y Eficaces (ENCOD), en Bermeo, España, del 21 al 23 de junio de 2013, donde se acordaron principios fundamentales con el fin de definir el concepto de *Cannabis Social Club*.

Se establecieron, en primer lugar, los parámetros necesarios para proteger los derechos de consumidores y productores de cannabis y ayudar a instalar políticas de cannabis que beneficien a la sociedad entera, en pro de la protección de la salud. Es por ello que los CSC funcionan de forma asamblearia y son gobernados por una Junta Directiva, elegida por los socios y bajo los mandatos de la Asamblea General y un código de buenas prácticas que la propia asamblea vela por su cumplimiento. Un CSC está compuesto por socios, ciudadanos adultos (generalmente mayores de 21 años), que organizan el cultivo colectivo de cannabis controlado mediante contratos de previsión para satisfacer sus necesidades personales. Así establecen un circuito cerrado entre los productores y los consumidores, en el que se cumplen ciertos requisitos relativos a la salud, la seguridad, la transparencia y la rendición de cuentas.

Las formas concretas de operar de un CSC dependen de las normas legales, políticas y culturales vigentes en el país en el que está establecido. Sin

embargo, hay algunos principios y actitudes básicas a los que todos los CSC se adhieren y que los distinguen de otro tipo de iniciativas.

Debe tenerse en cuenta también que existen numerosos CSC que se han conformado desde una base empresarial, que lejos de seguir una estructura asamblearia, hacen que la lucha social que persiguen desde su surgimiento tome menos relevancia y eco mediático. En Jelsma et al. (2014), se puede encontrar la definición en detalle de los diferentes modelos de CSC con sus respectivas realidades.

En los últimos años, han sido muchas las iniciativas desde el activismo social y políticas para tratar de regular la actividad de estos espacios, todas ellas fallidas, ya que, en última instancia, las organizaciones pertinentes terminan rechazando su regulación.

2.2. La oferta sigue la demanda, no al revés

La capacidad de producción de un CSC se basa en el nivel esperado del consumo de sus miembros. La oferta siempre se organiza con el fin de satisfacer la demanda de los miembros, no al revés. Las personas acceden a su parte del cultivo mediante un contrato de previsión donde solicita la cantidad que necesita para su uso personal exclusivamente, la cual será cultivada en el término de tres meses. Únicamente en el caso de usuarios medicinales no se cumple este plazo de espera, ya que las personas que necesitan un tratamiento tienen un acceso inmediato. (ENCOD, 2014).

2.3. Sin Ánimo de lucro

Los CSC se constituyen como asociaciones sin ánimo de lucro. Los beneficios que se pueden obtener por la asociación y que se derivan de las actividades económicas, se utilizan para promover los objetivos de la asociación, y no se distribuyen entre los socios. Los CSC buscan generar empleo legal y producir bienes y servicios de una manera legal (ENCOD, 2014).

2.4. Transparencia

Los CSC son asociaciones legalmente registradas. Su organización interna es democrática y participativa, con lo cual el principal órgano de decisión es la Asam-

blea General de Socios, a la que están invitados todos los socios a asistir o hacerse representar por otro socio (cada persona tiene derecho a un voto).

En la Asamblea General se presenta y aprueba cada año un informe descriptivo y financiero de las actividades de la asociación en el año anterior, así como un plan de trabajo para el año siguiente, incluyendo la provisión de cultivo y del precio, así como las charlas, conferencias, debates, o demás acciones que la Asamblea General decida tomar para conseguir los objetivos de la asociación.

Los CSC mantienen un registro de sus actividades, que es fácilmente consultable por los socios, otros clubes o autoridades. Ello incluye la contabilidad, un registro (anonimizado) de los socios y su consumo, y un registro (anonimizado) de la producción (ENCOD, 2014).

2.5. Orientado a la salud pública

Solo se abastecen del autocultivo, por lo que debe haber un estricto control de la trazabilidad desde la semilla hasta el producto final. Así, los CSC utilizan métodos de cultivo que cumplen con las normas de la agricultura biológica.

Asimismo, los CSC desarrollan una política eficaz de prevención y tratamiento del uso nocivo del cannabis y promueven formas de asegurar el uso responsable y beneficioso entre sus socios. Ello incluye la provisión a sus socios de información factual sobre el cannabis. Algunos CSC también elaboran investigaciones sobre los aspectos sanitarios del cannabis que producen e informan a sus socios sobre los resultados de estas investigaciones (ENCOD, 2014). Es una forma de empoderar a los socios usuarios y hacerlos partícipes de la función sociocultural de los CSC.

2.6. Abierto al diálogo con las autoridades

Los CSC suelen estar dispuestos a participar en cualquier tipo de diálogo con las autoridades, y muchos de ellos ponen en práctica una política activa para invitar a las autoridades a este diálogo (ENCOD, 2014).

2.7. Claves que deben guiar la función de las CSC según la Confederación de Federaciones Cannábicas (CON-FAC)

Representando a las Federaciones Territoriales, FAC-Levante, CAT-FAC, GAL-FAC, etc., la Confederación de Federaciones Cannábicas aglutina y se

nutre de las asociaciones federadas en los diferentes territorios del estado español. La confederación, tiene como función principal incidir social y políticamente en la realidad de las políticas sociales en torno a la regulación de la cannabis así como visibilizar a los usuarios y su vez darles voz a través de un modelo que ha resultado pionero a nivel internacional. Las *claves* que resaltan desde la confederación, por tal de que el modelo sea eficaz y tenga su debida coherencia y repercusión, son las siguientes:

1. La clave del *empoderamiento comunitario*. Una respuesta social para cambiar el mundo.
2. La clave para el *desarrollo rural*. La propuesta más efectiva para una regulación del cannabis que revalorice las zonas agrícolas y respete los criterios de sostenibilidad del modelo asociativo.
3. La clave para el *bienestar social*. El modelo asociativo como ejemplo de una regulación justa del cannabis basada en criterios de salud y derechos humanos.
4. La clave para el *autocultivo personal y/o colectivo*. La autogestión y el autoabastecimiento propio de las asociaciones cannábicas combate el mercado ilícito a la vez que protege los derechos y libertades de las personas usuarias de cannabis.

2.8. Sobre el acceso a los CSC en personas usuarias de cannabis

Llegados a este punto, los autores vemos importante hacer una breve reflexión sobre qué implica ser una persona usuaria de cannabis. De este modo, queremos puntualizar que las personas usuarias de cannabis se pueden distinguir claramente en dos grupos principales: la persona usuaria adulta y la no adulta. En las personas usuarias no adultas el uso de THC puede ser problemático, incluso en el uso médico. Por lo que debería quedar en manos de la supervisión de profesionales exclusivamente para uso médico.

En este capítulo nos centraremos en las personas usuarias adultas, en los posibles riesgos a los que pueden verse expuestos y cómo han hecho en el estado español para reducir los riesgos y los posibles daños. Como veremos más adelante las personas menores de edad no tienen acceso a los CSC. Tanto en el caso de menores, como en adolescentes, es un riesgo que no se debería asumir, puesto que cualquier menor o adolescente que requiera de un tratamiento no pueden ser miembros de los CSC. Por el contrario, una persona adulta con su pleno derecho de ciudadanía se debe considerar de forma plena y legítima en

su decisión de hacer uso de esta sustancia, pues tiene derecho a la autodeterminación y gestión individual de la salud, así como su acceso.

3. Castelló Cannabis Club

A continuación vamos a describir la función y estructura de Castelló Cannabis Club (C.C.C.) para ilustrar con un ejemplo concreto lo que hasta ahora se ha expuesto sobre los CSC.

Castelló Cannabis Club se organiza en una *Junta Directiva* (J.D.), supervisada por la *Asamblea General de Socios* (A.G.S.), máximo órgano de control interno. La J.D. se reúne quincenalmente para cumplir los objetivos señalados en los estatutos y designios de la A.G.S., que lo hace trimestralmente, y es el espacio donde los socios pueden presentar propuestas.

La J.D. a través de su Presidencia y sus diferentes *Vocalías* se encarga de la representación, en todo tipo de actos, o relaciones tanto con representantes políticos, investigadores, profesionales de la salud, como con otras asociaciones, federaciones u otros movimientos civiles. La *Tesorera* es la persona encargada de las relaciones con la empresa externa que gestiona la contabilidad, siendo ambas las que rinden cuentas ante la A.G.S.

Que todas las actividades y decisiones de la asociación queden registradas en el libro de actas es función de la persona *Secretaria*, la cual se encarga también de la gestión laboral, alquileres y demás asuntos administrativos asesoradas por una empresa externa.

La A.G.S. la forman el conjunto de las personas asociadas, siendo su obligación asistir a las Asambleas, ya sean generales o extraordinarias. Cada persona representa un voto, siendo suficiente un 9% de socias necesarias para presentar cualquier propuesta o proponer una nueva J.D.

La asociación cuenta con distintos espacios y servicios. La sede, donde se puede encontrar una zona para consumo, un espacio para la dispensación o retirada de la parte proporcional del cultivo que cada socio ha solicitado a través de su contrato de previsión de consumo, siempre separado de la zona de consumo, un espacio libre de humos donde se atiende a las personas usuarias terapéuticas, o no consumidoras, como pueden ser los medios de comunicación o representantes políticos. También se dispone de una zona de juegos, donde también se realizan los talleres, visualización de documentales y otras actividades enmarcadas en los objetivos de la asociación.

El *Servicio de Reducción de Riesgos* (S.R.D.R.) desarrolla su labor en la sede, en la zona libre de humos, aunque en algunos casos se precisa la vía telemática.

En el caso particular de C.C.C, este servicio está formado por un Médico Colegiado Experto en Adicciones, Emergencias Sanitarias, además de una amplia experiencia en el estudio de la cannabis y los cannabinoides, al que lo acompaña también un Técnico Experto en Plantas Medicinales y Nutrición, especializado en la planta Cannabis Sativa (L.), con 30 años de experiencia en el uso del cannabis y formado en reducción de riesgos (R.D.R.). El Técnico es el encargado de la primera intervención, gestionar la consulta médica y si fuera necesario, informar, asesorar, y acompañar durante todo el proceso y cuando se requiera de sus servicios, siempre disponible con previa cita en la asociación.

El mismo S.R.D.R. es el encargado de gestionar las charlas, talleres y debates, así como la relación con Universidades, entidades públicas y/o privadas dedicadas a la investigación y la salud. Otra tarea importante del servicio a cargo del técnico es la supervisión del control de consumo y la calidad de la flor cultivada mediante los análisis correspondientes (metales pesados, pesticidas, cuantificación, hongos y moho). El servicio, en algunos casos, se ve complementado en ocasiones por diversos profesionales de la salud mental; no es el caso que nos ocupa, aunque sí contamos con el doctor Mario Land, que como hemos dicho, es experto en adicciones y cannabinoides. No obstante, los autores creemos que debería ser parte fundamental contar con profesionales de la psicología y la conducta formados en el uso de la cannabis desde la primera intervención.

El día a día de la sede es gestionado por las personas a cargo de la dispensación. Ellas son las encargadas de velar por el orden, la limpieza y correcto funcionamiento de la sede, informando también en todo momento a la J.D. de cualquier incumplimiento del *Código de Régimen Interno* (C.R.I.), el cual vela por el buen funcionamiento de la sede, y se propone y aprueba en la A.G.S.

El cultivo es el lugar donde los trabajadores contratados por la asociación realizan el cultivo de las plantas que luego se dispensan en la sede. El proceso del cultivo es junto al transporte hasta la sede, es el momento donde mayor riesgo a nivel legal se expone la asociación.

Las personas contratadas, además de tener un nivel alto de conocimiento en el cultivo y plagas, tienen que ser de máxima confianza. Es la propia asociación quien facilita las herramientas y útiles necesarios para llevar a cabo el cultivo, desde su siembra hasta su recolección y secado, semillas, plantones, sustrato, abonos, luces, extractores, etc.

El control del cultivo lo llevan a cabo de una forma sencilla: se calcula el vatio de luz por gramo de flor producido, sin ramas, raíces, ni hojas. Según la variedad cultivada esta cuenta no puede ser exacta, como no lo son las indicaciones del productor de semillas, ya que depende también de las habilidades del cultivador y las condiciones de cultivo, por lo que se toman más medidas. Las

personas cultivadoras serán las encargadas de exponer su trabajo y rendimiento en la A.G.S. En la sede, la persona que se encarga de la dispensa también es la encargada de recibir el cultivo y registrar en el programa de dispensa la producción y calidad, donde se lleva un control paralelo a la firma en día, fecha y hora de dispensa realizada por el socio. Esto implica que debe coincidir lo cultivado con lo dispensado, salvo mermas por humedad.

Para que el cultivo no sobrepase a la demanda se utiliza el *Contrato de Previsión de Consumo* (C.P.C.), documento firmado al formalizar el alta de socio. En él se indica la necesidad de la persona para un periodo de 3 meses. Este es el mismo periodo que se necesita para cultivar la cantidad solicitada y el que tendrá que esperar para poder dispensar lo contratado. En el caso de C.C.C., para evitar consumos abusivos, el C.P.C. no superará los dos gramos diarios, o un total de 180 gramos trimestrales. Sin superar los límites estipulados, la persona asociada puede modificar este C.P.C. en cualquier momento que considere oportuno. Queremos puntualizar, puesto que nos parece importante, que los excedentes existentes de los cultivos son reservados para poder asistir a las personas que por un uso médico o terapéutico necesitan su tratamiento urgente, ya que estas personas no esperan el periodo de tres meses para poder abastecerse de su tratamiento.

El control de socios se lleva a cabo a través del *Alta de Socio* (A.S.), es un momento muy importante en el cual se realiza una exhaustiva labor de reducción de riesgos, ya que el propio mecanismo de alta es una herramienta R.D.R. como vamos a ver. Para ello, C.C.C. ha desarrollado el siguiente sistema que parece muy efectivo, distinguiendo dos vías de acceso a la asociación, el uso adulto no médico y el uso adulto medicinal o terapéutico:

Persona adulta, uso adulto. Para acceder de este modo se han de cumplir los siguientes requisitos: Ser mayor de 21 años. No sufrir enfermedades psiquiátricas graves, ni cardiovasculares. Ser usuario previo de cannabis o sus derivados, lo cual firmará durante la entrevista con el servicio R.D.R. de la asociación, en el momento de formalizar el A.S. junto al C.P.C., y tras ser informado del funcionamiento de la asociación, estatutos y régimen interno. Además necesitará contar con el aval de una persona asociada a la que no se le haya aplicado ninguna falta grave, con el fin de evitar personas no afines a los objetivos de la asociación, o conflictivas.

Persona adulta, uso médico o terapéutico. Esta forma de acceso no requiere de aval de la asociación, aunque sí requiere la mayoría de edad. En este caso el aval corresponde a los informes médicos. Estas personas deberán efectuar una entrevista previa con el experto en R.D.R. donde la persona expone su problema y resuelve sus primeras dudas, funcionamiento de la asociación, legalidad,

sobre su patología y el cannabis, efectos secundarios, efectos adversos, posibles problemas en el tratamiento, etc. En caso de no detectar alguna incompatibilidad, el servicio R.D.R. gestionará la consulta con el médico colaborador de la asociación. Durante la consulta con el médico especializado, que previamente habrá valorado informes y medicación prescrita, se podrán resolver las posibles dudas que puedan surgir, siendo el médico el que valorará el mejor tratamiento posible y quien asesore. Una vez terminado este proceso y el médico haya emitido un informe positivo a la asociación, la persona tendrá acceso inmediato para poder cubrir sus necesidades. En todo caso, el médico, no receta el uso de cannabis. Su función es valorar los riesgos, si los hubiese, en el tratamiento previa valoración de los informes médicos aportados, informar al paciente y resolver las posibles dudas, posología, vía de administración, pauta, o modo de uso más indicado, así como indicar las pautas indicadas según la bibliografía consultada. En ningún caso modifica el tratamiento prescrito, y en caso de ser necesario modificar el tratamiento de base, se pone en conocimiento de la persona para que informe a su médico, y este junto al paciente, sean quienes tomen la decisión final. Es importante tener en cuenta que las personas solicitan libremente la información, y son ellas, las que tras resolver sus dudas deciden libre e informados con rigor profesional y desde la ciencia, quienes toman la decisión final de comenzar el tratamiento. El C.S.C. solo se encarga de facilitar el mejor asesoramiento y la herramientas necesarias para reducir al mínimo los posibles riesgos que la persona asuma.

4. Asociación Terapéuticas Hierbas de Castelló, activismo y ciencia

Con el fin de reducir posibles riesgos legales y sufrir una intervención policial que dejaría a las 54 personas usuarias medicinales de Castelló Cannabis Club sin tratamiento, estas decidieron crear Terapéuticas Hierbas Castelló, asociación sin dispensario. Esta nueva asociación, independiente con Junta Directiva propia y distintos objetivos pero trabajando en colaboración con C.C.C. y otras asociaciones de la provincia de Castellón, se ha encargado de las relaciones sociales realizando talleres, charlas y debates, además de atender a personas que requieran de información o asesoramiento. También ha desarrollado su labor en el ámbito político haciendo incidencia sociopolítica y reuniéndose con cuantos grupos les han querido recibir atendiendo sus preocupaciones y demandas. Por otro lado ha establecido relaciones con diferentes entidades educativas, como puede ser la Universitat de València junto a la cual están llevando a cabo diferentes estudios en relación a las asociaciones, el uso del

cannabis y la calidad de vida, además de realizar encuestas y relacionarse con otras asociaciones con los mismos objetivos o similares.

En el caso particular de Terapéuticas Hierbas Castelló y C.C.C., han estado desde el año 2018 hasta la actualidad colaborando en varios estudios relacionados con la posible mejora de la calidad de vida en asociaciones de usuarios medicinales de la Comunidad Valenciana, llevados a cabo por el Grupo de Estudios FesHoBé! sobre Cannabis y Drogas, avalado por el Comité Ético de la Universitat de València, y que fueron presentados y reconocidos como expedientes de interés sanitario en el *II International Conference on Cannabis and its derivatives: Health, education and Legislation* (2019).

Los estatutos de la asociación incluyen, como se ha mencionado antes, apartados que puntualizan la importancia de estar al corriente de los estudios más recientes en torno a la cannabis:

“Artículo 3. El estudio sobre todo tipo de plantas incluida el cáñamo y sus posibles aplicaciones culturales, científicas y terapéuticas, haciendo especial hincapié en esta última. Evitar el peligro para la salud de sus usuarios inherente al mercado ilegal de cannabis mediante actividades encaminadas a la prevención de los riesgos asociados a su uso. Promover el debate social sobre la situación legal del cannabis y la de sus consumidores, así como hacer valer los derechos constitucionales de los que estos son titulares y denunciar las arbitrariedades que en su observación puedan cometer las distintas administraciones y poderes públicos o cualquier persona.” (*Estatutos Terapéuticas Hierbas Castelló, 2017-2021* p. 1; *Estatutos Castelló Cannabis Club, 2010-2021*, p. 1).

Cumpliendo con los estatutos, se están llevando a cabo colaboraciones con grupos de investigación en los siguientes estudios: (1) Patrones de consumo, creencias y estrategias de control utilizadas en el consumo de cannabis en función del género y la edad. (2) Cannabis medicinal para la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud, medida con el SF-36 en un grupo de pacientes de una asociación cannábica de Castellón. (3) Impacto de la COVID en el consumo de cannabis y la salud de los usuarios.

En mayo de 2017, en la emblemática “Casa dels Caragols” como se conoce popularmente a la sede de la Conselleria de Presidencia de Castellón, se llevó a cabo el primer debate sobre cannabis organizado por Castelló Cannabis Club. Debate histórico por ser el primero sobre cannabis en Castellón en el que participaron: Pau Calatayud, secretario de Castelló Cannabis Club y activista pro-cannábico. el Doctor Guillermo Velasco, Titular Colegiado del Departamento de Bioquímica y Biología Molecular de la Facultad de Ciencias Químicas de la Universidad Complutense de Madrid. Joan Bertomeu, aboga-

do del prestigioso gabinete jurídico Brotsanbert y el Intendente General de la Policía Local José Luís Carque y el actual director de P.A.T.I.M., Francisco López Segarra. También colaboró el trabajador social Jaume Agost experto en conductas y adicciones en torno a las drogas.

Las asociaciones de Castellón, muy activas, colaboran con entidades públicas como la Universitat de València y el Ayuntamiento de Castellón, Burriana, Benicarló y Villa-Real. Asimismo, también forman parte de entidades sociales tales como El Fòrum Cannàbic Valencià, Hempateia, el Grupo de Estudios FesHoBe! Sobre Cannabis y Drogas, el Observatorio Europeo de Consumo y Cultivo de Cannabis, y con entidades privadas como la Clínica Vita Santé, Educannem, Marihuana Labs o el estudio jurídico Brotsanbert. En los últimos años se han organizado todo tipo de charlas, conferencias y congresos. Algunos ejemplos serían:

- La presentación de la Asociación pionera en la Comunidad Valenciana de pacientes usuarios de cannabis medicinal Terapéuticas Hierbas Castellón, donde participaron pacientes, científicos y expertos en leyes (Verde Medicina, 2017).
- Las Jornadas Espacio Salud Iberflora: Cannabis Terapéutico, testimonios de pacientes y acceso al cannabis, donde la doctora en Neurociencias Noemí Sánchez Nácher abordó la Reducción de Riesgos en el uso del cannabis desde una perspectiva responsable (Verde Medicina, 2018).
- La Jornada Fibromialgia, dolor crónico y cannabis, donde la doctora especialista reumatóloga Ana Victoria Carro junto al médico Mario Land, experto en cannabis y adicciones, la doctora en neurociencias Noemí Sánchez Nácher y el doctor en psicología y profesor de la Universitat de València Salvador Amigó Borrás abordaron los tratamientos para el dolor y patologías que lo procesan, cómo podrían ser tratados con cannabis. Además de la participación de pacientes y expertos en leyes (Educannem, 2019).
- Como último ejemplo, otro hito histórico a nuestro parecer. Las Jornadas organizadas por el Fòrum Cannàbic Valencià en 2019, Cannabis desde un enfoque integral en la Universitat de València.

Además, se han organizado presentaciones de obras literarias como las publicadas por el Observatorio Europeo de Consumo y Cultivo de Cannabis: *Autocultivo y Uso de Cannabis en España* (2019), *Ley del Cannabis Medicinal y Terapéutico* (2019), *Informe CBD* (2020), *Cannabis, Ciencia y Derecho*, 2021. También presentaron en el Parque Científico de la Universitat de València el libro

Cannabis Medicinal, de droga prohibida a solución terapéutica (2019), del Doctor en Farmacología y licenciado en Psicología José Carlos Bouso, también Director Científico de ICEERS (International Center for Ethnobotanical Education, Research & Service).

Como no puede ser de otro modo, estas entidades cannábicas también dedican parte de su tiempo y recursos en hacer incidencia política. Claro ejemplo es el trabajo realizado en el Proyecto No de Ley de tramitación especial urgencia sobre la necesidad de regular el consumo del cannabis en el territorio valenciano desde planteamientos científicos, sociales y ajustados a legislación (RE n. 93.540, BOC 256) que obtuvo una resolución positiva (BOC número 286, 20-06-2018, p. 49381).

Gracias a la colaboración de Terapéuticas Hierbas Castellón con el Grupo de Estudios FesHoBe!, hemos observado que otras asociaciones de Castellón han adoptado de forma externa este sistema, como son: Asociación Belladona de Burriana, Asociación Terapéutica de Villa-Real Vector Positivo y Asociación K.O. de el Grao de Castellón.

5. Reducción de riesgos y daños en los clubes sociales de cannabis

5.1. Efectos y posibles riesgos en el uso del cannabis, cannabinoides y sus derivados

Vamos primero a exponer una información previa sobre los efectos y posibles riesgos del consumo de cannabis y derivados. En el consumo de cannabis, se distinguen dos efectos principales. Los llamados efectos deseables, que suelen provocar una sensación de bienestar y relajación, y potencian la sociabilidad de la persona bajo los efectos de la planta. Se puede sentir una sensación de desinhibición, buen humor, ganas de experimentar y hacer tonterías o cosas banales. En este caso, es también muy común tener una sensación de lentitud en el tiempo, así como una alteración sensorial, con distorsión del cuerpo y objetos, e intensificación de los sentidos (Amigó, 2017).

Por otro lado, nos encontramos con los conocidos como efectos indeseados. Se trata, principalmente, de tener sensación de mareo, falta de coordinación y en ocasiones alucinaciones. En muchos casos, se puede sentir apatía, ansiedad e incluso depresión (Amigó, 2017).

Llegados a este punto, el lector debe entender que el principal riesgo y daño para la salud que conlleva el consumo de cannabis en su forma más extendida, es la combustión tóxica del humo y sus efectos en nuestros pulmones y vías respiratorias en general.

Los autores pensamos que este capítulo no es el lugar para abordar un tema amplio como es el debate actual sobre las adicciones y en concreto la de la cannabis. Por lo que solo nos referiremos a los posibles síntomas conductuales y de estado de ánimo del síndrome de abstinencia al cannabis. En Sánchez y García (2019), los autores, citando a Bonnet y Preuss (2017), exponen que el abuso del cannabinoide THC influiría positivamente con el síndrome de abstinencia, de tal modo que en diferentes estudios se ha observado una sintomatología mayormente psicológica y muy parecida a la del tabaco, que provocaría nerviosismo, cambio de apetito, problemas de sueño e irritación.

La adicción, por lo tanto, puede convertirse también, en un riesgo importante, ya que los últimos estudios apuntan a que un uso abusivo del THC podría provocar una adicción parecida a la de la cafeína. En este caso, el debate científico se centra en la capacidad de dependencia de la sustancia, ya que no queda claro que los cannabinoides puedan provocar una dependencia fisiológica, sino más bien psíquica o social. Los hábitos de consumo pueden causar que el usuario experimente el llamado síndrome de abstinencia cuando se abandona su consumo. Por otro lado, en Barriuso (2011) vemos como el activista defiende firmemente la tesis de que en efecto, el consumo de cannabis no produce una adicción fisiológica. Existen muchos artículos, debates científicos, autores que aportan al respecto, y muchas veces nos encontramos en que las posturas son muy diversas según la formación de los expertos en cuestión. Es por ello, que entendemos que siendo éste un debate controvertido y muy reciente, nuestra recomendación en este momento sería la de mantenerse precavido e informado, y sobre todo, no banalizar el uso de la planta.

Otro riesgo muy común cuando se produce un consumo de cannabis es la bajada de tensión arterial. Esto provoca, lo que comúnmente se conoce como *amarillo* o *blancazo*. En estos casos, se recomienda no entrar en pánico, pues es una sensación que desaparece en poco tiempo, y que se puede evitar o reducir su intensidad con unas breves pautas. Se recomienda que el afectado se coloque en una postura que le permita levantar las piernas en alto, que se respire con tranquilidad para controlar las pulsaciones arteriales y que en su momento se coma algún alimento indicado y se beba agua. En este caso, el mayor riesgo es que la persona no se tumbe, por lo que podría desmayarse y golpearse en el suelo provocando un traumatismo.

Por último, uno de los principales riesgos y daños para la salud del consumo serían los tóxicos, como venimos advirtiendo a lo largo del capítulo. La trazabilidad como, ya se ha comentado anteriormente, es fundamental para controlar este aspecto. Por eso el autocultivo, tanto personal como colectivo, se considera la opción más segura para evitar este riesgo. Asimismo, se debe

de tratar, en la medida de lo posible, que los materiales que se utilicen para el consumo, la conocida parafernalia, cumplan con los estándares de seguridad europeos por tal de evitar accidentes por su uso o deterioro.

5.2. Modos de uso de la Cannabis Sativa (L.) e información sobre las diferentes vías de administración y sus riesgos

Cualquier uso de una sustancia puede generar riesgos, pero el modo de consumirlo o usarla también (Fernández, 2016). Es por ello que a continuación, haremos una breve revisión de los modos de uso observados en los CSC, y cuáles pueden ser sus riesgos. La primera apreciación es que la vía de acceso al organismo más usada al consumir cannabis es la inhalada, bien sea la flor seca fumada sola o acompañada con tabaco, vaporizado mediante un vaporizador la flor seca o fresca, o la resina, o incluso vapeada mediante cigarrillo electrónico. Aunque también se deben tener en cuenta otras vías como veremos a continuación, y a las cuales derivan los usuarios tras obtener información por ser más saludables y/o adecuadas (Bouso, 2019).

Vía mediante la combustión del Cannabis. La vía inhalada, es una de las más rápidas en producir efectos, pero también en perderlos. Los efectos son inmediatos en cuanto el humo o el vapor alcanza los pulmones, lo que quiere decir que notaremos efectos en la primera aspiración. Tendremos el pico de efecto mientras estemos inhalando y empezará a descender el efecto, desde el momento que dejemos de inhalar, en un espacio de tiempo de 1 o 2 horas. Es por ello que se convierte en una estrategia inmediata para un uso agudo (Bouso, 2019).

En la vía inhalada la flor es triturada seca y se prepara con papel de fumar. En la mayoría de las ocasiones, se mezcla con tabaco. En este caso, debemos puntualizar que no sólo la combustión genera toxicidad, pues además el tabaco contiene muchas sustancias nocivas que se introducen en el cuerpo. El usuario, debe ser consciente de que la combustión de cualquier planta contiene alquitranes, hidrocarburos polinucleares que son cancerígenos, así como otros compuestos tóxicos, como el monóxido de carbono. De hecho, cuando la combustión alcanza de 230°C a 900°C se produce una pérdida del 40% de los principios activos de la planta (Bouso, 2019; Fernández, 2016).

El uso combustionado/fumado también se lleva a cabo mediante parafernalia. Existen pipas, bongs, y toda clase de objetos que albergan un espacio con rejilla donde se pone la flor seca o su resina (extracto) y se le proporciona una temperatura a modo de fuego directo para que el humo resultante a través de

canalizaciones pase por otro espacio donde podemos poner agua/hielo para refrescar el humo antes de que por otra canalización pase a nuestros pulmones (Bouso, 2019). Los bongos o pipas de agua pueden ser los menos dañinos debido a que el humo antes de entrar en nuestros pulmones se refresca y filtra las partes sólidas resultantes de la combustión en el agua. Por otro lado, las pipas y los cigarros pueden ser los más perjudiciales, de estos tres modos, por el exceso de calor y tóxicos que desprenden. Es importante la calidad del papel que se va a utilizar, con lo cual se recomienda hacer uso de papeles vegetales que no contengan blanqueantes como el cloro, por tal de que resulte menos tóxico. También es importante la calidad de los materiales de los que están fabricadas las pipas y los bongos. No olvidemos que están expuestos a temperaturas muy altas y existen materiales que a altas temperaturas desprenden tóxicos.

Los posibles riesgos de esta vía, siendo la más desaconsejada aún siendo la más habitual, son: problemas cardiorespiratorios como la bronquitis crónica, enfisemas y cáncer de laringe o de pulmón, además de la inhalación de humo para el sistema cardiovascular (Bouso, 2019).

Vía vaporizada. Mediante un horno en miniatura, que puede caber en la mano, se calienta la flor, seca o fresca, a una temperatura máxima de 230° C. En este caso, no se pierden principios activos., aunque por pirólisis, sí se pueden perder si se superan los 230° C, ya que se produce CO₂, y según los últimos estudios incluso se producen trazas de amoníaco. Estos aparatos son bastante seguros, pero también debemos poner atención a su fabricación (Bouso, 2019; Fernández, 2016). En cuanto a materiales y componentes eléctricos. Debemos fijarnos en su homologación y certificación de seguridad. Las marcas con certificado de dispositivo médico son Volcano y Minivap. El principal inconveniente de estos aparatos eléctricos es su alto precio si son de calidad (Ramos y Guzmán, 2019).

Vía vapeada. Esta vía se refiere a los cigarrillos electrónicos donde la resina de la flor se disuelve en glicerina vegetal, que a su vez es mezclada con propilenglicol en diferentes porcentajes para su uso. En algunos casos, también se añaden terpenos de la planta. Las temperaturas superan los 230°C y por lo tanto se desprenden tóxicos como en la vía fumada, pero al eliminar la parte vegetal y sólo inhalar el extracto disuelto se reducen los tóxicos. En este caso, se debe tener en cuenta que la glicerina es de procedencia vegetal y el propilenglicol es un derivado del petróleo, por lo tanto, aún no está claro su inocuidad. La calidad del extracto utilizado, así como su modo de extracción, también son de suma importancia, ya que hay métodos de extracción que dejan residuos tóxicos (Bouso, 2019). Puntualizar, que en este tipo de aparato eléctrico también

se ha de tener en cuenta la calidad del mismo y sus componentes, del mismo modo que con el vaporizador. Un riesgo añadido del uso vapeado es que si contiene THC, está fuera del mercado regulado, por lo que desconocemos la procedencia y su procesado. Pueden existir tóxicos o no corresponder a la concentración indicada (Bouso, 2019).

La FDA (Food and Drug Administration) de EEUU examinó un brote de 39 muertes confirmadas de usuarios de cigarrillos electrónicos y a unos 2.000 hospitalizados con daños severos. Según Nobbott, “se encontró acetato de vitamina E en muestras del tejido pulmonar de los afectados, así como sustancias como THC y nicotina en algunos casos” (Martinez, 2019). Este elemento puede formar bolas o coágulos al entrar en nuestros pulmones e impedir el correcto funcionamiento del sistema respiratorio. Aunque no quedó claro que fuera la vitamina E, podría ser la combinación de los diferentes elementos.

Vía oral, sublingual o digerida. Estas son precisamente formas de uso del cannabis que se han popularizado mucho en los últimos años. En los clubes sociales cannábicos se realizan, como anteriormente se ha mencionado, talleres de extracciones, cocina y preparados, donde los socios toman conciencia de cuál es la mejor vía para su caso y la menos perjudicial. Asimismo, en su forma vegetal, se preparan también aceites o macerados alcohólicos (Bouso, 2019).

Macerados alcohólicos o tinturas. Los macerados alcohólicos o tinturas son preparados donde se prepara la flor seca en alcohol de baja graduación apto para el consumo humano. Se preparan con 40°C (ron whisky) o 20°C (licor de hierbas), durante un mes y luego se filtran para administrar el resultado final dosificando con un gotero. La dosificación dependerá de la concentración de cannabinoides que tuviera la flor, y el tipo de alcohol utilizado. El alcohol de 40° extrae más que el de 20°, por lo que se necesitan menos gotas si utilizamos el de 40°.

Aceites de cannabis. En los últimos años, y con la revolución que ha supuesto el descubrimiento del uso del cannabinoide Cannabidiol de la planta, el CBD, que no es psicoactivo y que sus propiedades sobre todo a nivel terapéutico son múltiples, ha surgido toda una gama de aceites con este extracto que se han popularizado notablemente. En este caso, se debe poner especial atención a la proveniencia de estos aceites, pues no se puede garantizar que su composición sea estrictamente de este cannabidiol, si no es a través de un buen servicio de RDR, es decir, un laboratorio con sus debidas herramientas y equipamiento que te asegure su contenido. En algunos CSC, se garantiza este servicio, pero no es el caso de los aceites que se obtienen del mercado

ilícito, pues son totalmente desaconsejables si no proceden de una persona de nuestra máxima confianza que nos pueda ofrecer seguridad y las indicaciones necesarias para su administración (Bouso, 2019). Estos aceites pueden ser simples macerados en los que la flor seca se cubre con aceite vegetal dentro de un recipiente de vidrio cerrado durante 30 o 40 días en un lugar seco y oscuro, que se debe agitar diariamente, para que una vez pasado el tiempo indicado se filtren y se envasen.

En ocasiones, se hace uso de procesos más complejos donde se utilizan solventes que pueden dejar residuos tóxicos si no se realizan correctamente. Los extractos de la flor se suelen realizar mediante agua, gas o alcoholes, obteniendo una resina más o menos limpia y concentrada en principios activos dependiendo de la materia prima y el solvente utilizado. El extracto resultante se suele diluir en aceite de oliva para poder dosificar con un cuentagotas que podremos administrar de forma oral o sublingual, o que podremos utilizar incluso para preparar alimentos tipo galleta o magdalena por ejemplo, o con cualquier alimento que contenga una parte de grasa o aceite (Bouso, 2019).

Otra forma menos utilizada para ingerir es el extracto seco, que comúnmente se usa para inhalar. El extracto seco no solo contiene cannabinoides, sino también ceras que costarán más de disolver. Pero en este caso no utilizamos solventes que puedan dejar tóxicos. Con el agua a baja temperatura, entre uno y tres grados, agitando la flor sumergida en ella durante unos minutos con hielo y después filtrando el resultado con unas mallas (filtros) especiales conseguiremos tras el secado un extracto seco de cannabis que se conoce comúnmente como *Ice*. El *Ice* y el hachís vienen a ser el mismo producto, diferenciándose por el modo de extracción. En el hachís es mecánica (por apaleo) y se realiza en seco sin agua ni solventes, con la flor secada al sol. Pero sobre todo, la gran diferencia entre estos dos extractos son las impurezas. El hachís será muy complicado disolverlo por completo en aceite o alcohol, mientras que el *Ice* se disuelve fácilmente en aceite de oliva a 80°C y en alcohol de 40°. En ambos casos deberemos decantar el resultado desechando la parte superior y la inferior donde habrán quedado las ceras y las impurezas.

Es importante tener en cuenta que el mayor riesgo existente en estos casos es la procedencia de la flor. Si procede del autocultivo, de un CSC o de una persona de confianza podemos estar seguros, aunque siempre se suele recomendar una inspección ocular para descartar que la flor contenga hongos o moho. Si desconocemos la procedencia de la flor el riesgo de que esta contenga tóxicos es más alto. Asimismo, otro riesgo a tener en cuenta es la dosificación. Si no se ha analizado la flor, ni el producto final, será más complicado determinar la concentración. Por lo que lo más seguro sería comenzar por dosis

muy bajas e ir aumentando en cada toma solo una gota hasta alcanzar el efecto deseado (Bouso, 2019).

En muchos de los talleres que se realizan en los CSC se enseñan estas técnicas de extracción que no están exentas de riesgos. Recomendamos al lector, que si no ha realizado nunca una técnica de este tipo se informe bien con anterioridad, ya que alguna de éstas son de alta peligrosidad, como por ejemplo la extracción con gas o “BHO”.

Por lo anteriormente expuesto se ha considerado necesario hacer hincapié en este asunto, y aconsejamos que tan sólo se lleve a cabo por profesionales y con altas medidas de seguridad. El resto de las técnicas, es importante que las primeras veces se realicen bajo la supervisión de un experto. Nuestro consejo, coloquialmente hablando, es que no te la juegues.

Via cutánea. Esta es otra vía que también es cada vez más usada. De hecho, es la menos problemática si no se usan tóxicos en su composición y resulta muy efectiva en casos de piel atópica, psoriasis, dermatitis, artritis y artrosis. Los receptores CB1 en el sistema nervioso periférico median en el efecto analgésico, sin efecto psicotrópico alguno. No existen muchos estudios al respecto, pero es aquí donde la experiencia empírica de las personas y el conocimiento de que la piel, los músculos, los huesos, y las articulaciones están densamente pobladas de receptores hagan que sea una vía muy prometedora para aliviar problemas de forma local (Bouso, 2019). La extracción se administra sobre la piel en forma de cremas, pomadas o ungüentos. La diferencia entre ellas son sus partes de agua y aceite, o simplemente, la tintura o el oleato (macerado).

Cada día se formulan para la piel productos de mayor calidad combinando diferentes principios activos. La calidad, producción, elementos utilizados y formulación de estos productos de uso tópico son de vital importancia para su efecto y no producir riesgos. Muchos de estos preparados se realizan de forma artesanal, pero hay que tener en cuenta que éstos pueden contener tóxicos, hongos o moho si no se han utilizado los debidos conservantes y/o antioxidantes necesarios para su conservación y estabilización. En el mercado ilícito se pueden encontrar pomadas o ungüentos en base de aceite de oliva y cera de abeja que lo suelen conservar bastante bien, pero lo más seguro si se quieren con el cannabidiol THC, es recurrir a un CSC, y en caso del CBD podemos recurrir a los Grows, Herbolarios, e incluso farmacias (Bouso, 2019).

Se aconseja que se compruebe la composición, por tal de evitar que sea un extracto que no sea puro. Se debe intentar garantizar que los ingredientes sean de procedencia ecológica y en la medida de lo posible de origen vegetal.

Para ello, es aconsejable prestar mucha atención a la cantidad de los principios activos que contienen.

Vía anal y vaginal. Aunque es muy poco observada, si se han dado casos en servicios de RDR que por requerimiento de la patología y a petición del médico se han preparado supositorios anales y vaginales (endometriosis y cáncer de colon). Su formulación es sencilla, aceite de coco y el extracto en la cantidad necesaria, mezclados y a baja temperatura, se vierten en el molde del supositorio y se guardan en la nevera envasado hasta su uso. Controlando las dosis y la procedencia del producto y extracto también es una vía segura exceptuando por las mucosas de la vagina, por lo que antes de usar esta vía deberíamos consultar con el médico (Bouso, 2019).

Vía intravenosa. Esta vía de consumo no suele ser observada ni en los clubes sociales cannábicos ni suele ser muy común, aunque su existencia queda exclusivamente reservada al campo de la investigación (Bouso, 2019).

5.3. Algunos consejos si se va a experimentar por primera vez con cannabis

- Hacer un uso responsable y racional.
- No aceptar sustancias de desconocidos. Si es de procedencia del mercado ilícito por lo menos que sea una persona de confianza.
- Consumir con personas de confianza. Si es posible, con experiencia previa y en un lugar seguro, pues de ello dependerá mayormente que se tenga una experiencia placentera o no.
- Conseguir la sustancia de un lugar de confianza, a poder ser de un club social cannábico. Informarse de su potencia, efecto, duración del efecto, variedad...
- Tomar dosis bajas y esperar a sentir los efectos, evitando así tomar una dosis elevada que cause malestar.
- Procurar que el consumo se produzca en un lugar tranquilo y seguro, tanto si se hace acompañado, como si se hace a solas.
- Limpiar bien la parafernalia que se utilice y todavía más si se comparte.
- Seguir estos consejos puede ser la diferencia entre obtener una experiencia satisfactoria o no.

En caso de que no se haya seguido los consejos y se tenga una mala experiencia se debe tratar de no entrar en pánico, intentar llamar a emergencias y

buscar un lugar tranquilo. Beber agua, comer y tranquilizarse. En poco tiempo pasará si ha cesado el consumo.

6. Estrategias de reducción de riesgos y daños en los clubes sociales de cannabis

Esta última parte del capítulo reúne algunas de las orientaciones comentadas anteriormente en materia de reducción de riesgos y daños, así como algunas reflexiones más sobre el papel que los CSC asumen en esta cuestión.

Los CSC son espacios, como ya hemos mencionado anteriormente, que fomentan a través del empoderamiento de sus usuarios, toda una realidad sociocultural en torno al conocimiento de las propiedades, usos, políticas y derechos en torno a la planta. Muchos de ellos tratan de realizar estudios dirigidos al estudio de la planta, sus cannabinoides, y cómo éstos pueden conllevar a mejorar la calidad de vida de las personas. Es por ello que muchos CSC abogan por definir el estudio de la planta como uno de sus principales objetivos para fomentar la reducción de riesgos de su uso. Hay algunos CSC que incluyen en sus estatutos apartados específicos de estos estudios, como veremos más adelante en el caso de la asociación Terapéuticas Hierbas de Castelló. En esta línea, nos gustaría resaltar que algunos CSC tratan de mantener el contacto con grupos de profesionales cualificados, universidades y comunidades científicas, y en su caso, asistir y ser partícipes y organizadores de seminarios, conferencias y congresos en torno al cannabis.

6.1. La delimitación de socios/as en la asociación

Una norma estricta en la conformación de los CSC, es que se componga de grupos de personas mayores de edad, en algunos casos mayores de 21 años, de entre 100 y 300 socios, y en algunos casos la cifra puede ser mayor, ya que esto dependerá de la decisión de la asamblea general y la capacidad de la asociación de abastecimiento a sus personas asociadas. Es condición indispensable que sean personas consumidoras previas y que sean avaladas por una persona ya asociada, aunque quedan exentas a esta norma las personas usuarias terapéuticas. Para evaluar esta condición del usuario se suele realizar una entrevista previa con el servicio de Prevención de Riesgos de la misma asociación, que tras informar a la persona y resolver sus dudas, gestiona la consulta médica rigurosamente.

6.2. *El control del cultivo*

La trazabilidad y el modo de cultivo que cumpla las normas del organismo *Good Manufacturing Practices* (G.M.P.) es básicamente uno de las principales premisas en los CSC. La asociación contrata a cultivadores especializados a los cuáles proporcionan lugares para el cultivo, así como los materiales, semillas, abonos, sustratos, etc. Se controla, de este modo, todo el proceso: desde la germinación semilla, cultivo, procesado, envasado, hasta el momento que la persona dispensa el producto final.

6.3. *El control del consumo*

Como se ha explicado anteriormente, las personas ponen en conocimiento de la asociación, mediante el contrato de previsión, la cantidad necesaria para su uso personal. Estos contratos de previsión no superan los dos o tres gramos de flor diarios. Exceptuando los usos medicinales. Son contratos trimestrales que la persona usuaria controla según sus necesidades.

6.4. *El servicio de reducción de riesgos*

Aunque se haya dejado para el último punto, no es el menos importante, pues más bien consideramos que debería ser el principal eje de toda política social en torno a los consumos de drogas. Este servicio es el que debe velar porque se cumplan todos los anteriores, convirtiéndose en un órgano interno de control.

El servicio de Reducción de Riesgos es el que realiza una entrevista inicial con las nuevas personas asociadas con el fin de resolver dudas, informar y detectar posibles problemas, tanto con la persona, como con su consumo. Este servicio debe mantenerse actualizado e informado, por lo que la propia asociación ha de promover y favorecer la constante formación de las personas encargadas de gestionarlo. Se encarga de la gestión de la consulta con el médico si las personas quieren hacer un uso medicinal, además de acompañar a la persona durante todo el proceso de adaptación y debe tener la capacidad de resolver las posibles dudas que puedan presentar las personas socias. Asimismo, debe tener la capacidad de detectar problemas de conducta y/o consumo, es por ello que a menudo se realizan talleres enfocados a la RDR en el consumo.

Dicho servicio debe velar por la salud de las personas socias y la seguridad de las sustancias que produce la asociación mediante las comprobaciones y

análisis pertinentes. De la misma manera éste debe evitar mensajes de abuso y favorecer los de autocontrol mediante dichas charlas y talleres, facilitando herramientas para el control de consumo y abuso, como pueden ser: el DSM-IV, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales versión IV de la Asociación de Psiquiatría Americana, o las preguntas que podemos encontrar en la Guía del Uso Racional de las Drogas (Amigó et al, 2017).

La reducción de riesgos debe intentar garantizar, de forma individualizada, que se lleve a cabo un acompañamiento a la persona socia con el fin de proporcionarle las herramientas pertinentes para la reducción de su consumo, o en su caso, para determinar un uso problemático de la sustancia. Es por ello que consideramos que los CSC son espacios idóneos que sirven de herramienta para la reducción de riesgos y posibles daños asociados al uso de esta planta.

Por otro lado, queremos hacer un breve e importante inciso en los riesgos laborales a los que se ven expuestos las personas que trabajan y forman parte del equipo de los CSC. Los CSC deberían velar por la seguridad de los trabajadores que están al servicio de la asociación, legalmente contratados y protegidos ante la ley. En este sentido, son poco conocidas las iniciativas que han trabajado en la constitución de sindicatos que representan y garantizan los derechos de los trabajadores de los CSC. Éste, de hecho, consideramos debería ser un objetivo principal e imprescindible a tener en cuenta cuando se considera una regulación del modelo social de los CSC.

7. Covid-19 y los CSC

Las asociaciones de personas usuarias de cannabis no han sido ajenas a las medidas de seguridad que se han adoptado en el estado español debido a la pandemia provocada por la COVID-19, incluso a muchas de ellas les ha supuesto el cierre durante el confinamiento. Desde los servicios de RDR se han estado emitiendo las instrucciones y medidas pertinentes que adoptar en cada momento, según indicaciones de las autoridades sanitarias, por tal de garantizar la actividad de los CSC.

7.1. Recomendaciones para asociaciones y espacios de consumo

Las siguientes recomendaciones han sido desarrolladas por CON-FAC (2020-2021):

- Controlar la afluencia de socios al local. Incluso en personas usuarias terapéuticas de riesgo se recomienda reparto a domicilio.
- Cerrar la sala de consumo o minimizar su uso.
- Garantizar la desinfección e higiene de los espacios comunes.
- Utilización de material sanitario para preservar la higiene, guantes, mascarillas adecuadas y material de desinfección.
- Retirar todos los objetos de uso común. Los de uso indispensable uso se debe intentar desinfectar en cada uso: pomos de puertas, tiradores, etc.
- Garantizar el trabajo que sea posible por vía on-line.
- Las asociaciones que detecten un foco deben cerrar de manera cautelar para pasar la pertinente cuarentena y desinfección.

7.2. Recomendaciones para las personas usuarias

- No quedarse en los espacios de consumo. Hacerlo de forma individual.
- Si el aforo permite más de una persona, situarse a más de un metro de distancia.
- Evitar todo contacto físico: sobre todo, poner atención en el saludo.
- No compartir útiles o parafernalia para consumo.

Medidas de prevención y precaución para el autocultivo doméstico de cannabis

Protección para la planta, quien
la cultiva y quien la usa

Montoro, R.

Medidas de prevención y precaución para el autocultivo doméstico de cannabis

Protección para la planta, quien la cultiva y quien la usa

MONTORO, R.

1. Introducción

La principal ventaja del autocultivo en casa es que sabes lo que lleva la cosecha. Ya sea para tu consumo propio o para un familiar, puedes tener la tranquilidad de que los cogollos que coseches no van a tener nada raro. ¿O sí? Obviamente no les vas a echar nada artificial que haga pesar más el cogollo una vez cosechado, pero si no tienes en cuenta una serie prácticas durante el cultivo, puede que no sean todo lo saludables que pretendes.

En cuanto al cultivo en sí, una planta de marihuana no es muy diferente de otras que puedas tener en tu casa. Tanto si pones una autoflorecente en tu sala de estar, como si te decides por unas cuantas macetas en interior o en tu terraza, cuídalas igual que cualquier otra planta que tengas. En este caso, puedes ir directamente a los puntos sobre los medios y las técnicas de cultivo. Si no tienes experiencia con plantas, lo más sencillo es que empieces con una autoflorecente y te dejes aconsejar en tu growshop por variedades resistentes. No tendrás que preocuparte por la luz y verás que cultivar tu propia planta de cannabis es mucho más fácil de lo que parece. Ahora bien, si decides cultivar de forma intensiva en un armario de cultivo o similar, tendrás que tener en cuenta algunos aspectos adicionales para evitar tener accidentes. En un armario de cultivo estás creando un ambiente artificial y eso conlleva forzar ciertos elementos como la iluminación, ventilación y humedad que conviene controlar.

2. Electricidad

Antes de comenzar a montar tu armario, planifica bien el lugar donde lo vas a poner. Ten en cuenta que vas a necesitar enchufar varios elementos para tu

cultivo. Lámpara, entrada y salida de aire, ventiladores... todo esto necesita de conexión eléctrica. Además, hay momentos en los que todo está en funcionamiento a la vez, por lo que se puede originar una sobrecarga eléctrica y causar un sobrecalentamiento de los mecanismos eléctricos, con el consiguiente riesgo de incendio. Una buena (subrayo lo de *buena*) regleta con interruptores puede ser suficiente, pero si puedes, te recomiendo que inviertas tiempo y dinero en montar una buena instalación eléctrica y evitarás sustos.

Ahora toca meterse en el armario. Seguro que en algún momento has visto una escena en una película donde cae un secador de pelo enchufado dentro de una bañera llena donde se está relajando el protagonista. Esto, si eres Mel Gibson, te ayudará a escuchar qué piensan las mujeres, pero te aseguro que las consecuencias reales son mucho peores. La electricidad y el agua no son buenos compañeros. Por esto, lo primero que debes hacer al montar tu armario es asegurarte de que todas las conexiones están bien protegidas ante la humedad y las salpicaduras (te recuerdo que vas a cultivar plantas ahí dentro y que las tendrás que regar). Y por supuesto, si la lámpara que utilizas necesita un balasto, ¡instálalo fuera del armario!

3. Humedad

El espacio interior de un armario es un entorno húmedo, cálido y con luz. Eso, aparte de ser un buen ambiente para el crecimiento de tus plantas de cannabis, supone un excelente lugar para la proliferación de hongos. Y aunque no perjudiquen directamente a tus plantas, no querrás que esporas de *Aspergillus*, *Cladosporium* o *Penicilium* acaben en tus cogollos. Esto no solo les daría un sabor “raro”, sino que pueden ocasionar serios problemas de salud a las personas que consuman este cannabis.

Los materiales de los armarios de cultivo comerciales son muy buenos para prevenir la aparición de hongos. Si en cambio has montado un cuarto de cultivo aprovechando un espacio no usado en casa, como un desván, un sótano o un trastero, asegúrate de que las superficies son fácilmente lavables. Evita maderas, cartones y cualquier material poroso donde puedan asentarse colonias de hongos. Si puedes, pinta todas las superficies con pintura lavable, incluso si vas a colocar papel reflectante sobre ellas.

En cualquier caso, limpia todas las superficies cada vez que termines un cultivo. No hace falta nada extraordinario, con agua y un desinfectante tradicional es más que suficiente. También existen multitud de productos antihongos en cualquier ferretería o tienda de bricolaje.

Durante el cultivo, es indispensable mantener una buena renovación del aire. Esto no solo es bueno para el desarrollo de las plantas, sino también para evitar precisamente la proliferación de los hongos de humedad. Asegúrate que la entrada de aire sea de un lugar limpio. De nada sirve mantener un cuarto de cultivo impoluto, si el aire que entra viene de una zona cargada de esporas de hongos. ¿Huele a humedad? Pues entonces no envíes ese aire a tu cuarto de cultivo. Esto mismo sirve para el lugar donde pongas a secar los cogollos una vez cosechados.

4. Medios de cultivo

Una vez ya tienes el lugar de cultivo acondicionado y las conexiones eléctricas aseguradas, llega el momento de empezar a cultivar. Para ello es importante prestar atención a qué medios utilizas para hacer crecer y florecer tus plantas.

4.1. Semillas y esquejes

Lo más importante a la hora de empezar a cultivar es saber qué variedad vas a poner. Es fundamental elegir aquella variedad que te aporte lo que vas buscando. No todo el cannabis es igual y debes conocer qué estás cultivando. Rechaza semillas y esquejes que no sepas de dónde vienen, ni qué variedad son. No solo te puedes encontrar con efectos totalmente inesperados u opuestos a los que buscas, sino que incluso hay grandes diferencias morfológicas entre unas plantas y otras. Hay mucha información en internet sobre las variedades, su cultivo, los cannabinoides que producen y los efectos que causan. Infórmate bien antes de decidir qué variedad o variedades vas a cultivar y no te dejes llevar por “unas semillas que me he encontrado”.

Si vas a utilizar esquejes ya enraizados, hazlo de fuentes que te den cierta seguridad. Ten en cuenta que pueden llevar consigo hongos e insectos que afectarán a tus plantas durante el cultivo.

4.2. Macetas

En general, evita utilizar recipientes que hayan contenido productos químicos, por ejemplo cubos de pintura o de aceites minerales. Pueden quedar residuos tóxicos en los materiales de estos recipientes que estarán en contacto directo con las raíces de las plantas y que acabarían en los cogollos.

Si vas a poner una planta autofloreciente en tu salón, elige una maceta que te guste. Piensa que la vas a estar viendo continuamente y que la podrás utilizar para muchos cultivos. Dependiendo de la variedad de planta que elijas, deberá ser más o menos grande. En general, con una de 25 a 30 cm de diámetro cubrirás casi cualquier tipo. Las macetas de autorriego son algo más caras que una convencional, pero para este tipo de cultivo son las más adecuadas. Tienen un depósito de agua en el fondo y así se mantiene el sustrato con la correcta humedad durante semanas. También evitarás que el exceso de agua acabe por el suelo de tu salón. Planta autofloreciente y autorriego es la combinación más fácil para tener plantas dentro de casa. Al ser autoflorecientes, no te tienes que preocupar por las horas que están las luces encendidas, ya que floreceran y formarán cogollos independientemente de la luz que reciban tras unas semanas de cultivo según la variedad. En cualquier caso, ten en cuenta que vas a tener que realizar labores de cultivo a la planta y que eso requiere que puedas o bien moverte tú alrededor de la planta con comodidad, o mover la planta, y que maceta, más sustrato, más agua, más planta puede pesar bastante. Por tanto, si crees que vas a tener que moverla, piensa en tu espalda y coloca bajo la maceta una base con ruedas.

En el exterior vale más o menos lo mismo. Quizás en terraza te decantes por plantas fotodependientes que suelen alcanzar un mayor tamaño. En este caso, deberás elegir macetas más grandes. Y del mismo modo que en interiores debes tener en cuenta la ubicación o posibilidad de moverlas para las labores de cultivo, aquí además tendrás que tener en cuenta la potencial contaminación lumínica, en el caso de plantas fotodependientes y la necesidad o no de mover las macetas con un tamaño ya considerable de planta cuando tengan que pasar a floración.

Si cultivas en un cuarto de cultivo o armario, entran en juego otra serie de factores y cobran mayor relevancia las cuestiones prácticas y algo menos las estéticas (aunque éstas siempre hay que cuidarlas). Elige macetas que te permitan aprovechar el espacio que tienes disponible y que no pesen demasiado para poder manejarlas durante el cultivo.

Quiero abrir un pequeño paréntesis en cuanto al color de las macetas. Durante el tiempo que llevo cultivando he leído y escuchado multitud de opiniones sobre la influencia del color de la maceta en el desarrollo y calidad de la planta de cannabis. Todo esto tiene un fundamento técnico, dado que una maceta negra al sol se calienta más que una de color blanco y que la temperatura del sustrato incide en el desarrollo de las raíces y éste en el de la planta. Pero no pasemos por alto que estamos cultivando en casa y que no se pretende realizar un cultivo profesional intensivo donde éste es uno de los múltiples

aspectos a tener en cuenta para asegurar una máxima cosecha. En casa no vamos a poder controlar todos estos aspectos, con lo que no nos volvamos locos con el color de la maceta y elijamos una que nos guste para el lugar donde la vamos a colocar.

4.3. Sustrato

El sustrato es donde se va a desarrollar todo el sistema radicular de las plantas. Resumiendo mucho, es donde se almacenan agua y nutrientes para que estén disponibles para la planta. Es fundamental utilizar un buen sustrato de cultivo, ya sea orgánico (turba, fibra de coco) o inorgánico (lana de roca, arcilla expandida). En el caso de los sustratos inorgánicos, elige aquellos destinados al cultivo y en ningún caso los dedicados a la construcción que pueden contener elementos tóxicos que potencialmente pueden pasar a las plantas. Este tipo de sustratos requieren de una puesta a punto previa al cultivo que repercutirá directamente en la calidad de las plantas. Los sustratos orgánicos son de manejo más fácil para no-profesionales, dado que tamponan y corrigen los potenciales errores que se pueden cometer, sobre todo con la fertilización o falta de riego. A la hora de elegir un sustrato, rechaza todo aquel que esté caliente aún cuando no haya estado expuesto al sol directamente, esto es un síntoma claro de que el sustrato no está correctamente estabilizado y utilizará el nitrógeno disponible para seguir con el proceso de compostaje incluso durante el cultivo, dejando a tus plantas sin este nutriente básico. Tampoco uses ningún sustrato que huela mal. Esto es una señal de que o bien no está compostado, con los problemas explicados antes, o de que contiene residuos sólidos urbanos, con el gran riesgo de que existan elementos tóxicos para las plantas e incluso para el cannabis cultivado en este sustrato. En general, si no meterías tus manos sin guantes en un sustrato o no te lo acercarías a la nariz, no lo uses para tus plantas.

Si no has tenido ningún problema de hongos o insectos en las raíces, caracoles o babosas durante el cultivo, puedes reutilizar el sustrato. En el caso de los orgánicos, es bueno incorporar sustrato nuevo para regenerar la flora microbiana. Limpia bien la arcilla expandida con agua y elimina todos los restos de raíces antes de reutilizarla. La lana de roca no se puede reutilizar.

En el caso de que cultives en suelo, no lo hagas en tierra que sospeches que pueda tener residuos de vertidos industriales o escombros. Si tienes un jardín o huerto y el resto de plantas crecen sanas, puedes estar seguro de que tus plantas de cannabis también lo harán.

4.4. Agua de riego

Salvo que utilices agua de un pozo sin analizar o de un acuífero proveniente de entornos industriales o de agricultura intensiva, no hay mucho de qué preocuparse desde el punto de vista de riesgos para la salud. Si tienes sospechas de que pueda haber algún vertido incontrolado en el agua, no la uses para tus plantas. Los potenciales residuos pueden acabar en los cogollos y luego en tu organismo.

En cuanto al cultivo, las aguas muy cloradas pueden tener efectos negativos en el desarrollo de las plantas. Aparte de esto, cualquier agua potable puede ser apta para regar tus plantas.

4.5. Fertilizantes

Al igual que comentaba en el apartado sobre los sustratos, un fertilizante orgánico listo para ser usado no debe oler mal, ni estar caliente. Ésto significaría que la materia orgánica no está estabilizada o tiene un origen no deseado. En el caso de que prepares tu propio compost, utiliza solamente material vegetal y residuos del hogar. En ningún caso añadas a la compostera las deposiciones de tus mascotas, por muy orgánicas que te parezcan.

Con los fertilizantes minerales, debes tener en cuenta que están disponibles para la planta tan pronto como los eches con el agua de riego. Esto quiere decir, que si te pasas de dosis, puedes “quemar” tus plantas por exceso de abonado. Es mejor abonar poco y muchas veces, que mucho de una sola vez.

Ciertos fertilizantes se pueden aplicar pulverizándolos en las hojas. En este caso, utiliza un pulverizador diferente del que utilices para aplicar tratamientos fitosanitarios.

No pulverices nada sobre flores y cogollos. Pueden quedar restos que después acabarán en tu cuerpo cuando los consumas.

5. Técnicas de cultivo

Durante las diferentes etapas del cultivo, conviene seguir una serie de medidas de precaución para asegurar una buena salud de las plantas y evitar accidentes.

5.1. Manejo Dentro del Armario de Cultivo

Cuando tengas que realizar cualquier labor de cultivo dentro del armario, presta especial atención a la lámpara. No mires directamente a la bombilla pues te puede ocasionar daños en los ojos. Si utilizas lámparas de sodio, halogenuros o lec, ten en cuenta también que pueden estar muy calientes y te pueden causar quemaduras si acercas partes de tu cuerpo a ellas. No serías la primera persona que se quema una oreja moviendo las plantas dentro del armario.

Ten especial cuidado a la hora de regar o de pulverizar tus plantas, evitando salpicaduras en las conexiones y aparatos eléctricos.

5.2. Poda

Las herramientas de cultivo son uno de los principales agentes transmisores de hongos para tus plantas. Presta especial atención a las tijeras de poda. Mantenlas limpias y afiladas para evitar propagar enfermedades y hacer cortes irregulares a la hora de podar. Una tijeras en buen estado te ayudarán a podar más fácilmente y reducirás mucho el riesgo de cortes en los dedos. Límpialas después de cada uso con alcohol.

Es también una buena práctica emplear guantes finos de jardinería para realizar cualquier labor de cultivo. Te protegerán de pequeños cortes y lesiones, así como de ensuciarte las manos.

5.3. Control de Plagas y Enfermedades, Labores Preventivas

Insectos. En cannabis, puedes tener tres tipos de problemas causados por insectos, en las raíces (mosca del sustrato), en las hojas (pulgonos, mosca blanca, thrips...) o en los cogollos (orugas, araña roja).

La mosca del sustrato ataca las raíces y se alimenta de materia orgánica en descomposición, este es uno de los motivos por los que es tan importante elegir un buen sustrato que esté correctamente compostado. También hay que evitar exceso de humedad y encharcamientos, ya que este ambiente favorece la proliferación de este insecto. En cultivos directamente en suelo, no suele aparecer esta plaga a no ser que se utilicen fertilizantes orgánicos que no estén bien compostados.

Para los insectos de las hojas, los voladores como la mosca blanca y los thrips, los puedes controlar fácilmente colocando en el armario o cerca de tus

plantas en exterior placas cromotrópicas o cromáticas. Estas placas atraen a los insectos por su color, que se quedan pegados a la superficie adhesiva de la misma placa. Existen algunas que además incorporan atrayentes específicos (feromonas o aromas alimenticios) que aumentan su eficacia. Las placas cromotrópicas se utilizan en agricultura como alerta para detectar la plaga antes de que cause daños en el cultivo y realizar entonces el tratamiento fitosanitario. En nuestro caso, si en lugar de colocar 3 placas por hectárea como en agricultura, ponemos un par en el armario o cada 2 plantas en exterior, lo que conseguimos es controlar la plaga. Las de color amarillo capturan mosca blanca y pulgones alados, además te servirán para detectar la mosca del sustrato. Para controlar los thrips, coloca placas azules.

Controla la presencia de hormigas, pese a que no son una plaga directa, pueden introducir pulgones no alados en tus plantas. A las hormigas les encanta la melaza que excretan los pulgones y son capaces de montar sus granjas en tus plantas para tener un suministro continuado de este alimento para ellas. Si sueles tener presencia de hormigas en la zona donde cultivas, puedes espolvorear tierra de diatomeas alrededor de las plantas. Esto evitará que las hormigas trepen por tus plantas y lleven los pulgones. La tierra de diatomeas te ayudará también a evitar que caracoles y babosas ataquen las plantas.

La araña roja puede aparecer a lo largo de todo el cultivo, pero es en floración cuando es más problemático. Prefieren ambientes secos y cálidos, por lo que pueden aparecer en los meses de verano y sobre todo dentro de los armarios de cultivo. Es fundamental mantener una buena aireación y ventilación dentro del armario. En cuanto veas telas de araña en tus plantas, rocíalas con agua fría, así serán más visibles y te ayudará a retirarlas manualmente. Si ya tienes ya cogollos formados, no los rocíes con agua pues podrías provocar pudriciones. Intenta retirar las telarañas sin manosear demasiado los cogollos para no llevarte mucha resina en los dedos. Las arañas se alimentan de la savia de las plantas, por lo que una vez cosechadas, desaparecerán casi por arte de magia.

Las orugas son uno de los mayores problemas que te pueden surgir en el cultivo, sobre todo en floración. Además, son muy difíciles de prevenir, ya que los adultos son mariposas marrones de hábitos nocturnos y colocarán los huevos en cualquier momento del cultivo. Una vez eclosionan los huevos y las orugas empiezan a alimentarse, verás sus excrementos en hojas y alrededor de las plantas – pequeñas bolitas negras. Si agitas ligeramente las plantas, caerán más excrementos y restos de hojas. Si esto es así y te pasa con cogollos ya formados, tienes un grave problema. No solamente dañan los cogollos, sino que también originan pudriciones causadas por botrytis. Lo mejor que puedes

hacer en este caso es coger las tijeras de poda y eliminar todos los cogollos que veas afectados, así como eliminar manualmente toda oruga que encuentres.

Enfermedades causadas por hongos (fusarium, botrytis, oidio). Principalmente, hay tres hongos causantes de enfermedades en las plantas de cannabis. El Fusarium, que afecta a raíces y tallo, el Oidio, que afecta a hojas y cogollos, y la Botrytis, que es especialmente dañina en los cogollos. La principal tarea de prevención para evitar estas enfermedades en tus plantas es la limpieza y una correcta ventilación entre las plantas. Si tienes mucha densidad de hojas en tu armario de cultivo, es buena idea podar unas cuantas para que el aire circule y no se acumule humedad. Si tienes ventiladores dentro del armario, desconéctalos para evitar que esparzan partes y esporas de los hongos por todas las plantas. Aparta cualquier planta que veas afectada tan pronto como detectes los primeros síntomas y poda drásticamente las partes afectadas. Es mejor desechar plantas enteras, que ver como el hongo va pasando de una planta a otra. Si las plantas están en fase vegetativa, puedes hacer un tratamiento fitosanitario. Una vez en floración evita cualquier tratamiento. Poda con cuidado de no esparcir las esporas de los hongos toda flor o cogollo que veas afectado y deséchalo. Después de la poda, desinfecta con alcohol las tijeras y utensilios que hayas usado.

Tanto Oidio, como Botrytis pueden resultar muy perjudiciales para tu salud, tanto inhalado, como si haces cualquier tipo de extracción. Por tanto no utilices ningún cogollo que sospeches que pueda estar afectado por estos dos hongos.

Después de un cultivo donde hayas tenido cualquier problema de hongos, limpia y desinfecta con alcohol el armario y todos los materiales que hayas empleado. No reutilices el sustrato.

Control de plagas y enfermedades – tratamientos fitosanitarios. Actualmente no existe en España ningún producto fitosanitario registrado para la aplicación en cannabis en uso no-profesional. Esto significa que no hay ensayos sobre la eficacia, ni la toxicidad para las plantas de cannabis, y mucho menos de los potenciales residuos que pueden quedar en la planta y el tiempo en el que la planta metaboliza y elimina estos residuos. Sí hay productos autorizados como “usos menores” para cáñamo destinado a agricultores profesionales. Esta autorización excepcional se realiza extrapolando datos de otros cultivos y sobre todo teniendo en cuenta el uso industrial del cáñamo como fibra. Además, estos productos están destinados al uso profesional y no deben ser utilizados por cultivadores domésticos.

Como norma general, evita cualquier fitosanitario que sea sistémico. Este tipo de fitosanitarios penetran en la planta y se distribuyen por ella. Esto es muy conveniente para alcanzar todos los insectos u hongos, pero también significa que pueden quedar residuos de ingrediente activo en la planta. Normalmente, en usos registrados se comprueba el tiempo que permanecen los ingredientes activos en la planta, por lo que el uso de fitosanitarios sistémicos en cultivos registrados es seguro. Pero dado que no hay registros específicos para el cannabis, estos ensayos no están hechos, por lo que no podemos saber el periodo de seguridad entre el tratamiento y la cosecha.

En el caso de fitosanitarios de contacto, éstos no penetran en la planta, sino que atacan directamente el insecto o el hongo sobre el que se aplica. Por tanto, podemos estar más tranquilos de que no quedarán residuos en la planta pasados unos días.

En cualquier caso, evita aplicar fitosanitarios en periodo de floración y mucho menos cuando empiecen a formarse los cogollos. Es mejor cortar las partes afectadas y perder parte de la cosecha, que contaminarse después por los residuos de fitosanitarios.

Una vez tenido en cuenta todo lo anterior y partiendo de la base de que todos los productos fitosanitarios autorizados para uso no-profesional son seguros para el aplicador y el entorno, conviene seguir una serie de medidas básicas de precaución a la hora de la preparación y aplicación del tratamiento. Lee atentamente las indicaciones del etiquetado del producto y sigue todas las medidas de precaución propuestas. No fumes, ni bebas, ni comas durante la preparación y aplicación del producto. No apliques si hace viento o llueve, así como con temperaturas muy elevadas. Prepara únicamente la cantidad de producto que vayas a utilizar en ese momento. Si te sobra, no lo viertas en las fuentes de agua o alcantarillado. Guarda los productos en su envase original en lugares ventilados y alejados del alcance de menores y animales.

Cosecha y secado. Durante la cosecha, presta especial atención a no manosear demasiado los cogollos. Aparte de romper tricomas y llevarte parte de la resina en tus dedos, puedes introducir hongos que produzcan pudriciones durante el secado. Como siempre, usa unas tijeras limpias y bien afiladas, que evitarán que te hagas cortes.

El secado es fundamental que se realice en un entorno limpio. Puedes usar una caja-armario de cartón, como las que se utilizan en las mudanzas, o cualquier sitio bien ventilado. Si vas a usar el armario de cultivo, límpialo bien de restos de cultivo, sustrato, etc. antes de poner las plantas a secar.

Poscosecha – almacenaje. Una vez ya tienes los cogollos secos, la mejor forma de guardarlos es en botes de cristal con tapa. Identifica cada recipiente con la variedad que contiene, Es muy importante que los cogollos estén lo suficientemente secos para evitar pudriciones durante el almacenaje. Si tienes duda, ábrelos una vez a la semana y comprueba si están blandos y húmedos. Si es así, deja el bote abierto unos días. Almacénalos al abrigo de temperaturas extremas y de la luz directa. No debes consumir cogollos que presentes signos de pudrición. Recuerda, si huele a humedad, hay hongos.

6. Uso / consumo

Tanto si los cogollos van a ser consumidos inhalados, como si los vas a procesar para hacer extractos, la limpieza es fundamental. Mantén las superficies donde manipules los cogollos limpias y ordenadas.

6.1. Inhalado, vapeadores de hierba seca

Los vapeadores de hierba seca acumulan restos de resina muy pegajosos tanto en la cazoleta, como por donde pasa el vapor. Limpia el vapeador de forma regular con bastoncillos de algodón y alcohol etílico. Déjalo secar bien antes de volver a usarlo.

6.2. Aceites – extractos

Sea cual sea el método que utilices para elaborar extractos, la limpieza y el orden es fundamental. Usa materiales no porosos y fáciles de limpiar. En el caso de que utilices solventes o gas, asegúrate de que el lugar esté bien ventilado y que no hay riesgo de chispas. No fumes durante todo el proceso. Asegúrate de que no queda ningún resto de solvente o gas en el extracto final.

Para guardar extractos concentrados, puedes utilizar jeringuillas estériles desechables con tapón. Evita las jeringuillas con aguja o tapar el orificio de la jeringuilla con un palillo o similar. En el caso de aceites diluidos, utiliza botes de vidrio transparentes con cuentagotas. Mantenlos alejados de temperaturas extremas y de exposición directa al sol.

Hay múltiples factores que inciden en el contenido en cannabinoides de los cogollos, tanto durante el cultivo, como durante la extracción. Por tanto,

no asumas de inicio que los contenidos mencionados en la comunicación comercial de las semillas son los que obtendrás al final del cultivo y mucho menos los del extracto. Siempre que sea posible, envía una muestra del extracto a analizar el contenido de cannabinoides. Esto te permitirá comprobar no solo el contenido en cannabinoides, sino también si los procesos de extracción y descarboxilación han sido correctos. Con esta información podrás preparar las mezclas y dosis adecuadas para el uso que se le quiera dar al extracto. Existen asociaciones e instituciones que pueden facilitar la realización de estos análisis de cannabinoides.

7. Conclusión

Como ves, hay bastantes aspectos a tener en cuenta a la hora de cultivar cannabis en casa. Puede parecer abrumador, pero es necesario considerar todos los riesgos para conseguir que el cultivo y uso del cannabis a nivel doméstico sea una experiencia totalmente satisfactoria y libre de sustos.

Cannabis y Derecho

Una aproximación jurídica para la reducción
de riesgos

**Moreno i Tarín, A.
Ayllón i Morata, V.**

Cannabis y Derecho

Una aproximación jurídica para la reducción de riesgos

MORENO I TARÍN, A.

AYLLÓN I MORATA, V.

1. Introducción: el activismo cannábico y la legalidad del cannabis

Podemos definir el activismo como la obstinación o afán con que una persona o una institución tratan de convencer y ganar seguidores o partidarios para una causa o una doctrina. En 1999 se empezaron a vender las primeras semillas de cannabis por primera vez en el Estado español. Son muchas las personas y organizaciones que se han hecho mayores en la lucha por la regularización del sector del cannabis. El activismo ha sido el movimiento generado para sacar al cannabis del mercado negro y llevarlo a la industria legal. Este movimiento es multidisciplinar. Gente de muchos sectores de la sociedad entre los cuales se encuentran también los juristas, ya que el Derecho tiene un especial protagonismo en este activismo. En estos años, este papel nos ha llevado a detenciones, juicios y manifestaciones, pero también nos ha hecho llegar a las puertas del Congreso, y hace poco este mismo movimiento ha llevado a grupos parlamentarios a presentar proposiciones de ley para regular íntegramente los usos del cannabis.

La necesidad de una ley integral sobre cannabis es obvia. La planta del cannabis forma parte de nuestra sociedad desde hace mucho tiempo y, actualmente, se encuentra presente de muchas formas distintas; desde productos textiles hasta medicamentos, pasando por alimentos, complementos alimenticios y, obviamente, su consumo habitual por una parte importante de la sociedad, tanto lúdica como terapéuticamente. Seguro que conoces a más de una persona que usa o consume cannabis de algún modo.

Una realidad tan palpable necesita tener una regulación legal específica por varios motivos:

En primer lugar, la falta de regulación provoca inseguridad jurídica para las personas usuarias. La *seguridad jurídica* es un principio jurídico que se po-

dría traducir como la capacidad de saber con certeza que está permitido y que está prohibido. Ahora mismo, sin una ley clara que lo regule, en el sector cannábico lo que prevalece es precisamente lo contrario: la inseguridad. Esto provoca que la mayoría de las veces no esté claro qué está permitido y qué no, con lo que actuar dentro de la legalidad no es fácil de prever.

En segundo lugar, esta inseguridad jurídica también provoca que la propia Policía, la Fiscalía o los tribunales actúen de modos distintos en función del momento o del lugar. Al no tener una ley específica y clara, la mayoría de veces los conflictos jurídicos se resuelven en base a criterios interpretativos muy amplios, a conceptos muy abstractos y a vacíos legales. Esto provoca una disparidad de interpretaciones que se traduce, por ejemplo, en sentencias contradictorias entre sí o en soluciones jurídicas absurdas. La persona imputada en un procedimiento penal por cannabis se encuentra, muchas veces, a merced de la suerte de que el juzgado o tribunal sean más o menos conocedores y comprensivos con el tema cannábico, no con una ley clara que permita juzgar su caso.

En tercer lugar, necesitamos una ley integral sobre cannabis para que nuestro ordenamiento jurídico esté actualizado. Cuando las leyes están desfasadas o no se ajustan a la realidad se convierten en injustas y hay que actualizarlas. No puede ser que, por ejemplo, la legalidad del cultivo para autoconsumo de cannabis únicamente encuentre su referencia legal más directa en una ley de 1967, ya que el uso del cannabis de hace 70 años nada tiene que ver con el de ahora. Hay que ajustar las leyes a la realidad actual para tener un ordenamiento jurídico útil, moderno y, en consecuencia, más justo.

En cuarto lugar, una regulación integral y moderna del cannabis provocaría que gran parte de su producción, consumo y distribución saliese del mercado ilícito y se regularizase. Esto conlleva beneficios para el conjunto de la sociedad tales como disminución de los índices de criminalidad, creación de puestos de trabajo, recaudación de impuestos, y también beneficios para las personas usuarias tales como posibilidad de adquirir una sustancia con más garantías de calidad y salubridad, sin acudir al mercado ilícito, sin riesgos de sanciones injustas o desproporcionadas, posibilidad de establecer mejores tratamientos médicos, y un largo etcétera.

Es un momento clave. Lo que ocurra próximamente será determinante para el futuro legal del cannabis en el Estado español. Esta situación tiene un doble revés, es decir, una regulación integral de los usos del cannabis tiene que alcanzar los intereses de todo este equipo disciplinar que años atrás ha venido luchando por el reconocimiento de unos derechos. Nadie tiene que quedarse fuera. Así pues, una Ley que no tenga un alcance suficiente sería dejar el trabajo a medias. Debemos tener presente el pasado del cual venimos, oscuro y

opaco, donde todo el colectivo ha tenido que operar en la profunda clandestinidad. Esto debe servirnos de aprendizaje, puesto que un modelo de regularización en el cual no tengan cabida las personas usuarias puede no suponer un avance tal y como esperamos.

Sin embargo, no tenemos que olvidar la fuerte represión a la cual tantos años lleva enfrentándose el sector, y que en los últimos tiempos se ha intensificado notablemente, nunca se ha criminalizado tanto. Nunca hemos tenido tantos procedimientos judiciales, ni tantas detenciones, y es una cuestión que afecta a todo el círculo; grows, bancos de semillas, agricultura de cáñamo industrial, establecimientos de venta de CBD, asociaciones cannábicas, etc.

El momento histórico que estamos viviendo no tiene que hacernos perder el horizonte. Las leyes, como todas, necesitan apoyos, y actualmente estamos viendo cómo este apoyo no es suficiente para llegar a una ley que integre los intereses de todo el colectivo. Hemos llegado hasta aquí gracias al constante activismo, y será este mismo activismo el que haga posible una ley integral por y para todo el sector. Así las cosas, depositando nuestra confianza en el activismo, auguramos cambios no muy lejanos, sin embargo, la política de drogas prohibicionista del Estado español sigue a pleno rendimiento.

En el presente capítulo, llevaremos a cabo un repaso de los actos, acciones o gestos más cotidianos dentro del círculo que se crea en torno al cannabis. A través de su exposición, pretendemos dar un enfoque jurídico encaminado a reducir los riesgos que actualmente están intrínsecamente ligados a los usos del cannabis.

Antes de empezar, resulta apropiado explicar cómo está estructurado el capítulo. Para lo cual hemos seguido el ciclo natural; cultivar para consumir. El primer apartado se encargará de hacer un repaso de todas las particularidades que se encuentran presentes desde que una persona compra una semilla hasta que almacena sus flores ya secas para ser consumidas. Este repaso se acompañará de contenido jurídico, pero también de experiencias personales que ponen de manifiesto, entre otras cosas, el gran desconocimiento de la Administración del Estado español que tiene respecto de esta planta.

Cerraremos el círculo analizando las consecuencias de la clandestinidad y la persecución generalizada a la cual se ven abocados los consumidores.

2. El cultivo para el autoconsumo

Resulta apropiado iniciar este apartado desmitificando una idea que lleva expandiéndose desde hace años en nuestra sociedad. No hay un número de plan-

tas que haga legal su cultivo. Aquello de “me han dicho que cultivar dos plantas es legal” es totalmente falso. En realidad esta afirmación proviene de un pronunciamiento judicial en un proceso por delito contra la salud pública en la que se investigaba a un Club Social Cannábico. Lo que este pronunciamiento manifestó realmente, fue la aceptación de la doctrina del consumo compartido que más tarde trataremos. En cualquier caso, en ninguna norma y/o precepto del ordenamiento jurídico español se permite expresamente el cultivo de cannabis. Por lo que partimos de una clara premisa, el cultivo de cannabis psicoactivo está prohibido.

La norma de referencia es el artículo 368 del Código Penal. Antes de proceder a su análisis, hay que tener en cuenta que este artículo es aplicable a cualquier sustancia, sin embargo, el legislador establece una distinción punitiva entre las *sustancias que causen grave daño a la salud* (cocaína, heroína, anfetaminas, etc.) y *aquellas que no* (cannabis y hachís).

En función de esto, y centrándonos únicamente en el cannabis, el art. 368 C.P. (Código Penal) prevé que aquellos que “ejecuten actos de cultivo, elaboración o tráfico, o de otro modo promuevan, favorezcan o faciliten el consumo ilegal, serán castigados con las penas de prisión de (...) uno a tres años y multa del tanto al duplo (del valor de la droga objeto del delito)”. Este es el punto de partida, como se puede observar, en ningún lugar se establece un determinado número de plantas a partir del cual la actividad pase a ser lícita.

A continuación, analizaremos el origen de esta fiscalización. La norma internacional de referencia por antonomasia es la Convención única de 1961 sobre estupefacientes, que ha sufrido varias modificaciones, como la enmienda de 1972. En suma, también encontramos el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971. O la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988. Estos Convenios componen el actual sistema de fiscalización de drogas, es en este momento en el que se unificó toda la legislación sobre fiscalización de estupefacientes.

Así las cosas, en el Convenio de Sustancias Psicotrópicas de 1971, se incluye únicamente el Δ -9-Tetrahidrocannabinol (THC) en la Lista I. Por lo tanto, hemos de tener claro que la única sustancia fiscalizada del cannabis es el THC. Nada se dice al respecto de los demás cannabinoides (CBD, CBG, CBN, etc.).

La normativa anteriormente nombrada, esto es, los Convenios internacionales, son el origen de la fiscalización de las drogas. Realmente los países han trasladado este derecho internacional a su ordenamiento jurídico interno. Así pues, el Estado español, asumió estos criterios internacionales y los traspuso a su ordenamiento.

Aquí está la clave en términos jurídicos. La actuación del Estado español debería centrarse únicamente en asumir el espíritu de la convención y aplicar rigurosamente lo que en ella se está fiscalizando. Lo contrario supondría que el Estado español está interpretando de una manera distinta un convenio internacional. Y afortunadamente, en la pirámide jurídica siempre estará por encima el derecho internacional, y los Estados firmantes nunca podrán interpretarlo de manera distinta.

Dejando de lado lo anterior, nos centraremos ahora en dejar claro que se entiende por cannabis psicoactivo y fiscalizado. A continuación vamos a exponer una definición extraída de los textos internacionales que nos servirá para poner de relieve, entre otras cosas, la paupérrima interpretación y actuación por parte de los órganos jurisdiccionales españoles.

“Por “cannabis” se entiende las sumidades, floridas o con fruto, de la planta del cannabis (a excepción de las semillas y las hojas no unidas a las sumidades) de las cuales no se ha extraído la resina, cualquiera que sea el nombre con que se las designe.” (*Convención única de 1961 sobre estupefacientes*. Artículo 1.1 b) p. 14).

Para las personas que estamos familiarizados con el cultivo y el consumo de cannabis esta definición no debería suponer nada nuevo. Cannabis es y siempre ha sido, la flor, el cogollo si se prefiere. Nunca nos hemos planteado la opción de consumir las hojas o los tallos que van surgiendo en el periodo vegetativo. Sin embargo, las autoridades españolas y con ello nos referimos también a la Administración de Justicia, no parecen entender que esta situación es así.

En un procedimiento penal por tráfico de drogas (art. 368 C.P.), a la hora de determinar cuánta cantidad de sustancia estupefaciente se ha aprehendido no se hace, de oficio, una expresa separación de partes útiles para el consumo y aquellas que serán desechadas. Es decir, no se separan las flores de las hojas y tallos. Para los órganos judiciales el cannabis es tanto la flor como las hojas, incluso los tallos. Esta práctica ha llevado a sentar en el banquillo a cultivadores que tenían sus plantas únicamente en fase vegetativa. Donde no había flor, solo hoja y tallo. La práctica de todo es cannabis, lleva aparejada otra consecuencia, incrementar notablemente la cantidad de sustancia incautada, lo cual hace aumentar las penas y las multas impuestas. Relacionado con lo anterior, también nos hemos encontrado casos donde se castiga penalmente a cultivadores por plantas que no han alcanzado el grado óptimo de desarrollo para ser consumidas. ¿Os imagináis consumiendo la temprana flor que aparece a principios de floración? Pues eso, según los órganos judiciales, es merecedor también de un reproche penal.

En definitiva, el Estado español es un completo ignorante en estas cuestiones. Falta saber si este desconocimiento ha sido provocado intencionadamente o realmente se debe a la falta de regulación normativa y armonización. En cualquier caso, esta laguna jurídica únicamente perjudica a la persona usuaria y cultivadora.

Ahora bien, hemos partido de un punto de vista donde cualquier acto de cultivo es considerado un ilícito penal. Sin embargo, ahora pondremos de manifiesto aquellas peculiaridades que hacen posible, o al menos difícilmente perseguible, un cultivo de cannabis en un domicilio privado.

Ciertamente cultivar cannabis, un ejemplar, dos o veinticinco es ilegal. Ahora bien, el Estado español no tiene medios ni recursos para perseguir a un ciudadano que cultiva una planta en el patio interior de su casa. Es decir, debemos tener claro el criterio de proporcionalidad. Es bastante poco probable que un Juez autorice una entrada a un domicilio con el único propósito de requisar un número mínimo de plantas, con escasa trascendencia para el bien jurídico protegido, la salud pública, sin una previsible apariencia delictiva. Sin embargo, lógicamente, habrá más preocupación por un cultivo de interior de 500 plantas al cual viene sumado un delito de defraudación del fluido eléctrico. Sobra decir que si tenemos plantas de cannabis en nuestra casa no es recomendable permitir la entrada a los agentes de la autoridad.

Con lo anterior, insistimos, no pretendemos invitar ni asegurar que el cultivo de pocos ejemplares es legal. No lo es. Sin embargo, es muy improbable que sea perseguido dada la escasa entidad del hecho penalmente típico.

Ahora bien, lamentablemente el legislador, conocedor también de esta situación, ha decidido castigar estas cuestiones a través del Derecho Administrativo, una jurisdicción más ágil que el Derecho Penal. Más adelante hablaremos de las conocidas sanciones por tenencia o consumo de estupefacientes. Sin embargo, en la Ley 4/2015, conocida como la “Ley mordaza” se castiga en su artículo 36.18 lo siguiente: “La ejecución de actos de plantación y cultivo ilícitos de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas en lugares visibles al público, cuando no sean constitutivos de infracción penal.” (Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana. BOE-A-2015-3442. Artículo 36.16, p. 21).

Si pretendemos cultivar cannabis para autoconsumo, desde una perspectiva de reducción del riesgo, lo más recomendable es cultivar pocos ejemplares de poco volumen (de nada sirve cultivar solo dos ejemplares y que alcancen los dos metros de altura y nos den una producción cercana al kilo). Lo relevante es que, en conjunto, haya pocas plantas y poca cantidad de sustancia fiscalizada. Lo anterior, acompañado de una apariencia de normalidad, donde no haya sospechas de

que se está traficando supondrá que no se está atacando el bien jurídico protegido, que es la difusión del consumo de drogas. Por supuesto, habrá que evitar que nuestro cultivo sea visible al público. Por público no solo se entiende la vía pública. Si un vecino lo observa desde su balcón también estamos corriendo riesgos.

3. El CBD

La flor del cannabis produce una gran variedad de compuestos químicos, denominados propiamente cannabinoides. Existen una gran cantidad de ellos, y aunque el principal y más conocido sea el THC, en los últimos años se ha popularizado el CBD (cannabidiol), pero hay otros muchos, entre ellos, el CBN (cannabinol), CBDV (cannabidivarin), CBG (cannabigerol) y CBC (cannabicromeno). Uno de los aspectos más relevantes cuando concurren diversos cannabinoides es la proporción en la que estos aparecen en una sustancia, lo que nos permitirá discernir el controvertido tema de si el CBD es legal o puede ser sancionado/imputado por su tenencia, consumo o cultivo.

El CBD parte de ser una sustancia que no altera, que no produce un efecto psicoactivo, sino que más bien tiene potencial terapéutico. El ejemplo más ilustrativo y contundente de esta afirmación es la existencia de varios medicamentos y productos farmacéuticos con contenido en CBD. Así pues, en el Estado español se encuentran aprobados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), por ejemplo, el Epidiolex.

A consecuencia de esta realidad, se establece un tratamiento legal diferente para estas sustancias. Ya hemos hablado antes de los Tratados internacionales de fiscalización. Así pues, el CBD, al no tener el mismo componente ni tener los mismos efectos que el THC no se encuentra fiscalizado de per se en las Listas de los Tratados de Fiscalización de Drogas. Así las cosas, no debería haber ninguna duda, si tenemos una flor que únicamente contiene CBD estamos, a todas luces, ante una sustancia no perseguida por los convenios de drogas.

Ahora bien, la anterior afirmación está lejos de hacerse realidad en el Estado español. En la actualidad, la dinámica de las autoridades judiciales y administrativas es que no hay distinción entre CBD y THC. Es decir, para el Estado español todas las plantas de cannabis están fiscalizadas y prohibidas, independientemente de sus proporciones. Este es el punto de partida. Es más, este criterio que sigue el Estado español viene de pronunciamientos judiciales siendo el más reciente de 2002. Sí, hoy hace 20 años. El argumento más repetido últimamente por la Administración es que el cannabis no deja de serlo porque contenga menos THC.

Sin embargo, por otro lado encontramos pronunciamientos favorables a nivel judicial que vienen a decir que el THC si se presenta en una proporción igual o inferior al 0.2% no es psicoactivo, como por ejemplo, la Audiencia Provincial de Barcelona, en su sentencia n.º 395/2017, de 24 de mayo de 2017 y en su sentencia n.º 1035/2020, de 30 de julio de 2020; la Audiencia Provincial de Tarragona en su sentencia n.º 361/2020 de 19 de julio de 2020 y sentencia 679/2020, de 6 de noviembre de 2020 y la Sentencia 439/2014 del Juzgado de lo contencioso-administrativo Número 3 de Alicante de 26 de Noviembre de 2014.

Si decidimos cultivar en nuestro jardín una variedad con alto porcentaje de CBD, sin duda será equiparada, a nivel administrativo, a cualquier otra variedad con contenido en THC. Solo en un posterior procedimiento judicial, con unas analíticas que demuestren este porcentaje y las proporciones de cannabinoides, se podría discutir acerca de su tipicidad o legalidad. Pero insistimos, un porcentaje de 0.2% sería el único argumento válido, y aún así, ya hemos comentado anteriormente que una de las consecuencias de la falta de regulación es que cada órgano judicial puede o no estimar estas consideraciones, por lo que tampoco se trata de un criterio absoluto. Además, este hecho no evitaría la apertura de un procedimiento penal, ya que como hemos comentado, sería en el transcurso del mismo donde se solicitarían analíticas para determinar qué cannabinoides y en qué porcentajes aparecen, para posteriormente discutir sobre la fiscalización de esos ejemplares en concreto.

Esta situación puede extrapolarse al consumo y la tenencia. Más adelante profundizaremos sobre este tipo de sanciones administrativas, pero podemos dejar claro que el consumo/tenencia de CBD en vía pública es perfectamente sancionable, y de nuevo esto se debe a la falta de regulación, para el Estado español no hay diferencia entre THC y CBD. Unilateralmente las autoridades han decidido que el CBD también está fiscalizado y se han extrapolado a este las limitaciones que venía sufriendo el THC.

Afortunadamente, un procedimiento penal es más garantista que una sanción administrativa, lo cual se traduce en que en una sanción por tenencia, en la práctica, nunca se analizará el porcentaje de toxicidad, simplemente se llevará a cabo un prueba presuntiva de color, donde indicará si hay positivo o negativo en THC.

Insistimos, la clave es la proporción. Si nos aseguramos que el CBD que consumimos no tiene THC estaremos dentro del marco legal. Ahora bien, esto es difícil, ya que el THC se dará sí o sí, en mayor o menor medida, pero existirá. Por tanto, la tenencia y el consumo de CBD será sancionable en tanto en cuanto la sustancia seguirá teniendo un mínimo de THC que será detectado en las posteriores pruebas. De igual forma ocurrirá con las pruebas de detección

de estupefacientes al volante. Si el CBD tiene un pequeño porcentaje de THC, aparecerá como positivo en los resultados de detección salival.

A modo de conclusión, el CBD y el THC es obvio que no tienen los mismos efectos. El THC es el componente psicoactivo de la planta, aquel que está fiscalizado. El CBD al ser una sustancia distinta no está sujeta de forma expresa al mismo régimen de fiscalización. Sin embargo, con la paupérrima normativa actual el Estado español no hace distinción alguna. Si el CBD que consumimos tiene un pequeño porcentaje de THC con total seguridad dará positivo en los análisis de los laboratorios que son utilizados como fundamento para sancionar administrativamente o penalmente. Por el momento, la realidad científica no se encuentra aparejada a la realidad jurídica.

4. Los ‘grow shops’

En algún momento durante nuestra andadura en el sector cannábico cualquier persona usuaria se habrá preguntado sobre la legalidad de los grow shops, esto es, ¿cómo puede ser que cualquier actividad relacionada con el cannabis (cultivar, consumir, poseer) esté tipificada y/o sancionada y existan los Growshops? En un primer momento lo lógico es pensar que si estos establecimientos existen y se encuentran operativos será porque aquello que venden es totalmente legal. Pero claro, aquello que venden son semillas, útiles para el cultivo, secado, consumo etc. El siguiente apartado tendrá por objeto aclarar la legalidad de estos establecimientos.

La delgada línea que separa lo que es trascendente a nivel penal de lo que no es, a efectos jurídicos, muy difusa. La clave está en la percepción o convencimiento de que, efectivamente, va a producirse un delito de tráfico de drogas con su correspondiente difusión del consumo y, con los subsiguientes delitos que puede llevar aparejado este tipo de ilícitos, esto es, organización criminal, blanqueo de capitales, defraudación del fluido eléctrico...

Una técnica que permite llegar a estas conclusiones en la jurisdicción penal es la conocida como prueba de indicios, es decir, a partir de estimar probados unos hechos se puede llegar a deducir razonadamente la certeza o acreditación de otros. Por ejemplo, si acudo a un Growshop y adquiero 300 semillas, cualquier persona familiarizada con el sector coincidirá conmigo al pensar que difícilmente hay detrás una finalidad destinada al autoconsumo. Lo mismo ocurrirá si acudo con una furgoneta a comprar 1000 litros de sustrato. En definitiva, es relativamente sencillo percibir cuando unas adquisiciones en el grow están destinadas al autoconsumo o preordenadas al tráfico de drogas.

Retomando el hilo, analizaremos a continuación lo dispuesto en el artículo 371 del C.P (Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE-A-A1995-25444. p. 139):

“1. El que fabrique, transporte, distribuya, comercie o tenga en su poder equipos, materiales o sustancias enumeradas en el cuadro I y cuadro II de la Convención de Naciones Unidas, hecha en Viena el 20 de diciembre de 1988, sobre el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, y cualesquiera otros productos adicionados al mismo Convenio o que se incluyan en otros futuros Convenios de la misma naturaleza, ratificados por España, a sabiendas de que van a utilizarse en el cultivo, la producción o la fabricación ilícitas de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, o para estos fines, será castigado con la pena de prisión de tres a seis años y multa del tanto al triple del valor de los géneros o efectos.”

Sin embargo, a pesar de la referencia que hace el artículo 371 del C.P. en relación con la Convención de Naciones Unidas, no se encuentra en ninguna disposición ni en los cuadros I y II, de manera clara y determinante la catalogación como precursor de las semillas de la planta de cannabis, al haberse constatado su carencia de principios activos. Consecuentemente, las semillas de cannabis no quedan incluidas en el tenor literal del precepto. No estando tan claro el criterio a seguir respecto de los equipos y materiales que pueden vincularse al cultivo, ya que están afectos a las actividades de producción y fabricación y innegablemente hacen alusión a las herramientas con las cuales se puede cultivar, producir o fabricar estupefacientes.

Sin embargo, y retomando la afirmación hecha anteriormente, la delgada línea que separa la punibilidad de estas acciones radica en la destinación de estos materiales a la producción efectiva de estupefacientes. Esta producción de estupefacientes debe entenderse según las actividades descritas en el art. 368 C.P., como constitutivas de delitos contra la salud pública, por tanto, se elimina de iure cualquier posibilidad de sancionar penalmente aquellos comportamientos en los que la utilización de cualquiera de las herramientas o productos citados se destine a la producción de especímenes fiscalizados, que en razón de su cantidad y calidad no comporten la necesaria inferencia de su destino al tráfico. Debiendo, en consecuencia, quedar erradicada del art. 371 cualquier actividad de cooperación instrumental, a través de los medios expuestos enfocada hacia el cultivo de la planta de cannabis destinada al consumo personal o a cualquiera de las modalidades exentas de punición, conforme a la pacífica jurisprudencia emanada al respecto.

Retomando el hilo y volviendo a la venta de semillas de cannabis como posible acto punible, incidimos de nuevo en lo dispuesto en el artículo 368

C.P., según el tenor literal del precepto se considera ilícito también aquellos que “de otro modo promuevan, favorezcan o faciliten el consumo ilegal de drogas tóxicas” (Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE-A-A1995-25444. p. 138). La cooperación necesaria como modalidad de autoría se caracteriza por la ejecución del núcleo del tipo penal, distanciándose de ella quienes llevan a cabo conductas periféricas alejadas del mismo. En dicha cooperación lo decisivo es su eficacia, su necesidad y trascendencia definitiva en el resultado finalístico de la acción. Esta es la delgada línea de la que antes hablábamos. Dicho en otras palabras, debe concluirse con la determinación de que únicamente cuando el vendedor de semillas de cannabis se concierta con el adquirente, o asume la determinación de éste de destinar aquéllas a un cultivo preordenado a su tráfico, podría incurrir en responsabilidad penal como coautor en la comisión de un delito contra la salud pública del art. 368 C.P. en su modalidad de drogas que no causan grave daño a la salud pública, quedando erradicados del mismo los demás comportamientos instrumentales facilitadores del consumo de la planta.

5. El consumo y la tenencia de cannabis

Dejando de lado todo lo relativo al cultivo de cannabis, nos centraremos ahora en analizar los aspectos más relevantes asociados al consumo. El punto de partida de este apartado tiene que ser el establecimiento de un posicionamiento irrefutable para luego, a través de esto, ir añadiendo excepciones.

El consumo de drogas, incluidas el cannabis, en un domicilio privado no se encuentra sancionado penalmente ni administrativamente. En términos penales, como ya se ha comentado anteriormente, el bien jurídico protegido, esto es, la finalidad que persigue el legislador al establecer la norma, es proteger la salud pública. Lógicamente todo aquello que no trascienda de la esfera privada al público es atípico. La atipicidad es la falta de adecuación de la conducta al tipo penal. Una acción atípica no es sancionable penalmente. No hay ningún precepto en el ordenamiento jurídico español que prohíba expresamente el consumo en el domicilio privado de las personas.

Ahora bien, el consumo y/o tenencia en lugares públicos es otra cuestión. El Derecho Penal, como ya se ha visto anteriormente, no incide en la esfera del consumo de cannabis. Este aspecto ha sido delegado al Derecho Administrativo, en cual sanciona el consumo o tenencia de estupefacientes a través de la Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana, también conocida como Ley Mordaza, la cual pasamos a comentar.

La citada ley, en el artículo 36.16, establece como sanción grave lo siguiente: “El consumo o la tenencia ilícita de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, aunque no estuvieran destinadas al tráfico, en lugares, vías, establecimientos públicos o transportes colectivos, así como el abandono de los instrumentos u otros efectos empleados para lo cual en los citados lugares”. Según el artículo 39.1.b) las sanciones se graduarán de la siguiente forma: “b) Para las infracciones graves, el grado mínimo comprenderá la multa de 601 a 10.400; el grado mediano, de 10.401 a 20.200 euros, y el grado máximo, de 20.201 a 30.000 euros.”

A continuación expondremos unas estadísticas que nos ayudarán a entender mejor el problema. Por razones obvias no analizaremos las cifras del año 2020, nos centraremos en las del año 2021. Según los datos oficiales extraídos del portal estadístico de criminalidad del Ministerio del Interior, en 2021 se impusieron 168.525 sanciones por el artículo 36.16 (consumo o tenencia en vía pública) que ascienden a la cantidad de 108.175.996 euros. Una media de casi 462 sanciones diarias. Todo esto sin contar que las anteriores cifras no incluyen lo sancionado en las comunidades autónomas de Cataluña, Navarra y País Vasco, al tener las competencias delegadas.

La política de drogas introducida por la Ley Mordaza ha supuesto un aumento considerable en el número de sanciones y consecuentemente en la cifra de dinero recaudado. En 2015, año en que se instauraron estas medidas se impusieron 66.832 sanciones y se recaudaron 31.867.816 euros. Este es el verdadero problema. Si estas cifras fueran las de una empresa se habrían incrementado sus beneficios enormemente. El Estado español gana dinero con la política de drogas.

Una vez hemos enseñado las cifras, analizaremos qué se esconde detrás del procedimiento administrativo sancionador. Claramente se observará cómo este ha sido diseñado e implantado para recaudar sistemáticamente mediante la vulneración de derechos de todo tipo. La iniciación de un procedimiento sancionador puede surgir en mil contextos diferentes pero siempre tendrá entre sus elementos comunes dos acciones, consumir o poseer cannabis (o otra sustancia estupefaciente) en la vía pública. Hablamos de la aprehensión, tanto si te encuentras fumando como si entre tus pertenencias se encuentra cannabis, lo más probable es que el agente de la autoridad que está interviniendo redacte un boletín de denuncia con tus datos (nombre, domicilio, etc) y proponga una sanción. Así pues, te hará entrega de esta copia de la propuesta de sanción. Ahora bien, es importante tener en cuenta que el procedimiento sancionador no se ha iniciado propiamente, sino más bien, se te ha propuesto para ser sancionado. Tienes que tener en cuenta que la sanción no se iniciará

como tal hasta que no recibas una la notificación de inicio del procedimiento sancionador. Debes saber que esta notificación puede realizarse en un domicilio diferente a aquel en el cual vives o estás empadronado, pero no por eso la sanción dejará de existir, tendrás las mismas obligaciones, y el acceso a su contenido continuará siendo igual de importante.

Las notificaciones de sanciones funcionan de manera peculiar. El personal de Correos acudirá al domicilio indicado en el boletín de denuncia. Si no encuentra a nadie, o nadie quiere hacerse responsable de recoger la carta, el funcionario de Correos volverá en otro día y hora diferentes para intentar notificar la sanción. Hecho este segundo intento, si tampoco se consigue librar la notificación, pasará a publicarse en el tablón de edictos del BOE o del Boletín Oficial de cada Comunidad Autónoma. Se supone que todos los ciudadanos leemos el BOE nada más levantarnos por la mañana, así que desde este momento la sanción se da por notificada. Una vez llegue dicha notificación y leas su contenido tendremos dos opciones, pagar o entrar a debatir la sanción.

Respecto a la opción primera de pagar, casi siempre se propone el mínimo, esto es, 601 euros. Al pagar estas aceptando la sanción. La opción de pagar en este primer momento lleva aparejada una rebaja del 50%. Es decir, el pronto pago supone que la multa se quede en unos 300 euros. Como se puede observar, el procedimiento administrativo sancionador te invita con esta rebaja a que pagues y te olvides. Lo que a priori puede parecer una buena noticia en realidad es una vulneración patente de derechos. Con el pronto pago ni siquiera puedes entrar a discutir ni a examinar el expediente administrativo, ya que la remisión de documentos implica continuar el procedimiento y no beneficiarse del pronto pago. Imaginaros un procedimiento penal en el que se impone una medida penal sin un juicio, sin posibilidad de examinar los elementos de prueba, sin las garantías legales previstas, sin tutela judicial efectiva. Todo el mundo se echaría las manos a la cabeza. Pues bien, en la práctica esto es lo que ocurre en el orden administrativo.

La segunda opción es entrar a debatir la sanción con la Administración. El procedimiento administrativo sancionador tiene unos límites y unas garantías. Es un procedimiento tasado en la Ley. Por lo que en el transcurso del procedimiento se tienen que respetar unos principios, algunos derivados del Derecho Penal, pero que son perfectamente extrapolables, hablamos por ejemplo del principio de presunción de inocencia. La Administración tiene que motivar la sanción, y para ello entran en juego los medios de prueba. A modo de ejemplo señalaremos algunas cuestiones que pueden ponerse de manifiesto cuando se pretende discutir la sanción. En primer lugar, un aspecto importante es la solicitud de copia de ciertas formalidades que debe cumplir

la Administración. Casi lo más importante de todo es el análisis del Área de Sanidad donde se confirma que lo incautado efectivamente es una sustancia estupefaciente. Sin este análisis no es posible que haya sanción. Por eso, anteriormente hablábamos de la vulneración que supone aceptar una sanción sin antes ver ni tan solo el análisis. Sin embargo, este análisis utiliza un método de detección que únicamente indica si hay positivo o no de la sustancia. Junto a ello indica el peso de lo aprehendido.

En estos análisis no se establece el porcentaje de toxicidad de la sustancia. Cuestión que venimos poniendo de manifiesto desde hace tiempo cuando discutimos con la Administración este tipo de sanciones. Imaginemos que la sustancia que nos han incautado es CBD y tiene un 0,1% de THC. Un análisis que muestre el porcentaje nos permitiría concluir que la sustancia no debería estar fiscalizada al tener un porcentaje de THC tan irrisorio que lo convierte en una sustancia inocua. Sin embargo, la Administración niega la utilidad de esta prueba, y fundamenta su criterio en jurisprudencia muy antigua, la más reciente de 2002. Es decir, el criterio que anteriormente señalamos y que viene a decir que lo importante para delimitar la tipicidad son los porcentajes de THC es sistemáticamente rechazado por la Administración.

Dejando de lado este tema. Existen otros documentos importantes que pueden y deben ser solicitados. Entre ellos se encuentra el boletín de denuncia del día de los hechos, junto a él se pide una posterior ratificación por parte de los agentes de lo indicado en la denuncia. Así pues, solicitamos todo lo relativo a la cadena de custodia. La cadena de custodia se encarga de registrar la trazabilidad de lo incautado, desde su aprehensión a su posterior análisis. En todo momento la sustancia debe estar identificada. Si hay un momento en el que no queda acreditado, tenemos un argumento favorable que podría darnos el archivo o nulidad de la sanción.

En definitiva, parte del trabajo en vía administrativa se ocupa de verificar que el procedimiento se ha seguido de acuerdo a la ley. Se solicita copia íntegra del expediente y se examina en busca de algún defecto formal.

A modo de ejemplo, nos hemos encontrado con expedientes en los que lo incautado era un cigarro, donde se identificaba que aquello que contenía era tabaco y cannabis. Para asombro de todos, el laboratorio de Sanidad no separa estas sustancias. Se pesa todo junto. Tabaco y cannabis. Sustancia legal y sustancia ilegal. También hemos visto propuestas de sanción por incautación de 0,1 gramos de hachís. Estas dos situaciones nos llevan a insistir en el argumento de que una cantidad ínfima con una baja toxicidad hace que la sustancia no pueda ser considerada estupefaciente. Argumento que es puesto de manifiesto, y que sistemáticamente es rechazado sin una argumentación

complaciente por parte de los instructores. Recordemos que en vía administrativa, nuestros argumentos y alegaciones son atendidas por una persona funcionaria, que no tiene mucho margen de maniobra, y no entra a valorar cuestiones de este tipo.

Después de agotar la vía administrativa, se presenta la posibilidad de acudir a la vía contencioso-administrativa. Un/a juez/a examinará la actuación de la Administración para ver si esta ha sido conforme a Derecho. Sin embargo, este/a Juez/a no ordenará la práctica de nuevas pruebas. Su actividad es revisora. Por lo que, si en vía administrativa se solicitan unas pruebas y estas no son atendidas, ya no podrá ser oficiado por un Juzgado. Es decir, examinará el procedimiento administrativo, y si en este hay vulneraciones como las que hemos comentado, no ordenará subsanarlas, directamente dará por nula la sanción y la archivará. Sin embargo, este trámite implica la contratación de un/a abogado/a que lleve nuestra defensa técnica. Además, existe la posibilidad de ser condenado en costas. Sin olvidar la dilatación en el tiempo de este problema.

En definitiva, nos encontramos ante un procedimiento sancionador diseñado para recaudar. En suma, si deseamos hacer valer nuestros derechos frente a un/a Juez/a estaremos invirtiendo más dinero en nuestra defensa que en pagar la propia multa con el pronto pago. Todo está diseñado con el propósito de desincentivar al ciudadano para hacer valer sus derechos.

Para terminar este apartado vemos oportuno dar unas pequeñas pinceladas respecto a una situación concreta que puede tener posibles consecuencias legales aparejadas al consumo de cannabis y de cualquier otra sustancia. Nos referimos a los padres o madres, con hijos menores de edad, que consumen drogas.

Vamos a distinguir un par de situaciones donde habitualmente hay problemas. Por un lado, situaciones de separación o divorcio donde se esté discutiendo la custodia de los menores. En estos casos, en el ámbito civil, el Derecho de Familia persigue en todo caso proteger el interés superior del menor. Es decir, podría haber problemas con la custodia en el caso de que el consumo de Cannabis provoque un abandono de las funciones de protección y cuidados del menor.

De ese modo lo entienden los jueces, y como ejemplo vemos este fragmento de la Sentencia 379 de 2019 de la Audiencia Provincial de Badajoz: “Indudablemente las adicciones pueden condicionar el régimen de custodia. Aunque un progenitor cubra las necesidades básicas de sus hijos, el consumo de drogas puede interferir en el desarrollo educativo y emocional de los menores. Toda custodia debe desempeñarse de forma diligente y responsable. Pero

hecha esta observación, no se puede confundir el consumo ocasional o esporádico con la adicción. Adicto es quien tiene hábito de conductas peligrosas o de consumo de determinados productos, en especial drogas, y que no puede prescindir de ello o le resulta muy difícil hacerlo por razones de dependencia.”

Además aquel progenitor al que previamente se le ha denegado la custodia compartida por el eventual consumo de drogas, también podrá verse privado del régimen de visitas establecido. El Código Civil determina que se podrá suspender o restringir el régimen de visitas cuando perjudique al bienestar del menor.

Otra cuestión que resulta problemática es la referida a las consecuencias legales del consumo de Cannabis durante el embarazo. Aquí, la cuestión legal más relevante es saber cuales son las posibles consecuencias en la custodia y la patria potestad del futuro hijo o hija una vez que nazca. No hay una legislación concreta respecto de esto, por lo que los agentes que intervienen (básicamente el hospital o clínica donde se dé a luz, la Fiscalía y los Servicios Sociales) actuarán en base a este *interés del menor* al que nos hemos referido antes.

En ese sentido, Servicios Sociales y las clínicas y hospitales públicos tienen una comunicación constante y se informan en relación a que se pueda dar algún caso así. Es decir, si por Servicios Sociales se tiene constancia de un caso de una madre consumidora que va a dar a luz se lo comunicará, automáticamente, al Hospital correspondiente. Y viceversa; si el Hospital tiene constancia de que la madre es consumidora (por ejemplo, porque el bebé presente síntomas del síndrome de abstinencia o dé positivo en THC) dará aviso a Servicios Sociales. A partir de ese momento, los organismos oficiales actúan bajo la premisa de proteger el interés del menor, así que, en los casos que consideren pueden, incluso, retirar la guarda y custodia de los menores respecto de la madre.

6. Consumo de cannabis y conducción

El artículo 14 del Real Decreto Legislativo 6/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial establece que: (No podrá circular) “el conductor de cualquier vehículo con presencia de drogas en el organismo, de las que se excluyen aquellas sustancias que se utilicen bajo prescripción facultativa y con una finalidad terapéutica.” El precepto habla de la presencia de drogas en el organismo. El mismo artículo cuando habla del alcohol se refiere a “tasas de alcohol superiores a las que reglamentariamente se determine” (Real Decreto Legislativo 6/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de

la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial. BOE-A-A2015-11722. p. 18).

Aquí se establece otra de las vulneraciones más patentes. No existe proporcionalidad. Para el alcohol, como ya sabemos, existen tasas que establecen cuándo sí y cuándo no. En las drogas no hay tasas, hay presencia o no. Positivo o negativo.

En este sentido, en el organismo puede haber presencia de drogas hasta pasados unos cuantos días de su verdadero consumo. Por experiencia, si has consumido cannabis en las 24/48 horas anteriores casi con total seguridad quedarán restos en tu organismo de esta sustancia que serán detectados por las posibles pruebas de indiciarias. Obviamente, pasado este tiempo es obvio que no se darán los efectos relativos a un consumo inmediato que interfieran en la conducción, pero seguirá habiendo presencia en nuestro organismo. Es importante tener esto claro. Es una auténtica barbaridad sí, pero es la normativa vigente.

Hay una cuestión muy importante. Debes tener claro que puedes contrarrestar el resultado con un análisis de sangre. Los agentes actuantes no suelen ofrecerlo, pero forma parte del procedimiento y tienes derecho a ello. La experiencia nos hace ver que los agentes pretenden quitarle importancia a esto, o te hacen ver que es innecesario o te indican que tiene un elevado coste. Nada más lejos de la realidad, en el caso de la Comunidad Valenciana, la Ley de Tasas 20/2017 establece que los análisis de fármacos, drogas y tóxicas (sangre/orina) tendrán un coste de 24.59 euros.

Recientemente nos hemos encontrado un caso donde un conductor insistió en hacerse el análisis de sangre, y tras la negativa de los agentes y su desconocimiento se marchó del lugar con la sanción y sin análisis de sangre. Su último consumo había sido hace 5 días. Si en el momento de los hechos no se insta a realizar este análisis de sangre no podrá hacerse más tarde. Por lo que, si tienes claro que desde tu último consumo hasta la toma de muestra han pasado varios días, te invitamos a hacer valer tus derechos y solicitar, cueste lo que cueste, ese análisis de sangre, ya que podría salvarte de la infracción y de todo el procedimiento posterior.

Sea por el origen que sea, si en algún momento nos realizan una prueba de detección salival, nosotros mismos hemos de tener claro que si el consumo ha sido reciente, las posibilidades de un resultado positivo son bastante altas.

En cuanto a las posibilidades de recurrir estas sanciones, hablaremos de una forma clara. La clave en estas infracciones gira en torno a la muestra salival y el aparato detector. Alrededor de estas dos cuestiones girará todo el procedimiento sancionador en lo relativo a la defensa.

7. Las asociaciones cannábicas

Posiblemente, en el tema de las asociaciones cannábicas, la pregunta más habitual de la gente que desconoce ese mundo suele ser ¿Y cómo es posible que sean legales? La respuesta, sinceramente, no es sencilla y tiene cierta complejidad.

A falta de una ley que regule expresamente este tipo de asociaciones, la fórmula legal que se aplica en estos casos es la llamada *doctrina del consumo compartido* establecida por el Tribunal Supremo desde finales de los noventa. Esta doctrina básicamente establece que hay situaciones donde, aunque haya consumo y proporcionamiento de drogas no se estaría cometiendo ningún acto delictivo y, por tanto, no se está dentro del tipo penal. Esta doctrina será aplicable cuando concurren cuatro circunstancias o requisitos: 1) debe tratarse de personas consumidoras habituales o adictas que se agruparán para consumir la sustancia. 2) el consumo de la sustancia debe llevarse a cabo en lugar cerrado; esto no quiere decir que el lugar de consumo donde los y las socias consuman tenga que ser un lugar cerrado exclusivamente, sino que el mismo debe realizarse, según estableció el propio Tribunal Supremo, sin ostentación, es decir, sin exhibición. 3) el consumo debe ser entre un grupo reducido de personas adictas o usuarias habituales y ser estas identificables y determinadas. 4) no rebasarse cantidades de droga necesaria para el consumo inmediato. En cuanto a esto último, y teniendo en cuenta que el Tribunal Supremo tiene establecido a través de su Pleno no jurisdiccional de 19 de octubre de 2001 que la cantidad de consumo diario de un consumidor crónico es de 20 gramos diarios, difícilmente podrá haber margen de duda en este extremo al respecto de las asociaciones, ya que todos los códigos de buenas prácticas seguidos por la gran mayoría de asociaciones limitan el consumo a dos gramos por integrante de la asociación y día, aproximadamente.

En base a este consumo compartido, las asociaciones establecieron sistemas de autoabastecimiento de cannabis que no pasase por acudir al mercado ilícito. Nacen, de este modo, las asociaciones con cultivos compartidos, llevados a cabo por las personas asociadas y destinados únicamente a abastecer su consumo y que, como variante del consumo compartido, sería tan atípico como lo es el cultivo para consumo personal. Este tipo de sistema de adquisición y distribución de cannabis tiene innumerables beneficios frente a la adquisición clandestina del mercado ilícito, como por ejemplo el control absoluto de la sustancia que se produce y se consume. Esto tiene, obviamente beneficios a nivel de salud, ya que se puede controlar todo el proceso de cultivo y, por ende, las genéticas cultivadas y los productos utilizados para su desarrollo. Esta cuestión es importante para cualquier persona consumidora, pero se

trata de una cuestión esencial cuando hablamos de personas que consumen de modo terapéutico o médico. Pero, desde el punto de vista legal tiene una característica esencialmente positiva: excluye el tráfico de drogas pues se elimina el intermediario entre quien cultiva y quien consume.

Desde un punto de vista jurídico, es esta característica el elemento esencial que hace que la doctrina del consumo compartido se pueda desarrollar hasta el punto de convertirse en la base de una regulación para las asociaciones cannábicas. Es decir, si partimos de la base de que el consumo compartido no es una conducta delictiva, le añadimos que las actividades de cultivo destinadas para el autoconsumo tampoco lo son y lo ensamblamos con el derecho de asociación reconocido constitucionalmente, nos encontramos ante una situación que permite que exista una regulación específica sobre las asociaciones cannábicas, sin tener que inventar ningún tipo de fórmula jurídica novedosa que no se haya desarrollado ya. Esto es importante porque nos revela que el problema de la regulación de las asociaciones cannábicas no es tanto una cuestión jurídico-técnica, sino un problema más bien de voluntad política y de apertura de miras en las interpretaciones jurisprudenciales. Por desgracia, esta apertura de miras supondría un cambio de planteamiento, ya que actualmente la realidad jurisprudencial y política van en sentido contrario.

En relación a las interpretaciones jurisprudenciales, posiblemente, la sentencia que supone el punto de inflexión en ese sentido es la de la Sala de lo Penal del Tribunal Supremo núm. 484/2015 de fecha 7 de septiembre de 2015, que condena a los miembros de la Asociación Ebers por el delito de tráfico de drogas. Frente a esta sentencia, la defensa de los acusados formuló recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional, que dictó sentencia el 14 de diciembre de 2017, anulando la sentencia del Tribunal Supremo por existir un defecto de forma en la tramitación del recurso de casación, por no haber oído personalmente a los acusados respecto a si tenían o no conciencia de que la conducta que realizaban era ilícita. El Tribunal Constitucional, por lo tanto, anulaba la sentencia impugnada y devolvía el procedimiento al Tribunal Supremo para que tramitara de nuevo el recurso de casación presentado por el Ministerio Fiscal. Finalmente se volvió a dictar sentencia por la que absolvió a los miembros de la asociación cannábica Ebers, al considerar que existía un error de prohibición invencible respecto al conocimiento de la ilicitud de su conducta.

Otro caso muy importante es el de la Asociación de Usuarios de Cannabis Pannagh de Bilbao. En esta ocasión también tuvo que intervenir el Tribunal Constitucional por considerar que se violaban los derechos constitucionales de los acusados. Devuelta la causa al Tribunal Supremo, este aplica la teoría del error invencible de prohibición. Según esa premisa, pudieron creer que

el cultivo compartido de marihuana y su posterior distribución entre los 320 socios de Pannagh estaban tolerados por el ordenamiento jurídico, a la vista de otras resoluciones judiciales favorables e, incluso, de algunas leyes autonómicas. Este caso fue especialmente relevante ya que el Tribunal Constitucional aceptó a trámite el recurso por la especial “relevancia social” del caso, evidenciando que las asociaciones cannábicas son un fenómeno socialmente relevante y reconociendo, en cierto modo, sus características.

Estas dos sentencias tuvieron un sabor agridulce. La parte dulce es que reconocen que las asociaciones cannábicas pueden existir y que no son *per se* delictivas, sino que hay que atender al caso concreto. La parte agria es que, a parte de que impusieron una condena a sus miembros, supusieron un cambio de paradigma a nivel jurisprudencial; a partir de este momento se establecen jurisprudencialmente límites más severos para los clubs, como por ejemplo el número de socios, y se delimitan de forma restrictiva las actividades que pueden llevar a cabo los clubs, sobretudo en relación a los actos destinados a autoabastecerse de cannabis.

Por lo que a las iniciativas legislativas se refiere nos hemos de remitir a la Ley 13/2017, de 6 de julio, de las asociaciones de consumidores de cannabis, aprobada por el Parlament de Catalunya. Se trataba de una ley muy progresista que permitía expresamente la creación de asociaciones que sin ánimo de lucro podían autoabastecerse y distribuir cannabis. El Gobierno del PP de Mario Rajoy recurrió esta Ley ante el Tribunal Constitucional, órgano que decidió tumbarla por falta de competencias para aprobar leyes con este contenido.

Mismo destino corrió la Ley Foral 24/2014, de 2 de diciembre, reguladora de los colectivos de usuarios de cannabis en Navarra, la cual fue anulada en 2017 por el Tribunal Constitucional con idénticos argumentos, se trata de un ámbito competencial del Estado y por tanto es inconstitucional por ser materia reservada a la legislación del Estado.

En 2018 llega el turno de Les Corts Valencianes. Se aprobó una proposición no de ley (PNL) con el propósito de crear una Comisión Especial en las Corts para estudiar a nivel jurídico y técnico, cómo garantizar el acceso al cannabis a los usuarios terapéuticos y a la vez garantizar el derecho del usuario a cultivar marihuana para su consumo.

En definitiva, el problema que tienen las asociaciones cannábicas es el mismo que tiene todo el sector cannábico: la falta de una regulación específica. Los clubs siguen sin saber dónde están exactamente sus márgenes de actuación, con el riesgo de sufrir una imputación penal que supone sobrepasarlos. Las personas de las asociaciones se pueden estar enfrentando a procesos penales que supongan su entrada en prisión, por lo que debe quedar bien claro qué es lo que se puede

hacer y qué es lo que no. No se pueden establecer esos límites en base a interpretaciones de judicatura y fiscalía o a conceptos abstractos. Hay que recordar que tanto el Tribunal Constitucional como el Tribunal Supremo han avalado la existencia del asociacionismo cannábico, por lo que hay que establecer claramente cuales son los márgenes legales de su actividad. Dicho de una forma más técnica; hay que dotar a las asociaciones cannábicas de *seguridad jurídica*, y la mejor forma de hacerlo es a través de leyes específicas, a través de leyes cannábicas.

Y cuando lleguemos al momento de regular las asociaciones cannábicas, habrá que atender a un requisito primordial: las mismas asociaciones deben participar de la elaboración de estas leyes. Básicamente por dos razones: la primera es que los clubs cannábicos ya hace años que trabajan con una regulación propia; los Reglamentos Internos de Funcionamiento, elaborados por las diferentes federaciones cannábicas y que sirven de criterio de funcionamiento de cientos de clubs. De hecho, muchas veces estos reglamentos son más restrictivos de lo que sería una ley estatal (por ejemplo, que la edad mínima para acceder sea de 21 años y no de 18). Teniendo estos reglamentos, una posible ley tendría ya una base para desarrollarse, sin necesidad de establecer normas partiendo de cero. La segunda de las razones es que cualquier ley que se proponga (sea cannábica o no) debe de ajustarse lo máximo posible a la realidad social. Dicho de otro modo, la ley sobre asociaciones cannábicas, para ser una buena ley, debería poner en el ordenamiento jurídico lo que ya existe y se regula *motu proprio* en la calle.

8. Una conclusión a modo de consejo

En el tema de la legalidad del cannabis debemos partir de tres premisas:

- La primera de ellas es que el consumo de cannabis es una realidad social en nuestra cultura. Se trata de una sustancia cuyo uso está totalmente aceptado por la sociedad actual y cuya regulación vendría avalada por la mayoría social. En ese sentido, la mayoría de partidos políticos ya se plantean esta cuestión y estudian la posibilidad de regular, de algún modo, el cannabis (también impulsados por la tendencia legislativa internacional a la regulación). El debate de la regulación ya no se establece en términos de *legalizar o prohibir*, sino más bien en *¿qué, cuándo y cómo vamos a regular?*
- La segunda de ellas es que se ha constatado el fracaso del prohibicionismo. Las políticas de drogas basadas en prohibir y castigar no han

tenido su reflejo en una disminución del consumo ni de la criminalidad. Es más, las experiencias basadas en cierta permisividad, educación y reducción de riesgos dan mejores resultados en términos criminalísticos y de protección del bien jurídico *salud pública*.

- La tercera premisa es que el cannabis reviste unas características diferentes a otras sustancias. Por ejemplo, es una sustancia muy social y que aglutina a la gente en torno a una *cultura*. Prueba de ello es la existencia de tantísimas asociaciones cannábicas, pero también de eventos como las *copas cannábicas*, o la existencia de prensa especializada y también de tiendas específicas (los conocidos Grow Shops) e incluso agrupaciones de gente que consume de forma terapéutica. También el cannabis es una sustancia que la gente suele autoproducirse. Ni siquiera con una sustancia tan aceptada y enraizada en nuestras culturas como es el alcohol se autoproduce al nivel al que se hace con el cannabis. Esto es una realidad que tiene su reflejo en el derecho, por ejemplo se contempla que el cultivo para autoconsumo no es delictivo.

Partiendo de estas tres premisas, una buena regulación del cannabis debería ser completa e integral. El sector cannábico, en su conjunto, reviste de una importancia social y de unas características específicas que requieren que la regulación esté a la altura y no se deje nada en el *vacío legal* en el que estamos desde tiempos inmemoriales. Hay que acabar con la *inseguridad jurídica* que provoca la desregularización y hay que evitar caer en los mismos problemas con una regulación pobre e ineficiente.

Una futura regulación deberá ser ambiciosa y regular todos los aspectos del cannabis, desde la autoproducción, el consumo, la venta, los productos derivados (como el CBD), el cultivo compartido, las asociaciones, etc. La regulación que vendrá deberá ajustarse a la realidad social cannábica y, para ello, deberá contar con la participación de profesionales especializados y con los agentes sociales del mundo del cannabis. Si no se ajusta así será una ley poco realista, que traerá problemas de aplicación, que pronto quedará desfasada y que no tendrá aceptación social. Es decir, si no se hace bien será una ley inútil e injusta, por lo que no habremos avanzado nada.



Glosario

Anandamida: cannabinoide endógeno.

Androcéntrico: cosmovisión que sitúa al hombre como referencia.

Andrógenos: refiere al grupo de hormonas esteroideas que conforman las hormonas sexuales principalmente masculinas (testosterona, androsterona y androstendiona).

Atípico: Dicho de una conducta o un acto: Que no es típico, que no encaja formal o materialmente en un tipo legal de delito.

Autofloreciente: Variedades de cannabis que no precisan de un ciclo concreto de horas de luz y oscuridad para florecer.

Axón: prolongación de las neuronas que sale del cuerpo neuronal y que se destina a la transmisión del impulso nervioso.

Balasto: equipo eléctrico que regula y estabiliza el fluido eléctrico de las lámparas.

Cannabis sativa (L.): la “L.” hace referencia a Carolus Linnaeus, el botánico sueco que fue el primero en dotar a esta planta de clasificación científica en 1753.

Cis(género): persona en la que el género asignado al nacer coincide con la identidad de género.

Descarboxilación: reacción química en la que un compuesto cambia su estructura y que generalmente se origina por medio del calor. En los cannabinoides, éstos pasan de su forma ácida a su forma activa (por ejemplo de THCA a THC, o de CBDA a CBD). La descarboxilación de cada cannabinoide se produce a diferentes temperaturas.

Doctrina: conjunto de tesis y opiniones de los tratadistas y estudiosos del Derecho que explican y fijan el sentido de las leyes o sugieren soluciones para cuestiones aún no legisladas. Tiene importancia como fuente mediata del Derecho, ya que el prestigio y la autoridad de los destacados juristas influyen a menudo sobre la labor del legislador e incluso en la interpretación judicial de los textos vigentes.

Estrategias de afrontamiento del estrés: aquel tipo de estrategias, tanto cognitivas como comportamentales y emocionales, que utilizan los seres humanos para reducir el estrés, como son: distracción, afrontamiento de los problemas, relajación, etc. Forman parte de programas de intervención en la reducción del consumo abusivo de drogas cuando hay un componente emocional que influye especialmente en el mismo.

Estrategias de control de drogas: aquel tipo de estrategias que los consumidores de drogas no problemáticos utilizan para moderar y controlar su consumo, como son: consumir solo en determinadas ocasiones y lugares, no consumir a diario, controlar la cantidad semanal de consumo, etc. Estas estrategias pueden utilizarse en programas de intervención orientados a la reducción de consumos problemáticos o abusivos de drogas.

Estrógenos: refiere al grupo de hormonas esteroideas que conforman las hormonas sexuales principalmente femeninas (estrón, estradiol y estriol).

Farmacocinética: estudio de los procesos por los que pasa una droga desde que se absorbe en el organismo hasta que el cuerpo finalmente lo elimina, considerando asimismo los procesos intermedios de distribución y metabolismo. Cómo el organismo afecta a una molécula.

Farmacodinámica: estudio de los efectos fisiológicos y bioquímicos de las drogas, es decir, las relaciones dosis-respuesta, el efecto de las diferentes concentraciones, etc. Cómo una molécula afecta al organismo.

Fase vegetativa: periodo del desarrollo de la planta en el cual solamente se produce formación y crecimiento de tallos y hojas.

Fiscalía: el Ministerio Público, o Fiscalía, es el organismo público que tiene por función promover la acción de la justicia, defender la legalidad, los intereses del estado y la sociedad, conforme a lo establecido en la constitución y las demás leyes.

Fiscalizar: Vigilar con ánimo crítico. Control preventivo. Actividad de control atribuida por Ley a determinados órganos de fiscalización.

Fitosanitario: sustancia o mezcla de sustancias químicas de origen sintético, orgánico o natural destinadas a la prevención o eliminación de organismos perjudiciales para las plantas (insectos, ácaros, hongos...), el control de la vegetación (herbicidas) o la regulación del crecimiento.

Fotodependiente: variedades de cannabis que precisan de un ciclo determinado de horas de oscuridad para florecer.

Género: constructo social y cultural de lo que se espera de ser mujer u hombre, en términos tradicionales, así como géneros diversos.

GMP: siglas de Good Manufacturing Practices, en inglés, o Buenas Prácticas de Manufactura, las cuales son normas de calidad que exigen que todos los procesos e instalaciones de fabricación deban ser trazables y seguros.

Intersexual: refiere a personas que muestran variaciones en las características sexuales, no ajustándose a la tipicidad de sexo femenino o masculino.

Investigación clínica: aquella llevada a cabo en seres humanos.

Investigación preclínica: aquella que comienza antes de pasar a estudios con personas. Tradicionalmente se lleva a cabo en animales no humanos, pero también en ensayos in vitro (tejidos o cultivos celulares), in silico (modelos computacionales).

Jurisprudencia: la jurisprudencia es la doctrina que han sentado los Tribunales en la interpretación y aplicación de las leyes a través de sus sentencias. Se trata de una fuente de derecho indirecta que complementa a la ley.

Jurista: quien estudia o profesa la ciencia del Derecho.

Legislador: Poder Legislativo, el que tiene con carácter general la potestad de aprobar normas con rango de ley.

Ley Mordaza: es el nombre con el que se conoce popularmente la Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana. Entró en vigor el 1 de julio de 2015, y se le apodó con el nombre debido a que desde muchos sectores se consideró una norma que restringía muchos derechos y libertades de la ciudadanía bajo el pretexto de aumentar la seguridad.

Metabolito 11-OH-THC: producto de degradación de la delta-9-THC, con efectos psicoactivos similares.

Mielina/mielinización: es la capa que rodea los axones y que facilita y agiliza la transmisión del impulso nervioso. La mielinización haría referencia al proceso de formación de dicha capa.

Pirámide jurídica: ordenación escalonada de las normas jurídicas que permite establecer el orden de aplicabilidad entre ellas y proporciona el criterio para solucionar las posibles contradicciones entre normas de distinto rango.

Políticas prevencionistas: refiere a las políticas de drogas que se basan desde la perspectiva de la prevención y reducción de daños en el consumo de las sustancias.

Precepto: artículo o disposición concreta de un cuerpo legal.

Procedimiento Penal: es aquel proceso tramitado ante una autoridad judicial y que tiene por objeto el enjuiciamiento de determinadas acciones a efectos de determinar si son o no constitutivas de delito conforme al Código Penal.

Proposición no de ley (PNL): también llamada propuesta no de ley, es una iniciativa parlamentaria a través de la cual la cámara de representantes expresa su posición ante una determinada cuestión o insta al gobierno a seguir una política determinada o a realizar alguna acción.

Recurso contencioso-administrativo: es un procedimiento judicial utilizado para contradecir disposiciones generales o actos de la Administración Pública, ya sea central, autonómica o local. Se trata de una herramienta que se utiliza cuando se agota la vía administrativa porque la entidad administrativa determina la imposibilidad de continuar con el procedimiento.

Seguridad jurídica: principio general del derecho que impone que toda persona tenga conocimiento cierto y anticipado sobre las consecuencias jurídicas de sus actos y omisiones.

Sexo: características biológicas y fisiológicas de los seres vivos.

Sistema Límbico: grupo de estructuras cerebrales implicado en la regulación de las emociones, memoria y conductas motivadas como el hambre o sexo. Las principales estructuras implicadas incluyen el hipotálamo, tálamo, amígdala, corteza límbica y fornix.

Sustancia Blanca: es como se denomina a la parte del sistema nervioso central compuesta principalmente por fibras nerviosas y que en el encéfalo se encuentra en la parte interna, mientras en la médula se encuentra en la externa.

Sustancia Gris: así se denomina al tejido del sistema nervioso central donde se encuentran los cuerpos celulares. En el encéfalo estaríamos hablando de la corteza cerebral, es decir, la parte exterior y en la médula se trataría del interior.

Terapia de Auto-Regulación: procedimiento psicológico creado por Salvador Amigó, y que se basa en la sugestión y el condicionamiento clásico. Este procedimiento permite la reproducción de efectos de drogas “mentalmente”, por lo que puede resultar muy útil para reducir su consumo al convertirse en un sustituto de las mismas, o bien para formar parte de una psicoterapia.

Trabajo transdisciplinario: el concepto refiere a los esfuerzos de investigación centrados en problemas que cruzan los límites de dos o más disciplinas.

Trans: término paraguas que recoge los términos trans, transexual y transgénero donde cada persona puede identificarse con el término con el que se sienta más comfortable.

Tricoma: protuberancia en forma de pelo terminado en esfera que en cannabis se forma principalmente en los cogollos de las plantas femeninas y donde se forman y almacenan los cannabinoides.

Variedad: población de plantas con las mismas características y que pueden ser diferenciadas de otras de la misma especie.

Referencias



Referencias

Estrategias para controlar y reducir el consumo abusivo de cannabis

- Amigó, S. (2017). *Manual para el consumo moderado y responsable de las drogas*. Madrid: ACCI.
- Amigó, S. & Beleña, M.A. (2017). Búsqueda de Sensaciones y estrategias de control del consumo de drogas [Sensation Seeking and drug use control strategies]. In Proceedings of the VI Jornada AIIDI, Santiago de Compostela, Spain, 28-29 September 2017.
- Amigó, S. & Beleña, A. (2021). Drug Use Control Perception and Strategies in General and Clinical Population in a Spanish City. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18, 9189. <https://doi.org/10.3390/ijerph18179189>
- Amigó, S., Martínez, A. & Báguena, M.J. (2006). Personality and strategies related to drugs consumption. In Proceedings of the 13th European Conference on Personality, Athens, Greece, 22-26 July 2006.
- Amigó, S. & Portaceli, J. (2002). La juventud universitaria y las drogas. Encuesta sobre drogas en la Universidad Politécnica de Valencia (curso 2001/2002). Valencia: Editorial UPV.
- Apsler, R. (1979). Measuring how people control the amounts of substances they use. In Zinberg, N.E. y Harding, W.M. (Eds), *Control over Intoxicant Use*. Human Sciences Press: New York, NY, USA, pp. 37-51.
- Bielman, B., Diaz, A., Merlo, G. & Kaplan, C.D. (1993). *Lines Across Europe: Nature and Extent of Cocaine Use in Barcelona, Rotterdam and Turin*. Swets and Zeitlinger: Amsterdam, The Netherlands.

- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., Bellis, M.A., Bohrn, K., Hakkarainen, P., Kilfoyle-Carrington, M., Kokkevi, A., Maalsté, N., Mendes, F., et al. (2001). Risk and Control in the Recreational Drug Culture. IREFREA & European Comission: Palma deMallorca, Spain.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Cassaretto, M., & Chau, C. (2013). Afrontamiento al estrés: adaptación del cuestionario COPE en universitarios de Lima.
- Cohen, P. (1999). Shifting the main purposes of drug control: From suppression to regulation of use. Reduction of risks as the new focus for drug policy. *Int. J. Drug Policy*, 10, 223-234.
- Cohen, P. & Sas, A. (1992). Loss of control over cocaine, rule of exception? In *Proceedings of the American Society of Criminology*, New Orleans, LA, USA, 3-7 November 1992.
- Cohen, P. & Sas, A. (1994). Cocaine use in Amsterdam in non deviant subcultures. *Addict. Res.*, 2, 71-94.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87-127. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.1.87>
- Chimal, M., Garay, A., Julieta Esteban, J. & Gurrola, Margarita, G. (2011) Estrategias de afrontamiento en universitarios consumidores y no consumidores de alcohol. *Intersalud*. Artículo publicado en *Psicologia.com* 2011; 15:13.
- Decorte, T. (2000). *The Taming of Cocaine: Cocaine Use in European and American Cities*. VUB University Press: Brussels, Belgium.
- Decorte, T. & Muys, M. (2010). Tipping the balance: A longitudinal study of perceived “pleasures” and “pains” of cocaine use. In Decorte, T., Fountain, J. (Eds), *Pleasure, Pain and Profit*; Pabst Wolfgang Science: Amsterdam, Netherlands.
- Del Águila D.A. (2016). Afrontamiento y satisfacción con la vida en relación al consumo de sustancias de jóvenes universitarios. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica, Lima.
- Erickson, P.G. & Weber, T.R. (1994). Cocaine careers, control and consequences: Results from a canadian study. *Addict. Res.*, 2, 37-50.
- Espí Ruiz, Alicia (2019): Diferencias de género y edad en consumo de cannabis: patrones de consumo, motivaciones, creencias, actitudes y estrate-

- gias de control utilizadas. Trabajo Fin de Máster dirigido por M^a Ángeles Beleña. Máster oficial en “Psicología General Sanitaria”. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universidad de València.
- Fernández Abascal EG (1997). Estilos y estrategias de afrontamiento. En EG Fernández Abascal, F Palmero, M Chóliz y F Martínez: Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción (pp. 189- 206). Madrid: Pirámide.
- Finney, J.W. & Moos, R.H. (1995). Entering treatment for alcohol abuse: a stress and coping model. *Addiction*, Vol. 90, nº 9, 1223-1240.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- García, M. (2015). Consolidación de Una Página Web Orientada al Aprendizaje de Estrategias de Control en el Consumo de Drogas [Consolidated-Website about Learning Drug Use Control Strategies]. Master’s Thesis, University of Valencia, Valencia, Spain.
- Gómez-Fraguela, J. A., Luengo-Martín, Á., Romero-Triñanes, E., Villar-Torres, P. & Sobral-Fernández, J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 581-597.
- Guevara, G., Hernández, H. & Flores, T. (2001). Estilos de afrontamiento al estrés en pacientes drogodependientes. *Revista de Investigación en Psicología*, Vol. 4 No. 1.
- Hakkarainen, P. (1987). *Huumausainekulttuuri ja Käyttötavat Suomessa*. Ph.D Thesis, University of Turku, Turku, Finland.
- Hammersley, R. & Ditton, J. (1994). Cocaine careers in a sample of Scottish users. *Addict. Res.*, 2, 51-70.
- Juan, A.L. (2019). Relación entre rasgos de personalidad y consumo de cannabis en jóvenes universitarios: Una revisión sistemática. Trabajo Fin de Grado. Facultat de Psicologia. Universitat de les Illes Balears.
- Kenney, S.R., Napper, L.E., LaBrie, J.W. & Martens, M.P. (2014). Examining the efficacy of a brief group protective behavioral strategies skills training alcohol intervention with college women. *Psychol. Addict. Behav.*, 28, 1041-1051.
- LaBrie, J.W., Napper, L.E., Grimaldi, E.M., Kenney, S.R. & Lac, A. (2015). The efficacy of a standalone protective behavioral strategies intervention for students accessing mental health services. *Prev. Sci.*, 16, 663-673.
- Lazarus, A. A. (1989). *The practice of multimodal therapy: Systematic, comprehensive, and effective psychotherapy*. Johns Hopkins University Press.

- Lazarus, R. S. (1991). Cognition and motivation in emotion. *American Psychologist*, 46(4), 352-367. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.46.4.352>
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Editorial Martínez Roca. Madrid.
- López Cortés, J. J. (2012). *Actitudes frente a las drogas y estrategias de control, de afrontamiento e impulsividad en pacientes de una Unidad de Conductas Adictivas y población general (Trabajo Fin de Máster)*. Dirigido por Dra. M^a Ángeles Beleña. Máster oficial en “Psicología General Sanitaria”. Facultad de Psicología, Universidad de Valencia, España.
- López Moreno, N. (2016). *Personalidad y estrategias de control y afrontamiento frente al consumo de drogas en estudiantes universitarios (Trabajo Fin de Máster)*. Dirigido por Dra. M^a Ángeles Beleña Mateo. Máster oficial en “Psicología General Sanitaria”. Facultad de Psicología, Universidad de Valencia, España.
- Lozano, B.E., Stephens, R.S. & Roffman, R.A. (2006). Abstinence and moderate use goals in the treatment of marijuana dependence. *Addiction*, 101, 1589-1597.
- Llorens-Aleixandre, N., Perelló, M., & Palmer, A. (2004). Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. *Adicciones*, 16(4), 261-266
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1980). Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. En P.O. Davidson y S.M. Davidson (eds.), *Behavioral medicine: Changing health life styles*, Nueva York, Brunner/Mazel.
- Martens, M.P., Ferrier, A.G., Sheehy, M.J., Corbett, K., Anderson, D.A. & Simmons, A. (2005). Development of the protective behavioral strategies survey. *J. Stud. Alcohol*, 66, 698-705.
- Mugford, S.K. (1994). Recreational cocaine use in three Australian cities. *Addict. Res.*, 2, 95-108.
- Pedersen, E. R., Hummer, J. F., Rinker, D. V., Traylor, Z. K. & Neighbors, C. (2016). Measuring Protective Behavioral Strategies for Marijuana Use Among Young Adults. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 77(3), 441-450. <https://doi.org/10.15288/jsad.2016.77.441>
- Pedrero, E.J., Rojo, G. & Puerta, C. (2008). Estilos de afrontamiento del estrés y adicción. *Revista Española de Drogodependencias*, 33 (4) 256-270.
- Pelechano, V. (2000). *Psicología sistemática de la personalidad*. Barcelona: Ariel.
- Soriano, M. (2017): *Personalidad, actitudes y estrategias de control del consumo de drogas en una muestra clínica con trastorno por consumo de*

- sustancias y población general. Trabajo Fin de Grado en Psicología. Directora M^a Ángeles Beleña Mateo.
- Treloar, H.T., Martens, M.P. & McCarthy, D.M. (2015). The protective behavioral strategies scale-20: Improved content validity of the serious harm reduction subscale. *Psychol. Assess.*, 27, 340-346.
- Wagner, E. F., Myers, M. G., & McNinch, J. L. (1999). Stress-coping and temptation-coping as predictors of adolescent substance use. *Addictive Behaviors*, 24(6), 769-779.
- Waldorf, D., Reinartman, C. & Murphy, S. (1991). *Cocaine Changes: The Experience of Using and Quitting*. Temple University Press: Philadelphia, PA, USA.
- Wills, T. A. & Hirky, A. E. (1996). Coping and substance abuse: A theoretical model and review of the evidence. En M. Zeidner y N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping. Theory research, applications* (pp 279- 302). Nueva York: John Wiley and Sons.

Disfruta los efectos del cannabis para evitar su abuso con terapia de auto-regulación

- Amigó, S. (1992). *Manual de terapia de auto-regulación [Manual of self-regulation therapy]* Valencia: Promolibro.
- Amigó, S. (1998). *Self-regulation Therapy: Suggestion Without Hypnosis*. En I. Kirsch, A. Capafons, E. Cardeña & S. Amigó (Eds). *Clinical Hypnosis and Self-Regulation Therapy: A cognitive-behavioral perspective*, American Psychological Association, Washington.
- Amigó, S. (2012). *Cómo las drogas pueden mejorar nuestras vidas*. Madrid: Amargord Ediciones.
- Amigó, S. (2014). *Manual of Controlled Drug Use*. Madrid: Liber Factory.
- Amigó, S. (2016). Sugar Pills To Experience Cocaine and Other Drug Effects: The Self-Regulation Therapy As a Placebo Without Deception. *EC Neurology*, 3.1, 320-331.
- Amigó, S. (2017a). *Manual para el consumo moderado y responsable de las drogas*. Madrid: ACCI.
- Amigó, S. (2017b). *Guía del uso racional de las drogas*. Edición revisada y ampliada. Madrid: ACCI.
- Amigó, S. (2021). Inducing Effects of Illegal Drugs to Improve Mental Health by Self-Regulation Therapy: A Pilot Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18, 10387. [https:// doi.org/10.3390/ijerph181910387](https://doi.org/10.3390/ijerph181910387).

- Amigó, S., Caselles, A. & Micó, J.C. (2013). Self-Regulation Therapy to reproduce drug effects: A suggestion technique to change personality and the DRD3 gene expression. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 61, 282-304.
- Amigó, S., Caselles, A., Micó, J.C. & García, J.M. (2009). Dynamics of the unique trait of personality: blood's glutamate in response to methylphenidate and conditioning. *Revista Internacional de sistemas*, 16, 35-40.
- Amigó, S. & Ferrández, C. (2015). Experiencing Effects of Cocaine and Speed with Self-Regulation Therapy. *The Spanish Journal of Psychology*, 18, 1-10.
- Amigó, S. & Infanzón, M.E. (1999). Heroína sin heroína: la sugestión como sustituto de las drogas. *Análisis y Modificación de conducta*, 103(25), 751-781.
- Amigó, S. & Sanchís, M. (1995). Reproducción voluntaria de los efectos de la heroína con terapia de auto-regulación: un estudio piloto. Comunicación presentada en el Seminario sobre drogodependencias: aspectos sociales, jurídicos y médico asistenciales. Organizado por el EuropeanLawStudents' Association. Celebrado en marzo en Valencia.
- Amigó, S., Zabiky, G. & García, J. (2007). Colocarse sin droga. Un nuevo enfoque desde la reducción del daño para dependientes a la cocaína. *Informació Psicològica*, Nº 89, 75-87.
- Baumann F (1970) Hypnosis and the adolescent drug abuser. *Am J Clin Hypn* 13, 17-21.
- Derogatis LR. (1977). SCL-90-R, administration, scoring and procedures manual for the Revised version. Baltimore. Johns Hopkins University, School of Medicine.
- Fogel S & Hoffer A (1962) The use of hypnosis to interrupt and to reproduce an LSD-25 experience. *J Clin Exp Psychopathol Q Rev Psychiatry Neurol*, 23, 11-16.
- Freels, T. G., Baxter-Potter, L. N., Lugo, J. M., Glodosky, N. C., Wright, H. R., Baglot, S. L., Petrie, G. N., Yu, Z., Clowers, B. H., Cuttler, C., Fuchs, R. A., Hill, M. N., & McLaughlin, R. J. (2020). Vaporized Cannabis Extracts Have Reinforcing Properties and Support Conditioned Drug-Seeking Behavior in Rats. *The Journal of neuroscience: the official journal of the Society for Neuroscience*, 40(9), 1897-1908. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.2416-19.2020>.
- Hastings A (2006) An extended nondrug MDMA-like experience evoked through posthypnotic suggestion. *J. Psychoactive Drugs*, 38, 273-283.

- Jones, R. T. (1971 a). Marihuana-induced "high": Influence of expectation, setting and previous drug experience. *Pharmacological Reviews*, 23 (4), 359-69.
- Jones, R. T. (1971b). Tetrahydrocannabinol and marijuanainduced social "high" or the effects of the mind on marijuana. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 191(1), 155-65. doi:10.1111/j.1749-6632.1971.tb13995.x.
- Kubilius, R. A., Kaplick, P. M., & Wotjak, C. T. (2018). Highway to hell or magic smoke? The dose-dependence of $\Delta 9$ -THC in place conditioning paradigms. *Learning & memory* (Cold Spring Harbor, N.Y.), 25(9), 446-454. <https://doi.org/10.1101/lm.046870.117>.
- Lemercier, C. E., & Terhune, D. B. (2018). Psychedelics and hypnosis: Commonalities and therapeutic implications. *Journal of psychopharmacology* (Oxford, England), 32(7), 732-740. <https://doi.org/10.1177/0269881118780714>
- Loflin, M., Earleywine, M., Farmer, S., Slavin, M., Luba, R., & Bonn-Miller, M. (2017). Placebo Effects of Edible Cannabis: Reported Intoxication Effects at a 30-Minute Delay. *Journal of psychoactive drugs*, 49(5), 393-397. <https://doi.org/10.1080/02791072.2017.1354409>.
- López, C. (2017). Hipnosis y Terapia de Auto-Regulación: reproducción de los efectos de las drogas sin drogas. Tesis de Grado no publicada. Universidad de Valencia (España). Dirigida por Salvador Amigó Borrás.
- López, C. (2022). Terapia de Auto-Regulación en prevención de recaídas: un estudio exploratorio. Tesis de Master no publicada. Universidad de Valencia (España). Dirigida por Salvador Amigó Borrás.
- Marlatt, G.A. & Rohsenow, D.J. (1980). Cognitive processes in alcohol use: Expectancy and the balanced placebo design. *Advances in substance abuse: Behav Biol Res.* 1, 159-199.
- Metrik, J., Rohsenow, D. J., Monti, P. M., McGeary, J., Cook, T. A., de Wit, H., Haney, M., & Kahler, C. W. (2009). Effectiveness of a marijuana expectancy manipulation: Piloting the balanced-placebo design for marijuana. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 17(4), 217-225. <https://doi.org/10.1037/a0016502>.
- Metrik, J., Kahler, C. W., Reynolds, B., McGeary, J. E., Monti, P. M., Haney, M., de Wit, H., & Rohsenow, D. J. (2012). Balanced placebo design with marijuana: pharmacological and expectancy effects on impulsivity and risk taking. *Psychopharmacology*, 223(4), 489-499. <https://doi.org/10.1007/s00213-012-2740-y>.
- Micó, J.C., Amigó, S. & Caselles, A. (2012). Changing the General Factor of Personality and the c-fos Gene Expression with Methylphenidate and Self-Regulation Therapy. *Spanish Journal of Psychology*, 15, 850-867.

- Murray, J.E. & Bevins, R.A. (2010). Cannabinoid conditioned reward and aversion: behavioral and neural processes. *ACS. Chem. Neurosci.*, 1, 265-278.
- Palomares, C. (2017). Reproducción de los efectos de las drogas mediante hipnosis. Tesis de Grado no publicada. Universidad de Valencia (España). Dirigida por Salvador Amigó Borrás.
- Pekala, R. J., Kumar, V.K., & Marcano, G. (1995). Hypnotic susceptibility, dissociation, and marijuana use: A relationship between high hypnotic susceptibility, marijuana use, and dissociative ability. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 8(2), 112-119.
- Sanz, J. (2001). Un instrumento para evaluar la eficacia de los procedimientos de inducción de estado de ánimo: la Escala de Valoración del Estado de ánimo (EVEA). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 71-110.
- Schafer, J., & Brown, S. A. (1991). Marijuana and cocaine effect expectancies and drug use patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(4), 558-565. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.4.558>
- Spinella, T. C., Stewart, S. H., Naugler, J., Yakovenko, I., & Barrett, S. P. (2021). Evaluating cannabidiol (CBD) expectancy effects on acute stress and anxiety in healthy adults: a randomized crossover study. *Psychopharmacology*, 10.1007/s00213-021-05823-w. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s00213-021-05823-w>
- Vogel-Sprott, M., & Fillmore, M. T. (1999). Expectancy and behavioral effects of socially used drugs. In E. I. Kirsch (Ed.), *How expectancies shape experience* (pp. 215-232). Washington, DC: American Psychological Association.

Adolescencia y cannabis. Prevención desde la evidencia científica

- Clayton, R. R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. In M. D. Glantz & R. W. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 15-51). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10107-001>
- Díaz, R. Y Sierra, M. (2008). Análisis teórico sobre prevención de drogodependencias en el marco de la educación para la salud: factores de riesgo y de protección. *Acciones e investigaciones sociales*, (26), pp.161-187.
- Gorey, C., Kuhns, L., Smaragdi, E., Kroon, E., & Cousijn, J. (2019). Age-related differences in the impact of cannabis use on the brain and cognition: a systematic review. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269(1), Pp. 37-58. doi:10.1007/s00406-019-00981-7.

- Hammond, C. J., Chaney, A., Hendrickson, B., & Sharma, P. (2020). Cannabis use among U.S. adolescents in the era of marijuana legalization: a review of changing use patterns, comorbidity, and health correlates. *International review of psychiatry* (Abingdon, England), 32(3), Pp. 221-234. <https://doi.org/10.1080/09540261.2020.1713056>
- Hanson, K.L., Winward, J.L., Schweinsburg, A.D., Medina, K.L., Brown, S.A., & Tapert, S.F. (2010). Longitudinal study of cognition among adolescent marijuana users over three weeks of abstinence. *Addict Behav*, 35(11), Pp. 970-976. doi:10.1016/j.addbeh.2010.06.012.
- Hawke, L. D., Wilkins, L., & Henderson, J. (2020). Early cannabis initiation: Substance use and mental health profiles of service-seeking youth. *Journal of adolescence*, 83, Pp. 112-121. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2020.06.004>.
- Heller, A.S. & Casey, B.J. (2016). The neurodynamics of emotion: delineating typical and atypical emotional processes during adolescence. *Dev Sci*. 19(1):Pp. 3-18.<https://doi.org/10.1111/desc.12373>.
- Kandel D. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science* (New York, N.Y.), 190(4217), 912-914. <https://doi.org/10.1126/science.1188374>.
- Kandel, D. B. (2003). Does marijuana use cause the use of other drugs? *JAMA*, 289(4), 482-483. <https://doi.org/10.1001/jama.289.4.482>.
- Kandel, D.B. (2002). Examining the gateway hypothesis: stages and pathways of drug involvement.. In: Kandel, DB., editor. *Stages and Pathways of Drug Involvement: Examining the Gateway Hypothesis*. Cambridge University Press; Cambridge. Pp. 3-15.
- Larsen, B., & Luna, B. (2018). Adolescence as a neurobiological critical period for the development of higher-order cognition. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 94, 179-195. <https://doi.org/10.1016/j.neubio-rev.2018.09.005>.
- Lebel, C., & Deoni, S. (2018). The development of brain white matter microstructure. *NeuroImage*, 182, 207-218. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2017.12.097>.
- Lubman, D. I., Yücel, M., & Hall, W. D. (2007). Substance use and the adolescent brain: A toxic combination? *Journal of Psychopharmacology*, 21, 792-794. <https://doi.org/10.1177/0269881107078309>.
- Nawi, A. M., Ismail, R., Ibrahim, F., Hassan, M. R., Manaf, M., Amit, N., Ibrahim, N., & Shafurdin, N. S. (2021). Risk and protective factors of drug abuse among adolescents: a systematic review. *BMC public health*, 21(1), 2088. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11906-2>.

- NIDA. 2020, June 17. Chapter 2: Risk and Protective Factors. Retrieved from <https://nida.nih.gov/publications/principles-substance-abuse-prevention-early-childhood/chapter-2-risk-protective-factors> on 2022, October 6.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe. (2021). Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. p. 243.
- Parvizy, S., Nikbahkt, A., Pournaghash Tehrani, S., & Shahrokhi, S. (2005). Adolescents' perspectives on addiction: qualitative study. *Nursing & health sciences*, 7(3), 192-198. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2005.00237.x>
- Peterson J. (2010). A qualitative comparison of parent and adolescent views regarding substance use. *The Journal of school nursing : the official publication of the National Association of School Nurses*, 26(1), 53-64. <https://doi.org/10.1177/1059840509355586>
- Richard J. (1991), Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, Volume 12, Issue 8, Pp. 597-605, ISSN 1054-139X. [https://doi.org/10.1016/1054-139X\(91\)90007](https://doi.org/10.1016/1054-139X(91)90007).
- Romo, N. (2010). La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas. *Revista española de drogodependencias*, ISSN 0213-7615, N°. 3, 2010, págs. 269-272
- Scoppetta, O., Avendaño, B.L., Cassiani, M. (2020). Factores Individuales Asociados al Consumo de Sustancias Ilícitas: Una Revisión de Revisiones. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. ISSN 0034-7450, <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.01.007>.
- Scoppetta, O. Y Ortiz, E. (2021). Modelos Ecológicos del Desarrollo aplicados al consumo de drogas ilícitas: una revisión sistemática. *Psicología desde el Caribe*, 38(2), 167-188. Epub December 13, 2021. <https://doi.org/10.14482/psdc.38.2.158.1>
- Shulman, E.P., Smith, A.R., Silva, K., Icenogle, G., Duell, N., Chein, J., Steinberg, L. (2016). The dual systems model: Review, reappraisal, and reaffirmation. *Dev. Cogn. Neurosci* 17, 103-117. doi:10.1016/j.dcn.2015.12.010.
- Socidrogalcohol (2021), Guía Clínica de Cannabis. <https://socidrogalcohol.org/proyecto/guia-clinica-de-cannabis/>
- Spear, L.P. (2000). Neurobehavioral Changes in Adolescence. *Current Directions in Psychological Science*, 9(4), 111-114. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00072>.
- Suárez, P., Vélez, M. (2018). El papel de la familia en el desarrollo social del niño: una mirada desde la afectividad, la comunicación familiar y esti-

- los de educación parental. *Psicoespacios*, 12(20), 173-198. <https://doi.org/10.25057/21452776.1046>
- Vanyukov, M. M., Tarter, R. E., Kirillova, G. P., Kirisci, L., Reynolds, M. D., Kreek, M. J., Conway, K. P., Maher, B. S., Iacono, W. G., Bierut, L., Neale, M. C., Clark, D. B., & Ridenour, T. A. (2012). Common liability to addiction and “gateway hypothesis”: theoretical, empirical and evolutionary perspective. *Drug and alcohol dependence*, 123 Suppl 1(Suppl 1), S3-S17. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.12.018>.
- Vijayakumar, N., Op de Macks, Z., Shirtcliff, E. A., & Pfeifer, J. H. (2018). Puberty and the human brain: Insights into adolescent development. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 92, 417-436. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.06.004>.

Sexo-género y cannabis. De las hormonas a las neuronas

- Altell, G., Martí, M., & Missé, M. (2016). Perspectiva de género en espacios de ocio nocturno y drogas: observando los riesgos de las mujeres. *Poniendo otras miradas a la adolescencia: Convivir con los riesgos: drogas, violencia, sexualidad y tecnología*, 31. ISBN 978-84-1575-977-5, págs. 43-60.
- Badowski, S., & Smith, G. (2020). Cannabis use during pregnancy and postpartum. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 66(2), 98-103.
- Barbosa-Leiker, C., Burduli, E., Smith, C. L., Brooks, O., Orr, M., & Gartstein, M. (2020). Daily Cannabis Use During Pregnancy and Postpartum in a State With Legalized Recreational Cannabis. *Journal of addiction medicine*, 14(6), 467-474. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000625>.
- Becker, J. B., McClellan, M. L., & Reed, B. G. (2017). Sex differences, gender and addiction. *Journal of neuroscience research*, 95(1-2), 136-147. <https://doi.org/10.1002/jnr.23963>.
- Bermejo, M.G., Adell, PA y Pineda, AO (2017). «De petas y tetas». Mujeres y feminismos en la cultura cannábica. En *Las sendas de la regulación del cannabis en España* (págs. 136-144). Edicions Bellaterra. ISBN 978-84-7290-809-3, págs. 136-144.
- Bertrand, K. A., Hanan, N. J., Honerkamp-Smith, G., Best, B. M., & Chambers, C. D. (2018). Marijuana Use by Breastfeeding Mothers and Cannabinoid Concentrations in Breast Milk. *Pediatrics*, 142(3), e20181076. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-1076>.

- Brabete, A. C., Greaves, L., Hemsing, N., & Stinson, J. (2020). Sex- and Gender-Based Analysis in Cannabis Treatment Outcomes: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 17(3), 872. <https://doi.org/10.3390/ijerph17030872>.
- Calakos, K. C., Bhatt, S., Foster, D. W., & Cosgrove, K. P. (2017). Mechanisms Underlying Sex Differences in Cannabis Use. *Current addiction reports*, 4(4), 439-453. <https://doi.org/10.1007/s40429-017-0174-7>.
- Cooper, Z. D., & Craft, R. M. (2018). Sex-Dependent Effects of Cannabis and Cannabinoids: A Translational Perspective. *Neuropsychopharmacology: official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 43(1), 34-51. <https://doi.org/10.1038/npp.2017.140>.
- Cooper, Z. D., & Haney, M. (2014). Investigation of sex-dependent effects of cannabis in daily cannabis smokers. *Drug and alcohol dependence*, 136, 85-91. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.12.013>.
- Committee Opinion No. 722 Summary: Marijuana Use During Pregnancy and Lactation. *Obstetrics & Gynecology: October 2017 - Volume 130 - Issue 4 - p 931-932*. doi: 10.1097/AOG.0000000000002349.
- Correa, F., Wolfson, M. L., Valchi, P., Aisemberg, J., & Franchi, A. M. (2016). Endocannabinoid system and pregnancy. *Reproduction (Cambridge, England)*, 152(6), R191-R200. <https://doi.org/10.1530/REP-16-0167>.
- Corsi, D. J., Murphy, M., & Cook, J. (2021). The Effects of Cannabis on Female Reproductive Health Across the Life Course. *Cannabis and cannabinoid research*, 6(4), 275-287. <https://doi.org/10.1089/can.2020.0065>.
- Datta, P.; Melkus, M.W.; Rewers-Felkins, K.; Patel, D.; Bateman, T.; Baker, T.; Hale, T.W. (2021). Human Milk Endocannabinoid Levels as a Function of Obesity and Diurnal Rhythm. *Nutrients*, 13, 2297. <https://doi.org/10.3390/nu13072297>.
- El-Talatini, M.R., Taylor, A.H., Elson, J.C., Brown, L., Davidson, A.C., Konje, J.C. (2009). Localisation and function of the endocannabinoid system in the human ovary. *PLoS One* 4(2):e4579.
- El-Talatini, M. R., Taylor, A. H., & Konje, J. C. (2010). The relationship between plasma levels of the endocannabinoid, anandamide, sex steroids, and gonadotrophins during the menstrual cycle. *Fertility and sterility*, 93(6), 1989-1996. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.12.033>.
- Escudero, C. (2021). Repensar las drogas y el género. *Análisis del consumo de drogas, la violencia y el Covid19. Cátedra*, (18), 56-70.
- Ettorre, E. (2015). Embodied Deviance, Gender, and Epistemologies of Ignorance: Re-Visioning Drugs Use in a Neurochemical, Unjust World. *Subs-*

- tance use & misuse*, 50(6), 794-805. <https://doi.org/10.3109/10826084.2015.978649>.
- Fogel, J. S., Kelly, T. H., Westgate, P. M., & Lile, J. A. (2017). Sex differences in the subjective effects of oral Δ^9 -THC in cannabis users. *Pharmacology, biochemistry, and behavior*, 152, 44-51. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2016.01.007>.
- Gammon CM, Freeman GM, Xie W, Petersen SL, Wetsel WC. Regulation of gonadotropin-releasing hormone secretion by cannabinoids. *Endocrinology*. 2005;146(10):4491-9.
- García-Carpintero, M., Ruiz, C., & Romo, N. (2019). Acoso sexual juvenil en los espacios de ocio nocturno: Doble vulnerabilidad femenina. <https://doi.org/10.1344/Lectora2019.25.20>.
- González, C. A., Gallego, J. D., & Bockting, W. O. (2017). Demographic Characteristics, Components of Sexuality and Gender, and Minority Stress and Their Associations to Excessive Alcohol, Cannabis, and Illicit (Non-cannabis) Drug Use Among a Large Sample of Transgender People in the United States. *The journal of primary prevention*, 38(4), 419-445. <https://doi.org/10.1007/s10935-017-0469-4>.
- Greaves, L., & Hemsing, N. (2020). Sex and gender interactions on the use and impact of recreational cannabis. *International journal of environmental research and public health*, 17(2), 509. <https://doi.org/10.3390/ijerph17020509>
- Har-Gil, E., Heled, A., Dixon, M., Ahamed, A., & Bentov, Y. (2021). The relationship between cannabis use and IVF outcome-a cohort study. *Journal of cannabis research*, 3(1), 42. <https://doi.org/10.1186/s42238-021-00099-5>.
- Hemsing, N., & Greaves, L. (2020). Gender norms, roles and relations and cannabis-use patterns: A scoping review. *International journal of environmental research and public health*, 17(3), 947. <https://doi.org/10.3390/ijerph17030947>.
- Hemsing, N., & Greaves, L. (2020). Gender Norms, Roles and Relations and Cannabis-Use Patterns: A Scoping Review. *International journal of environmental research and public health*, 17(3), 947. <https://doi.org/10.3390/ijerph17030947>.
- Kasman AM, Thoma ME, McLain AC, Eisenberg ML. Association between use of marijuana and time to pregnancy in men and women: findings from the National Survey of Family Growth. *Fertil Steril*. 2018;109(5):866-71. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.01.015>.
- Kulis, S., Marsiglia, F. F., Ayers, S. L., Booth, J., & Nuño-Gutiérrez, B. L. (2012). Drug resistance and substance use among male and female adolescents in alternative secondary schools in Guanajuato, Mexico. *Journal of*

- studies on alcohol and drugs, 73(1), 111-119. <https://doi.org/10.15288/jsad.2012.73.111>.
- Kulis, S., Marsiglia, F. F., Lingard, E. C., Nieri, T., & Nagoshi, J. (2008). Gender identity and substance use among students in two high schools in Monterrey, Mexico. *Drug and alcohol dependence*, 95(3), 258-268. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.01.019>.
- Lazzarin, N., Valensise, H., Bari, M., Ubaldi, F., Battista, N., Finazzi-Agrò, A., & Maccarrone, M. (2004). Fluctuations of fatty acid amide hydrolase and anandamide levels during the human ovulatory cycle. *Gynecological endocrinology : the official journal of the International Society of Gynecological Endocrinology*, 18(4), 212-218. <https://doi.org/10.1080/09513590410001692492>.
- Llort, A., Ferrando, S., Borrás, T., & Purro, I. (2013). El doble estigma de la mujer consumidora de drogas: estudio cualitativo sobre un grupo de auto apoyo de mujeres con problemas de abuso de sustancias. <http://dx.doi.org/10.14198/ALTERN2013.20.01>.
- Matheson, J., Sproule, B., Di Ciano, P., Fares, A., Le Foll, B., Mann, R. E., & Brands, B. (2020). Sex differences in the acute effects of smoked cannabis: evidence from a human laboratory study of young adults. *Psychopharmacology*, 237(2), 305-316. <https://doi.org/10.1007/s00213-019-05369-y>.
- Mumford, S. L., Flannagan, K. S., Radoc, J. G., Sjaarda, L. A., Zolton, J. R., Metz, T. D., Plowden, T. C., Perkins, N. J., DeVilbiss, E. A., Andriessen, V. C., A C, P. S., Kim, K., Yisahak, S. F., Freeman, J. R., Alkhalaf, Z., Silver, R. M., & Schisterman, E. F. (2021). Cannabis use while trying to conceive: a prospective cohort study evaluating associations with fecundability, live birth and pregnancy loss. *Human reproduction (Oxford, England)*, 36(5), 1405-1415. <https://doi.org/10.1093/humrep/deaa355>.
- Nassan, F. L., Arvizu, M., Mínguez-Alarcón, L., Williams, P. L., Attaman, J., Petrozza, J., Hauser, R., Chavarro, J., & EARTH Study Team (2019). Marijuana smoking and markers of testicular function among men from a fertility centre. *Human reproduction (Oxford, England)*, 34(4), 715-723. <https://doi.org/10.1093/humrep/dez002>.
- Nia, A. B., Mann, C., Kaur, H., & Ranganathan, M. (2018). Cannabis Use: Neurobiological, Behavioral, and Sex/Gender Considerations. *Current behavioral neuroscience reports*, 5(4), 271-280. <https://doi.org/10.1007/s40473-018-0167-4>.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021. 243 p.

- Ordean, A., & Kim, G. (2020). Cannabis Use During Lactation: Literature Review and Clinical Recommendations. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada: JOGC*, 42(10), 1248-1253. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2019.11.003>.
- Parent, N., Coulaud, P. J., Amirie, M., Ferlatte, O., & Knight, R. (2021). Cannabis use and mental health among young sexual and gender minority men: A qualitative study. *The International journal on drug policy*, 91, 102980. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102980>.
- Payne, K. S., Mazur, D. J., Hotaling, J. M., & Pastuszak, A. W. (2019). Cannabis and Male Fertility: A Systematic Review. *The Journal of urology*, 202(4), 674-681. <https://doi.org/10.1097/JU.0000000000000248>.
- Puente, L.M. (2012). Perspectivas de género en las condenas por tráfico de drogas. *Oñati Socio-legal Series [online]*, 2 (6), 97-121. <http://ssrn.com/abstract=2115433>.
- Romo, M.N. (2010). La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas. *Revista Española de Drogodependencias*, 2010, Vol. 35, no. 3. <http://hdl.handle.net/10550/22455>.
- Rossetti, M.G., Mackey, S., Patalay, P. et al. (2021). Sex and dependence related neuroanatomical differences in regular cannabis users: findings from the ENIGMA Addiction Working Group. *Transl Psychiatry* 11, 272. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01382-y>.
- Suárez, A. L., & Clua-García, R. (2021). Políticas públicas dirigidas a personas consumidoras de drogas: Estrategias para la desestigmatización y la promoción de los derechos humanos. *Salud Colectiva*, 17, e3041-e3041. <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3041>.
- Walker, O. S., Holloway, A. C., & Raha, S. (2019). The role of the endocannabinoid system in female reproductive tissues. *Journal of ovarian research*, 12(1), 3. <https://doi.org/10.1186/s13048-018-0478-9>
- Wang H, Xie H, Dey SK. (2008). Loss of cannabinoid receptor CB1 induces preterm birth. *PLoS One* 3(10):1-8.
- Westfall, R. E., Janssen, P. A., Lucas, P., & Capler, R. (2006). Survey of medicinal cannabis use among childbearing women: patterns of its use in pregnancy and retroactive self-assessment of its efficacy against 'morning sickness'. *Complementary therapies in clinical practice*, 12(1), 27-33. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2005.09.006>.

La prevención de riesgos y daños en el consumo de cannabis mediante el contenido audiovisual. Una breve aproximación

- Foucault, M. (2000). Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión. México: Editorial Siglo Veintiuno.
- Jelsma, M., Blickman, T., Taylor, D. (2014) Auge y caída de la del cannabis. La historia del cannabis en el sistema de control de drogas de la ONU y prohibición de las opciones de reforma. Ámsterdam, TNI.
- Llorca, G. (2015) Los contenidos audiovisuales transmediáticos ante los nuevos tipos de usuario. Obra digital - ISSN 2014-5039. Núm 8.
- Romaní, O. (2008) Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. Salud colectiva, 4, 3, 301-318.

Estrategias de reducción de riesgos y posibles daños en los clubes sociales cannábicos

- OECCC. (2019). Autocultivo y uso de cannabis en España, de la clandestinidad a la propuesta de regulación. Letrame.
- Amigó, S. (2017). Guía del uso racional de las drogas. Ed. Revisada y ampliada. Asociación Cultural y Científica Iberoamericana (ACCI).
- Asensio, E. y Obradors, A. (2021). Las asociaciones cannábicas y la reducción de riesgos y daños en los usos del cannabis. Federació de D'associacions Cannàbiques de Catalunya, (CAT-FAC).
- Barriuso, M. (2011) Los Clubes Sociales de Cannabis en España. Una alternativa normalizadora en marcha. Transnational Institute. Serie reforma legislativa en materia de drogas, núm. 9.
- Bouso, C. (2019). Cannabis Medicinal, de droga prohibida a solución terapéutica. Profit Editorial.
- ENCOD (2014, 7 enero) ¿Qué es ENCOD? <https://encod.org/es/nosotros/que-es-encod/>.
- Fernandez, J. (2016, febrero). Uso de Vaporizador: seguridad y toxicología. Artículos técnicos de Canna. <https://www.fundacion-canna.es/uso-de-vaporizador-seguridad-y-toxicologia>.
- Grotenhermen, F. (2017). Cannabis como medicamento. Manual Práctico. La Cañameria Global.
- Jelsma, M., Blickman, T., Taylor, D. (2014). Auge y caída de la cannabis. La historia del cannabis en el sistema de control de drogas de la ONU y prohibición de las opciones de reforma. Transnational Institute.

- Martínez, M. (2019, 13 noviembre). Qué es el acetato de vitamina E y por qué es perjudicial? Revista Nobbbot. <https://www.nobbbot.com/general/acetato-vitamina-e/>.
- Ramos, J. y Guzmán, M. (2019). Usos Medicinales del Cannabis, ¿Qué sabemos de sus propiedades curativas? Los libros de la Catarata.
- Sánchez-Nàcher, N. y García de Palau, A. (2019) Aspectos claves del cannabis medicinal. En Observatorio Europeo de Consumo y Cultivo de Cannabis (Eds.). Autocultivo y uso de Cannabis en España, de la clandestinidad a la propuesta de regulación (pp. 67-74). Letrame.

Cannabis y Derecho. Una aproximación jurídica para la reducción de riesgos

- Real Decreto Legislativo 6/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial. BOE-A-A2015-11722.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE-A-A1995-25444.
- Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana.

Autoras y autores



Autoras y autores

Salvador Amigó Borrás. Doctor en Psicología y profesor titular de la Universidad de Valencia. Hoy en día imparte docencia en Psicología de la Salud. Desde hace varias décadas viene realizando estudios y numerosas publicaciones sobre las drogas, adoptando la perspectiva de reducción de riesgos y daños en cuanto a la intervención social en esta área, y defendiendo nuevos modelos de política de drogas que conduzcan a una progresiva legalización de las mismas. Es también el creador de la Terapia de Auto-Regulación, que es un procedimiento psicológico que permite la reproducción a voluntad de los efectos de drogas y que ha sido aplicado exitosamente en psicoterapia. Además, ha publicado sobre diferentes áreas de conocimiento como son: historia, filosofía, psicología, medios de comunicación y economía, entre otras.

Víctor Ayllón i Morata. Graduado en Derecho por la Universitat de València. Máster en Abogacía y abogado ejerciente en el Ilustre Colegio de Abogados de València. Es especialista en Derecho Penal y Derecho Administrativo en delitos relacionados con la salud pública y sanciones por tenencia y consumo de estupefacientes. También trabaja en el ámbito del derecho mercantil asesorando a empresas del sector cannábico para la elaboración de planes de prevención del delito. Forma parte del equipo de redacción de Brotsanbert encargado de la publicación de artículos especializados en la prensa del sector.

María Ángeles Beleña Mateo. Profesora Titular de Universidad del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Facultad de Psicología, de la Universitat de València. Como líneas de especialización e investigación desarrolladas: delincuencia femenina, personalidad y estrés post-traumático, violencia interpersonal (mobbing, acoso sexual, violencia de género), Psicología de la Salud, estrategias de control y consumo de drogas. Ha publicado numerosos artículos y capítulos de libros en relación a estas temáticas, en revistas tales como *Personality and Individual Differences*, *Perceptual and Motor Skills*, *The Open Criminology Journal*, *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *Aging and Mental Health*.

Marta Gálvez Bermejo. Graduada en Antropología Social y Cultural, por la Universidad Autónoma de Barcelona. Máster en Antropología, Investigación avanzada e Intervención social, por la misma universidad. Especializada en prevención de riesgos y reducción de daños en el consumo de drogas. Ha trabajado como investigadora en el Observatorio Etnográfico de Drogas de Barcelona. Ha colaborado y colabora en diversos proyectos del sector, y en el activismo cannábico, especializada en el asociacionismo, ha hecho diversas aportaciones con trabajos académicos del sector. Ha colaborado como socia del grupo motor de REMA (Red de Mujeres Anti prohibicionistas) y Mujeres Cannábicas, como administrativa en el despacho jurídico Brotsanbert (València). Asimismo, representa también el cargo de presidenta en el Fòrum Can-nàbic Valencià (FCV) y colabora como integrante del Grup d'Estudis sobre cannabis i drogues Fes-ho-bé!

Herminia Miralles Infantes. Licenciada en Psicología; master en orientación educativa, psicobiología del aprendizaje y en psicología forense; diploma de intervención en trastornos emocionales, perito judicial experta en acoso escolar bullying y cyberbullying. Miembro de la junta directiva de FesHoBé!, psicóloga de la asociación Ajuda'm para la integració social de menors en

riesgo de exclusión, técnica en una de las unidades de prevención de las adicciones con o sin sustancia de la provincia de Alicante, con una larga trayectoria profesional en violencia interpersonal, adolescencia e infancia, prevención y reducción de riesgos así como en atención individual o grupal.

F. Javier Miravete Gual. Técnico experto en Herbodietética, experimentado usuario medicinal de la planta cannabis sativa. Experto en manejo del dolor. Asesor terapéutico en Clubes Sociales de Cannabis. Presidente de Terapéuticas Hierbas Castelló y del Grupo de Estudios sobre Cannabis y Drogas, Fes-HoBe! Miembro fundador del Cercle Cannàbic Podem País Valencià y Fòrum Cannàbic Valencià. Activista, reconocido defensor de los Derechos Humanos y divulgador.

Raúl Montoro. Ingeniero Agrícola y un profesional con más de 20 años de experiencia en el sector de sustratos, fertilizantes, fitosanitarios y bioestimulantes tanto para el sector profesional, como para el doméstico. Ha sido presidente de la Asociación de Empresas con Productos para el cuidado de Parques y Jardines (APJ) e integrante del Fòrum Cannàbic Valencià. Se define como cultivador doméstico por amor, autodidacta y promotor del cultivo en casa como forma de empoderamiento de personas enfermas y familiares.

Andreu Moreno i Tarín. Licenciado en Derecho por la Universitat de València, Máster en Derechos Humanos, Democracia y Justicia Internacional por el Instituto de Derechos Humanos de Valencia y abogado ejerciente en el Ilustre Colegio de Abogados de Valencia y director del despacho de Brotsanbert en València. Además, es profesor asociado del Departamento de Derecho Penal de la Universitat de València. Es especialista en derecho penal, sobre todo en

los delitos relativos a la salud pública y drogas y en la protección de derechos fundamentales, tanto individuales como de colectivos y organizaciones sociales. También trabaja como asesor de políticas públicas de drogas. Actualmente asesora a empresas y asociaciones del sector cannábico en la prevención de delitos, en el derecho farmacéutico, agrícola y alimenticio y es colaborador habitual de prensa del sector cannábico escribiendo artículos especializados. En el ámbito social colabora con diferentes entidades y colectivos en defensa de los derechos humanos y libertades civiles.

Vanessa Nogués Garnica. Psicóloga General Sanitaria especializada en intervención con Trastornos de la Personalidad y Psicosis. Formada por la Universitat de València (Grado en Psicología), Universidad CEU Cardenal Herrera (Máster en Psicología General Sanitaria), Tech University (Máster en intervención con TP y Psicosis) y DBT Iberoamérica (Formación intensiva en DBT). Actualmente, forma parte del equipo profesional de ASVA TP (Asociación Valenciana de Trastornos de Personalidad) y es integrante del Grup d'Estudis FesHoBé! sobre Cannabis y Drogues.

Noemí Sánchez Nàcher. Doctora en Neurociencias, Licenciada en Psicología, con masters en Neuropsicología y Neurociencias y Postgrado en Psicooncología. Ha formado parte de proyectos de investigación en Universitat de les Illes Balears, desarrollando y participando en estudios sobre dolor crónico. En la actualidad es profesora asociada en la Facultat de Psicologia de la Universitat de València donde a su vez participa en proyectos de investigación sobre cannabis en colaboración con FesHoBé!, siendo también directora del proyecto *Encuesta Cannabis del Observatorio Europeo de Consumo y Cultivo de Cannabis* (OECCC). Ha sido coautora y autora de varios capítulos de libro y artículos científicos en el área del dolor crónico y cannabis medicinal. Es presidenta del OECCC, socia fundadora del Fòrum Cannàbic Valencià (FCV), integrante del grupo motor de la Red de Mujeres Antiprohibicionistas (REMA) y del Grup d'Estudis sobre cannabis i drogues FesHoBé!

