



emcdda.europa.eu

Cannabis problems in context — understanding the increase in European treatment demands

EMCDDA 2004 selected issue

*In EMCDDA 2004 Annual report on the state of
the drugs problem in the European Union and
Norway*

Cuestión particular 2

El problema del cannabis en su contexto: razones del aumento de las demandas de tratamiento

Introducción

El término «cannabis» se emplea para definir varios productos que se obtienen de la planta del cannabis o del cáñamo (*Cannabis sativa* L.), una especie anual originaria de Asia Central que en la actualidad crece en muchas partes del mundo de clima templado y tropical. Las numerosas variedades de la planta *Cannabis sativa* presentan una amplia gama de características biológicas y químicas divergentes. En el mercado europeo de las drogas se pueden encontrar tres formas de cannabis ilegal: «hierba de cannabis», obtenida de las sumidades florales, los tallos y las hojas secas de la planta; «resina de cannabis», las secreciones resinosas secas de color marrón o negro producidas a partir de las sumidades florales de la planta, que normalmente se vende en forma de bloques comprimidos pero que también puede encontrarse en polvo; y, la menos común, el «aceite de cannabis», un líquido viscoso y pegajoso.

El cannabis cuenta con un largo historial de consumo entre la población, y en muchas ocasiones ha sido empleado por distintas sociedades como una fuente importante de fibra para la elaboración de ropa y cuerdas, una ayuda para los rituales religiosos, una hierba medicinal y como estupefaciente. Actualmente, el cannabis es la droga ilegal que más se produce, con la que más se trafica y la que más comúnmente se consume a escala mundial (PINUCD, 2003a). A pesar de su largo historial de consumo y de la popularidad de la que goza en la actualidad, nuestros conocimientos sobre el impacto del consumo de cannabis en la salud pública siguen siendo limitados. Recientemente, cada vez son más las pruebas que relacionan el consumo de cannabis, y especialmente su consumo intensivo, con una serie de problemas sanitarios y sociales. También es mayor la preocupación por el aparente aumento del número de consumidores de cannabis que solicitan ayuda de los servicios especializados en materia de drogas. Sin embargo, la magnitud y la naturaleza de los problemas detectados entre las población de consumidores de cannabis europeos siguen siendo inciertas. Igual de incierta es la cuestión de hasta qué punto los datos estadísticos sobre el aumento de demandas de tratamiento reflejan cambios en las prácticas de notificación y de remisión a tratamiento en comparación con el incremento del número de personas que solicitan ayuda. Para responder a estas preguntas debemos enmarcar las demandas de tratamiento por consumo de cannabis en la perspectiva más amplia de

los cambios producidos en las pautas de consumo en Europa, la evolución y el desarrollo de los sistemas de notificación e incluso la consideración de la naturaleza cambiante de la droga en sí. Estos temas se abordan en esta cuestión particular sobre el problema del cannabis en su contexto, cuyo objetivo es propiciar un debate más razonado acerca del posible impacto sobre la salud pública del más común de todos los consumos de drogas.

El contexto legislativo: situación legal del cannabis en Europa

Las sanciones penales que deberían aplicarse a los consumidores de cannabis siguen siendo motivo de controversia en la UE ⁽¹⁵¹⁾, y los Estados miembros adoptan enfoques considerablemente distintos con respecto a esta cuestión.

Los extractos del cannabis se clasifican como estupefacientes de conformidad con los anexos I y IV de la Convención única de 1961 sobre estupefacientes, de las Naciones Unidas ⁽¹⁵²⁾. La Convención insta a la adopción de medidas para garantizar la penalización de una amplia gama de actividades, incluida la posesión de estupefacientes. Sin embargo, los Estados miembros tienen que interpretar y aplicar la Convención teniendo en cuenta sus propias circunstancias, y la letra b) del apartado 1 del artículo 36 admite las distintas opciones de medidas de «tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación y readaptación social».

En la práctica, esto significa que la forma de perseguir los delitos relacionados con el cannabis en el territorio de la UE es heterogénea. Algunos países han elaborado directrices de instrucción o códigos jurídicos para regular el tratamiento de determinados tipos de delitos relacionados con el cannabis, a menudo recomendando distintas vías jurídicas para juzgar lo que se consideran contravenciones o delitos más graves. En algunos países se está haciendo patente una tendencia a aplicar medidas terapéuticas como alternativa a los procesos penales para casos de consumo y posesión de pequeñas cantidades de drogas sin circunstancias agravantes. Asimismo, los códigos penales podrían abordar la cuestión del consumo problemático permitiendo (de forma discrecional u obligatoria) la suspensión de la causa penal, siempre y cuando el delincuente se someta a tratamiento o reciba asesoramiento.

⁽¹⁵¹⁾ Véase la página web de la base de datos europea de legislación en materia de drogas (ELDD) (http://eldd.emcdda.eu.int/trends/trends_cannabis.shtml).

⁽¹⁵²⁾ Véase: <http://www.incb.org/e/conv/1961/index.htm>

Aunque estas alternativas suelen afectar a los consumidores de todo tipo de drogas, como resultado de los cambios acontecidos en el último año, las leyes o directrices en Bélgica y el Reino Unido ahora mencionan de forma específica a los consumidores problemáticos de cannabis con el fin de orientarlos hacia esta opción de tratamiento.

Problemas físicos, psicológicos y de desarrollo relacionados con el consumo de cannabis ⁽¹⁵³⁾

Los informes nacionales de los Estados miembros señalan que un aumento del número de demandas de tratamiento por consumo de cannabis refleja probablemente un incremento de los problemas particularmente relacionados con el consumo intensivo de esta droga. Convendría señalar, sin embargo, que faltan numerosos datos sistemáticos y comparables sobre los problemas experimentados por los consumidores de esta sustancia. La base de conocimientos científicos en este ámbito sigue evolucionando, si bien ofrece cada vez más pruebas científicas de la relación que existe entre el consumo de cannabis y una serie de problemas, aunque la naturaleza del vínculo causal no siempre es clara. Es posible consultar en línea una visión general de los estudios que existen sobre los problemas relacionados con el consumo de cannabis (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=4811>).

Es importante distinguir entre los efectos agudos (a corto plazo) del cannabis y el impacto crónico o a largo plazo de la droga. Se ha notificado una serie de efectos agudos positivos y negativos. Entre los efectos negativos se incluyen la falta de atención y dificultades de concentración, efectos adversos sobre la función motora (reflejos, coordinación), problemas de memoria a corto plazo, ansiedad, ataques de pánico y depresión. Los efectos positivos pueden ser la euforia, la relajación y una mayor sociabilidad. Los efectos agudos de la droga que suscitan las principales preocupaciones son la psicosis a corto plazo inducida por el consumo de drogas o ataques de pánico agudos, un mayor riesgo de accidentes, especialmente al volante o en entornos de trabajo peligrosos y, entre los jóvenes, un impacto negativo sobre el rendimiento escolar (Hall et al., 2001).

Llegar a comprender los efectos crónicos del cannabis es más complejo por una serie de motivos, entre otras cosas porque resulta complicado distinguir los efectos del cannabis de los efectos del consumo crónico de otras drogas ilegales, de tabaco y de alcohol. No obstante, entre las principales preocupaciones a este respecto cabe señalar un mayor riesgo de desarrollar cáncer de pulmón y otras enfermedades respiratorias, así como el riesgo de experimentar problemas psiquiátricos a largo plazo,

incluidas la depresión, la psicosis y la esquizofrenia. Otro problema relacionado con el consumo crónico es la posible aparición de un comportamiento adictivo. En el estudio disponible en línea se examina hasta qué punto las pruebas científicas muestran que el consumo de cannabis constituye un factor de riesgo, un factor causal o simplemente está relacionado con estos problemas debido a una serie de relaciones más complejas.

En la mayoría de los Estados miembros, el cannabis es la droga ilegal más frecuentemente relacionada con los delitos contra la legislación en materia de drogas, lo que no resulta sorprendente dado que se trata de la droga más consumida ⁽¹⁵⁴⁾. No obstante, en comparación con otras drogas, como la heroína, no parece que exista una estrecha relación entre el consumo de cannabis y otros tipos de delitos.

El consumo de cannabis y la evaluación de problemas

Aunque los criterios de diagnóstico reconocidos internacionalmente ofrecen interesantes directrices sobre las definiciones de lo que debe entenderse por consumo de drogas perjudicial, abuso y consumo dependiente, surgen problemas cuando se considera el cannabis a la luz de las pruebas científicas disponibles a escala europea ⁽¹⁵⁵⁾. En particular, existen considerables divergencias en cuanto a las principales cuestiones de evaluación. Por ejemplo, existe escaso consenso sobre la definición de términos como «consumo intensivo», «consumo regular» y «consumo problemático», y esto dificulta la comparación de los resultados de los distintos estudios. Asimismo, sólo en encuestas se ha intentado evaluar el nivel de «dependencia» o «abuso» entre la población, de conformidad con las definiciones CIE o DSM; en este sentido, vuelven a escasear las herramientas normalizadas que permitirían realizar una comparación convincente de los datos extraídos de distintos estudios u obtenidos entre la población.

Sin embargo, se está trabajando en este sentido. Por ejemplo, un estudio francés actualmente en marcha pretende definir mejor el consumo problemático y desarrollar instrumentos específicos para determinar la frecuencia de consumo, el riesgo percibido y los efectos psicológicos y físicos (Beck, 2003).

Hasta la fecha, la fórmula más comúnmente empleada para medir la intensidad del consumo es el número de días en los que se ha consumido esta droga durante un período determinado de tiempo. El consumo de cannabis diario o casi diario se suele utilizar como indicador de «consumo intensivo». Aunque el consumo diario de cannabis no implica necesariamente dependencia, es probable que un

⁽¹⁵³⁾ En el primer semestre de 2005 se publicará un monográfico específico sobre los problemas relacionados con el consumo de cannabis. Asimismo, se puede encontrar más información sobre los efectos sanitarios y físicos del consumo de cannabis en la página web del OEDT (http://www.emcdda.eu.int/situation/themes/demand_treatment.shtml).

⁽¹⁵⁴⁾ Véase el cuadro 5 sobre los delitos, en el boletín estadístico de 2004.

⁽¹⁵⁵⁾ Para una definición de «dependencia» y «consumo perjudicial», véase la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión (CIE-10), de la Organización Mundial de la Salud, códigos F10 a F19: trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas. También se suele utilizar con frecuencia el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (IV edición) (DSM-IV, American Psychiatric Association), que emplea los conceptos «dependencia» y «abuso».

elevado porcentaje de consumidores diarios recibiría un diagnóstico positivo de dependencia o abuso con arreglo a los criterios de diagnóstico normalizado (CIE-10, DSM-IV). Dado que resulta relativamente fácil medir la frecuencia de consumo y armonizarla en cuestionarios, esta fórmula se incluye en las directrices del OEDT para el cuestionario modelo europeo. Actualmente, nueve países notifican de esta forma datos sobre la frecuencia del consumo de cannabis ⁽¹⁵⁶⁾.

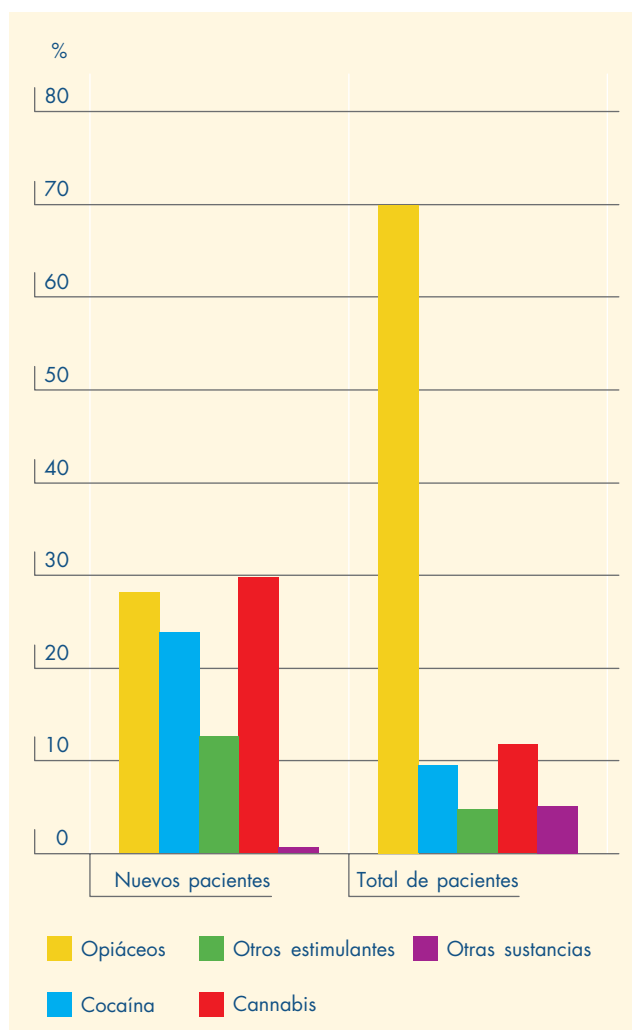
Tendencias en las demandas de tratamiento por problemas derivados del consumo de cannabis

El cannabis es la droga ilegal más consumida en Europa, pero solo un reducido porcentaje de consumidores solicita tratamiento. Pese a ello, el cannabis ha sido notificado en numerosos países como la segunda droga primaria para la que se está ofreciendo tratamiento especializado. De conformidad con los datos del indicador de demanda de tratamiento (TDI) (véase la p. 65) recopilados a partir de todos los tipos existentes de tratamiento, cerca del 12 % de los pacientes y del 30 % de los que reciben tratamiento por primera vez notifican que su principal problema es el cannabis (gráfico 26).

El porcentaje de nuevos pacientes (los que no han recibido tratamiento anteriormente) que solicitan tratamiento por consumo de cannabis varía considerablemente de un país a otro, desde casi el 0 % en Lituania al 48 % en Alemania, pero en general se encuentra por encima del 20 % (gráfico 27). No obstante, no todos los países pueden proporcionar información sobre nuevas solicitudes de tratamiento, y en medio de los conjuntos de información sobre todas las solicitudes de tratamiento los problemas del cannabis son menos evidentes.

Entre 1996 y 2002, de conformidad con la información del TDI procedente de países que han facilitado datos sobre tendencias, el número de nuevos pacientes que solicitan tratamiento por consumo de cannabis como droga principal pasó de 3 713 a 12 493. En 2002, esta cifra representaba el 29 % del total de nuevos pacientes (media entre los 11 países de los que se dispone de datos), lo que supone un aumento frente al 13 % registrado en 1996 (para las fuentes de información, véase el gráfico 20). Aunque todos estos países, con la excepción de Grecia y el Reino Unido ⁽¹⁵⁷⁾, indican un aumento del número de nuevos pacientes consumidores de cannabis en comparación con el porcentaje del total de nuevos pacientes, la magnitud del aumento varió del 6 % en los Países Bajos al 31 % en Alemania. La información contenida en los informes nacionales Reitox sugiere que el número de personas que reciben tratamiento por problemas derivados del consumo de cannabis en tanto que principal droga de consumo está aumentando igualmente en los nuevos Estados miembros (gráfico 28).

Gráfico 26. Droga principal notificada por nuevos y antiguos pacientes que solicitaron tratamiento en 2002

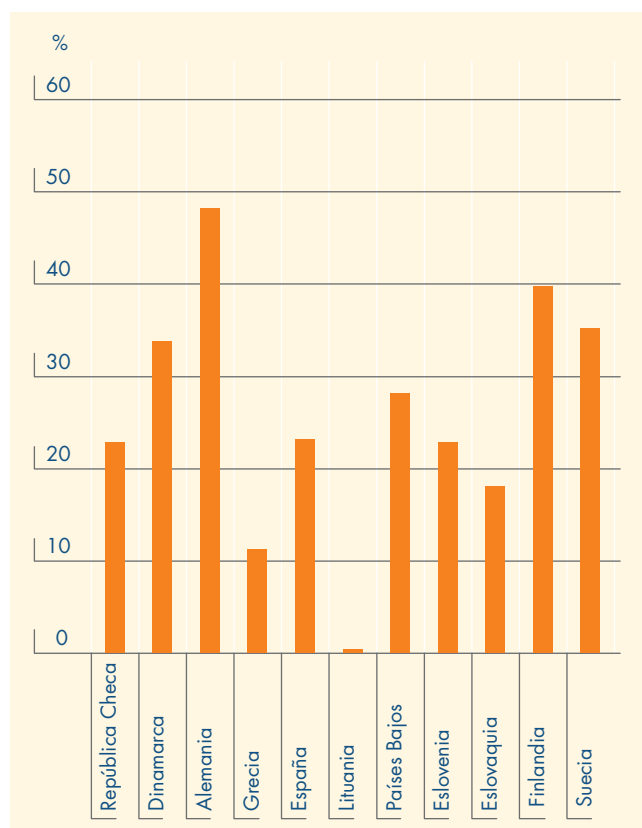


N.B.: $n = 42\ 568$ (nuevos pacientes), $351\ 372$ (total).
Países que proporcionan datos (nuevos pacientes): República Checa, Dinamarca, Alemania, Grecia, España, Lituania, Países Bajos, Eslovenia, Eslovaquia, Finlandia y Suecia.
Países que proporcionan datos (todos los pacientes): República Checa, Dinamarca, Alemania, Grecia, España, Italia, Lituania, Luxemburgo, Hungría, Países Bajos, Eslovenia, Eslovaquia, Finlandia, Suecia y Reino Unido.
Ponderado con respecto al número de pacientes por país.
Fuente: Informes nacionales de la red Reitox de 2003.

Un estudio reciente sobre las demandas de tratamiento por consumo de cannabis dirigido por el sistema de información en materia de drogas y alcohol de los Países Bajos (LADIS) señaló que el 29 % de los nuevos pacientes que empezaron a recibir tratamiento en 2002 tenía problemas con el cannabis y que el número de estos pacientes seguía siendo reducido, pero que aumentaba todos los años. El estudio indicó igualmente que, dada la magnitud del consumo de cannabis en los Países Bajos, si bien el porcentaje de solicitantes de tratamiento iba en aumento, éste seguía siendo relativamente reducido.

⁽¹⁵⁶⁾ Grecia, España, Francia, Irlanda, Italia, Letonia, los Países Bajos y Portugal. Los datos de Finlandia no se presentan debido al reducido número de consumidores que participaron en su encuesta del mes pasado (35). El número de casos y de porcentajes por país se presentan en el cuadro 1 sobre tratamientos, en el boletín estadístico.

⁽¹⁵⁷⁾ No hay datos disponibles sobre los nuevos pacientes del Reino Unido y se ofrece información en los informes nacionales.

Gráfico 27. Nuevos pacientes que solicitaron tratamiento por consumo de cannabis como droga principal en 2002, por país

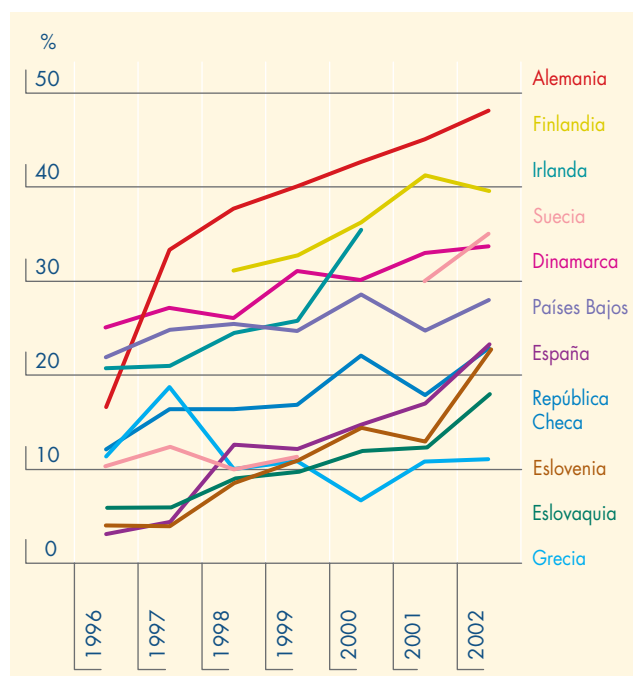
N.B.: Número total de casos: 42 421.
Fuentes: Informes nacionales de la red Reitox de 2003.

Se debe actuar con cautela a la hora de generalizar a partir de los datos consolidados a escala europea. Sólo existen datos longitudinales sobre las nuevas demandas de tratamiento en 11 países. A este respecto, cabe señalar que los datos facilitados por España y Alemania, países que han experimentado aumentos significativos de los casos de problemas relacionados con el consumo de cannabis, propician considerablemente el aumento de las demandas de tratamiento por consumo de cannabis que se desprende de los datos del TDI; asimismo, en cuanto a las cifras globales, España representa cerca del 50 % de todas las demandas de tratamiento comunicadas.

El aumento de las demandas de tratamiento por consumo de cannabis no se limita a Europa. En los Estados Unidos, donde se emplea un sistema distinto para el registro de los tratamientos por consumo de drogas ⁽¹⁵⁸⁾, las admisiones a tratamiento por consumo de marihuana aumentaron de 20 000 en 1992 a casi 90 000 en 2000 (SAMHSA, 2001; OEDT, 2003d).

A la hora de examinar las implicaciones del aumento de las demandas de tratamiento por consumo de cannabis se plantean las siguientes cuestiones fundamentales:

- ¿Representa este resultado un aumento del número de personas con problemas físicos y psicológicos relacionados con el consumo de cannabis? En caso afirmativo,
 - ¿se deriva de un aumento del consumo regular e intensivo de cannabis?
 - ¿refleja otros factores tales como un posible aumento de la potencia del cannabis?
- ¿Puede explicarse este aumento por factores independientes de una mayor necesidad de ayuda, como por ejemplo:
 - mejoras en la cobertura del sistema de notificación de tratamientos;
 - la expansión de los tipos de servicios de tratamiento disponibles, y en particular, de servicios específicos para adolescentes y jóvenes (red Reitox, Informes nacionales, 2003);
 - cambios en el modo en que los sistemas penales, las escuelas o los centros que trabajan con jóvenes abordan el consumo de cannabis, con un aumento del número de envíos a tratamiento de personas que de otro modo no hubieran buscado tratamiento de forma espontánea?

Gráfico 28. Tendencias entre los nuevos pacientes admitidos a tratamiento por consumo de cannabis (1996-2002)

N.B.: Tratamiento en cifras generales (% del total de pacientes). Tendencias medias (%) de cada país. Países que proporcionan datos: República Checa, Dinamarca, Alemania, Grecia, España, Países Bajos, Eslovenia, Eslovaquia, Finlandia y Suecia. En Suecia, los datos entre 1996 y 1999 proceden de tratamientos hospitalarios, razón por la cual el número de casos de cannabis es relativamente bajo en comparación con otros años.
Fuentes: Informes nacionales de la red Reitox de 2003.

⁽¹⁵⁸⁾ En los Estados Unidos se registran las admisiones a tratamiento y no los pacientes. Asimismo, a diferencia de Europa, el alcohol se incluye entre las sustancias de abuso. Véase la página web de SAMHSA (<http://www.samhsa.gov>). Nota: en los Estados Unidos, Canadá y Australia se emplea el término «marihuana», ya que el término «hachís» (resina de cannabis) no es común.

Es importante entender la medida en que cada uno de estos factores influye en la asistencia a tratamientos. Un primer paso consiste en examinar las características de las personas que empiezan a ser tratadas y que tienen problemas por consumo de cannabis como droga principal. Este análisis se basa en los consumidores que reciben tratamiento ambulatorio.

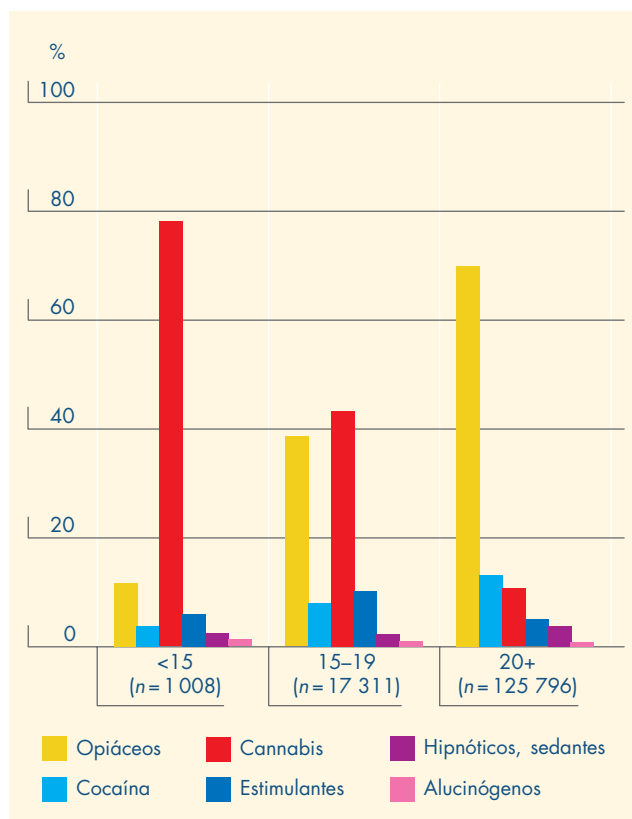
Consumidores de cannabis: características y pautas de consumo

Existe una serie de opciones estándar que permiten registrar la fuente de envío de los consumidores que inician un tratamiento. Éstas distinguen entre los consumidores que se someten voluntariamente a un tratamiento y los que son enviados por terceras partes, como los organismos de justicia penal o los centros sociales. La mayor parte de los consumidores de cannabis acuden a tratamiento presionados por sus familiares o amigos, los servicios sociales o el sistema penal. En comparación con los consumidores de otras drogas, un porcentaje más pequeño de consumidores de cannabis se somete voluntariamente a tratamiento ⁽¹⁵⁹⁾. Los Estados Unidos y Canadá cuentan con un programa similar, donde la demanda de tratamiento por marihuana como sustancia principal no suele proceder en gran medida del propio consumidor (OEDT, 2003d).

Una diferencia importante entre los canales de envío radica en que los que son enviados por familiares o los servicios sociales (con frecuencia las escuelas) son generalmente más jóvenes, probablemente no consumen otras drogas distintas del cannabis y están más integrados en la sociedad, mientras que los pacientes enviados por las autoridades judiciales o los que acceden a acudir voluntariamente suelen ser mayores y con frecuencia consumen otras drogas además del cannabis (red Reitox, Informes nacionales, 2003). En Alemania y Finlandia, países que presentan los porcentajes más elevados de pacientes que consumen cannabis como sustancia principal, las autoridades judiciales y las escuelas desempeñan un papel importante en el envío de pacientes consumidores de cannabis a tratamiento.

Los consumidores de cannabis que reciben tratamiento por primera vez suelen ser en gran medida jóvenes, de sexo masculino (83 %) con una edad media de 22 y 23 años, mientras que, en el caso de otras drogas, el porcentaje de pacientes de sexo masculino es marginalmente inferior y la edad media es superior. En el caso de casi el 80 % de los nuevos pacientes clasificados como «muy jóvenes» (menores de 15 años) y el 40 % con edades comprendidas entre los 15 y los 19 años, la droga principal por la que se solicita tratamiento es el cannabis (gráfico 29) ⁽¹⁶⁰⁾. Estos grupos suelen ser principalmente de sexo masculino, pero incluyen un mayor porcentaje de mujeres que el grupo de pacientes en su conjunto. Las diferencias en la distribución por edad y sexo reflejan generalmente las mismas pautas encontradas entre todos los pacientes.

Gráfico 29. Distribución de la droga principal comunicada por pacientes admitidos a tratamiento ambulatorio y por grupos de edades (2002)



N.B.: Total de pacientes. Países que proporcionan datos: Dinamarca, Alemania, Grecia, España, Luxemburgo, Hungría, Suecia, Finlandia, Reino Unido. Los consumidores masculinos de Dinamarca y el Reino Unido suponen el 56 % de todos los pacientes sometidos a tratamiento por cannabis menores de 20 años; en España suponen más del 17 %.

Fuentes: Informes nacionales de la red Reitox de 2003; los datos sobre el TDI proceden de los centros de tratamiento ambulatorios.

La edad relativamente joven de los pacientes que consumen cannabis se refleja en el elevado porcentaje de estudiantes (45 %), frente al porcentaje de pacientes que reciben tratamiento por problemas relacionados con otras drogas (8 %). El 24 % de los que reciben tratamiento por problemas con el cannabis tiene un empleo regular, porcentaje equivalente al número de personas en tratamiento que están desempleadas ⁽¹⁶¹⁾, lo que contrasta visiblemente con los pacientes que consumen otras drogas como la heroína. Asimismo, los pacientes que experimentan problemas relacionados con el cannabis suelen tener una vivienda estable, a diferencia de los que tienen problemas con otras drogas ⁽¹⁶²⁾, lo que refleja el hecho de que muchos son jóvenes o estudiantes que viven con sus padres.

Las pautas de consumo entre los pacientes que reciben tratamiento ambulatorio por consumo de cannabis como sustancia principal varían considerablemente y son muy

⁽¹⁵⁹⁾ Véase el gráfico 22 OL: Fuente de envío entre todos los consumidores: para todas las drogas y para el cannabis.

⁽¹⁶⁰⁾ Véase también el cuadro TDI 4, en el boletín estadístico de 2004.

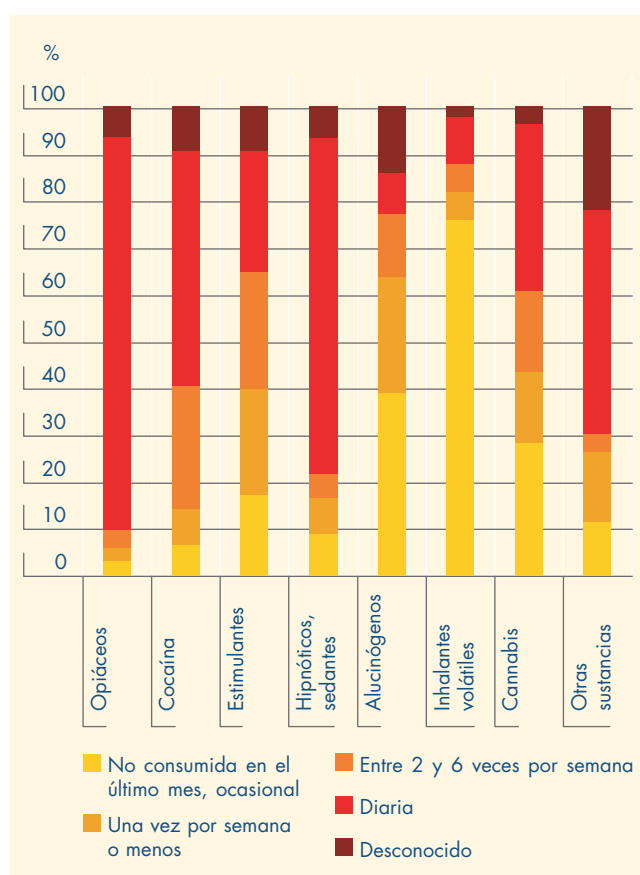
⁽¹⁶¹⁾ Véase el gráfico 23 OL: Situación laboral entre los pacientes que consumen cannabis y todos los pacientes.

⁽¹⁶²⁾ Véase el gráfico 24 OL: Condiciones de vida entre los pacientes que consumen cannabis y todos los pacientes.

distintas de las observadas por lo que respecta a otros tipos de drogas, particularmente los opiáceos (gráfico 30). En 2002, entre los pacientes en tratamiento por problemas con el cannabis como sustancia principal, sólo el 36 % se caracterizaba por un consumo diario y únicamente el 17 % consumía cannabis más de una vez a la semana (2-6 veces por semana); el 15 % consumía cannabis una vez por semana o menos; y el 28 % consumía de forma ocasional o casi no había consumido cannabis en el último mes. Por su parte, el porcentaje de consumidores de opiáceos en tratamiento que consumen diariamente es del 84 %.

El porcentaje de pacientes en tratamiento ambulatorio que consumen cannabis diariamente varía de un país a otro. Los porcentajes más elevados de consumidores diarios de cannabis se observan en los Países Bajos (80 %) y Dinamarca (76 %), mientras que el porcentaje más elevado de consumidores ocasionales se registra en Alemania (41 %) ⁽¹⁶³⁾.

Gráfico 30. Distribución de la frecuencia de consumo de la droga principal comunicada entre todos los pacientes sometidos a tratamiento ambulatorio (2002)



N.B.: n = 109 699 (todos los pacientes). Países que proporcionan datos: República Checa, Dinamarca, Alemania, Grecia, Luxemburgo, Hungría, Finlandia, Suecia y Reino Unido (República Checa: todo tipo de centros de tratamiento).

Fuentes: Informes nacionales de la red Reitox de 2003; los datos sobre el TDI proceden de los centros de tratamiento ambulatorios.

Cuanto antes se empieza a consumir cannabis, mayor es el riesgo de desarrollar problemas con las drogas en el futuro (Kraus et al., 2003). En Europa, el 28 % de todos los pacientes en tratamiento por consumo de cannabis en 2002 empezó a consumir antes de los 15 años, y la mayoría (80 %), antes de los 20. Las cifras correspondientes a los opiáceos son el 9 % y el 42,8 %, y para la cocaína, el 6 % y el 26,5 %.

La mayoría de los países señala que los pacientes en tratamiento por problemas con el cannabis como sustancia principal a menudo reflejan unas pautas de consumo de diversas drogas. Este dato podría deberse a un artificio estadístico, por ejemplo, en caso de que, por comodidad, se hubiese incluido a los pacientes con un patrón de policonsumo de drogas en la categoría de consumidores de cannabis como droga principal. No obstante, no están disponibles los datos cuantitativos sobre el porcentaje de consumidores de diversas drogas entre los pacientes en general. Se observan diferencias entre los pacientes que sólo consumen cannabis y los que lo consumen en combinación con otras drogas (red Reitox, Informes nacionales, 2003): los primeros suelen ser más jóvenes y están mejor integrados en la sociedad (es más probable que tengan un empleo y un mayor nivel educativo, y menos probable que abandonen los estudios o que lo hayan hecho) que los segundos. Las sustancias secundarias más comunes utilizadas por los que consumen cannabis como sustancia principal son el alcohol (32,9 %) y los estimulantes (25 %) ⁽¹⁶⁴⁾, aunque la distribución varía en función del país.

Algunos pacientes que consumen cannabis y que están en tratamiento admiten asimismo consumir otras drogas por vía parenteral, y algunos manifiestan haber consumido drogas en algún momento de su vida por esta vía, a pesar de que en la actualidad sólo consumen cannabis. Por ejemplo, en cuanto a la información facilitada por Grecia correspondiente a 2002, aunque el 14,7 % de los consumidores de cannabis que afirmaba consumir una droga secundaria había consumido droga en los últimos 30 días por vía parenteral, el 25,4 % de todos los pacientes que únicamente consumían cannabis notificó haber consumido otra sustancia en algún momento de su vida por vía parenteral, lo que sugiere una coincidencia con una población que consume droga de forma crónica (Informe nacional de Grecia, 2003). De forma similar, los datos procedentes del Informe nacional de la República Checa sugieren que, en algunos entornos de tratamiento, aproximadamente la mitad de los pacientes con problemas con el cannabis también consume por vía parenteral.

Tendencias en la demanda de tratamiento: factores cambiantes

El aumento de la demanda de tratamiento para problemas relacionados con el cannabis como droga principal debería contemplarse en el marco de los cambios que han

⁽¹⁶³⁾ Véase el gráfico 25 OL: Frecuencia de consumo de cannabis por país.

⁽¹⁶⁴⁾ Véase el gráfico 26 OL: Droga secundaria más consumida entre todos los consumidores de cannabis, por país y el cuadro TDI 9, en el boletín estadístico de 2004.

experimentando las características y las pautas de consumo. Entre 2000 y 2002, en los países que han notificado datos, el número total de envíos a tratamiento por parte de las autoridades judiciales, familiares y amigos o los servicios sociales aumentó de forma excepcional, en un 103 %, 81 % y 136 % respectivamente ⁽¹⁶⁵⁾. No se observaron diferencias relevantes entre países, salvo que en Alemania el porcentaje de envíos a tratamiento por parte del sistema penal también aumentó (del 21,7 % al 26,7 %).

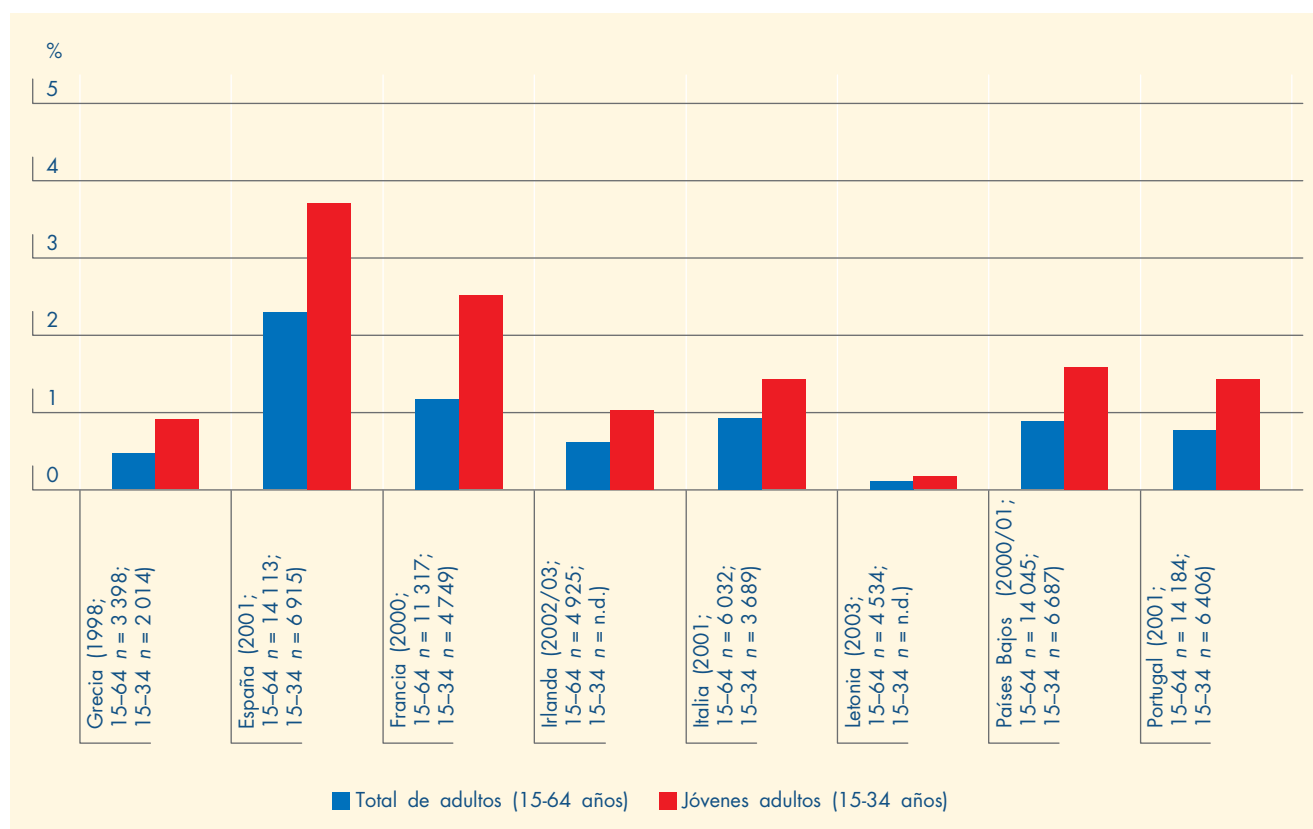
No existen datos sólidos sobre las tendencias en las características sociodemográficas de los pacientes con problemas relacionados con el cannabis, si bien algunos informes nacionales (República Checa, Francia y Luxemburgo) señalan un aumento del número de pacientes con problemas educativos, sociales y psicosociales. Entre 2001 y 2002, el porcentaje de consumidores diarios entre los pacientes con problemas con el cannabis aumentó del 31,7 % al 39,2 % ⁽¹⁶⁶⁾; algunos países indican que el porcentaje de consumidores diarios es mayor entre los pacientes de más edad (mayores de 20 años).

El consumo de cannabis entre la población en general: del consumo experimental al consumo diario

Tal como se ha descrito anteriormente, pese al importante aumento del consumo de cannabis en casi todos los países en la década de 1990 y a que es la droga más consumida, el consumo sigue siendo en su mayor parte ocasional o de corta duración. Es probable que los que presentan más riesgo de desarrollar problemas o dependencias son los que la consumen de forma intensiva, pero es en este ámbito donde las fuentes de información son más escasas, aunque se sabe que los consumidores recientes (en los últimos 30 días) son generalmente jóvenes de sexo masculino que viven en zonas urbanas.

El «consumo en los últimos 30 días» constituye un indicador del consumo actual e incluye a los que consumen de forma intensiva. En varias encuestas recientes, si se excluye a Suecia (0,1 %), entre el 1 % y el 7 % de todos los adultos y entre el 3 % y el 12 % de los jóvenes adultos

Gráfico 31. Porcentaje de consumidores diarios (o casi diarios) entre adultos y adultos jóvenes en algunos países de la UE, medido por las encuestas nacionales de población



n.d.: no disponible.

N.B.: Consumidores diarios o casi diarios = consumo 20 días o más durante el mes previo a la encuesta.

Los datos proceden de las encuestas nacionales más recientes disponibles en cada país.

El tramo de edad para todos los adultos es de 15 a 64 años (Italia, 44 años), y para los jóvenes adultos, de 15 a 34 años. Las variaciones entre los tramos de edad pueden traducirse en pequeñas disparidades entre países.

Fuentes: Informes nacionales de la red Reitox de 2003, extraídos de informes de encuestas y artículos científicos. Véanse asimismo los cuadros de estándares epidemiológicos en el boletín estadístico de 2004.

⁽¹⁶⁵⁾ Véase el gráfico 27 OL: Fuentes de envío a tratamiento entre todos los pacientes, 2000-2002.

⁽¹⁶⁶⁾ Véase el gráfico 28 OL: Frecuencia de consumo entre todos los consumidores de cannabis y el cuadro TDI 8, en el boletín estadístico de 2004.

afirman haber consumido en los últimos 30 días. Sin embargo, existen diferencias entre países y el consumo actual de esta droga es más común en la República Checa, España, Francia, Irlanda y el Reino Unido. En países donde es posible analizar tendencias del consumo reciente a lo largo del tiempo no se han observado cambios notables.

Sólo nueve países han facilitado datos que permiten examinar detenidamente la frecuencia del consumo de cannabis en los últimos 30 días: Grecia, España, Francia, Irlanda, Italia, Letonia, los Países Bajos, Portugal y Finlandia (no presentados). A excepción de Letonia, aproximadamente una cuarta parte (del 19 % al 33 %) de los que han consumido cannabis en el último mes lo venían haciendo de forma diaria o casi diaria ⁽¹⁶⁷⁾ ⁽¹⁶⁸⁾. En estos países, los consumidores diarios representaban entre el 0,5 % y el 2,3 % del total de la población ⁽¹⁶⁹⁾ y entre el 0,9 % y el 3,7 % de los jóvenes adultos (de 15 a 34 años) (gráfico 31). La mayoría (entre el 76 % y el 92 %) de los que admitieron haber consumido cannabis en el último mes tenía edades comprendidas entre los 15 y los 34 años y, por tanto, los consumidores diarios se concentraban en esta franja de edad. Asimismo, los consumidores diarios suelen ser de sexo masculino, aunque la proporción varía del 62 % en los Países Bajos al 92 % en Grecia.

De estos datos se puede extraer una valoración básica del número de personas que consumen cannabis de forma intensiva en Europa. Si asumimos que aproximadamente el 1 % de la población consume cannabis diariamente, entonces, en un país con 25 millones de habitantes (de entre 15 y 64 años), habría 250 000 consumidores diarios de cannabis. En la UE en su conjunto, cuya población total es de 302 millones de personas de entre 15 y 64 años, la prevalencia rondaría los 3 millones.

Incluso entre adultos jóvenes, el consumo intensivo de cannabis varía entre las cohortes de edad, siendo generalmente más elevado entre los grupos más jóvenes. En la encuesta anual de 2002 realizada en las escuelas españolas, el 3,6 % de los estudiantes de entre 14 y 18 años de edad notificó un consumo diario o casi diario (es decir, en los niveles más elevados del margen de edad observado en adultos jóvenes de 15 a 34 años). En la encuesta anual francesa de jóvenes entre 17 y 19 años (Escapad), el consumo diario de cannabis en los últimos 30 días seguía aumentando, con un 9,2 % entre los chicos y un 3,3 % entre las chicas (Beck y Legleye, 2003).

Los efectos de la dependencia o del consumo abusivo del cannabis parecen ser menos graves que los de otras drogas. La mayoría de los consumidores intensivos de cannabis son jóvenes relativamente bien integrados, que corren un mayor riesgo de sufrir otros problemas sociales (accidentes de tráfico, fracaso en los estudios o ruptura

familiar) antes que cualquier actividad delictiva, por lo que las intervenciones deberían adecuarse en consecuencia y no crear más problemas ni ser fuente de exclusión.

Potencia del cannabis y dosis

Se ha especulado con que el incremento de problemas y, por tanto, el aumento de las admisiones a tratamiento, se debe en parte a un aumento de la potencia del cannabis. La comprensión de las cuestiones relacionadas con la potencia del cannabis, la dosis que cada consumidor recibe y sus posibles efectos agudos y crónicos plantea una serie de problemas complejos. El OEDT llevó a cabo un estudio especial para examinar las pruebas científicas existentes en relación con la potencia del cannabis. Los resultados de este estudio pueden encontrarse en el recuadro de la p. 90.

La potencia del cannabis es sólo uno de los factores necesarios para calcular la dosis que recibirá un consumidor durante un período de tiempo determinado (Hall et al., 2001). La vía de administración, la técnica de fumar, la cantidad de cannabis consumido en cualquier sesión y el número de sesiones en las que un consumidor fuma constituyen elementos igualmente o incluso más importantes a la hora de calcular los niveles de exposición individuales. Siempre ha habido, hasta cierto punto, cannabis de alta potencia, y esta preocupación no es nueva. También es importante señalar que no se entiende si los consumidores de cannabis modifican su conducta para lograr el efecto de dosificación deseado. Por lo tanto, es preciso seguir investigando en qué medida el cannabis de alta potencia produce necesariamente dosis elevadas.

Respuestas a las necesidades de los afectados por problemas relacionados con el cannabis

Para dar respuestas eficaces a los problemas con el cannabis, es fundamental entender las necesidades de los que solicitan ayuda. El análisis de la demanda de tratamientos y otros indicadores sugieren que tanto los consumidores de cannabis enviados a tratamiento como los consumidores en su conjunto constituyen una población heterogénea, con sus correspondientes necesidades igualmente heterogéneas. Esto hace patente la necesidad de encontrar respuestas que vayan desde la prevención hasta los tratamientos formales, pasando por las actividades de reducción del riesgo. Una posible preocupación es saber si resulta adecuado enviar a jóvenes consumidores que sólo consumen cannabis de forma ocasional a centros especializados de atención a drogodependientes. La respuesta a esta pregunta depende

⁽¹⁶⁷⁾ En esta sección, la información se referirá al «consumo en 20 días o más durante los últimos 30 días», expresado como «consumo diario o casi diario». El cuestionario modelo europeo prevé la recopilación de datos relativos al número exacto de días de consumo, pero a la hora de notificar las cifras nacionales, la frecuencia de consumo se agrupó en cuatro categorías discretas, siendo la más elevada «20 días o más».

⁽¹⁶⁸⁾ Véase el gráfico 29 OL: Proporción de consumidores cotidianos (o casi cotidianos) entre los adultos (15-64 años) que consumieron cannabis en el mes precedente.

⁽¹⁶⁹⁾ Porcentaje de «consumidores en el último mes» multiplicado por el porcentaje de «consumidores diarios o casi diarios», es decir, el 6 % (prevalencia del último mes) \times 25 % (porcentaje de los que consumen «20 veces o más») = 1,5 %.

Potencia del cannabis (Fuente: OEDT, 2004c).

1. Los países de la UE pueden dividirse en dos grupos distintos dependiendo de cuál sea el producto más consumido: la hierba del cannabis o la resina de cannabis. De los países de los que se dispone de información, la resina de cannabis es más común en Alemania, Irlanda, Portugal y el Reino Unido, mientras que se consume más hierba de cannabis en Bélgica, la República Checa, Estonia, los Países Bajos y Austria.
2. No se ha producido una tendencia al alza señalada en la potencia de la hierba del cannabis ni de la resina importadas a Europa. En todos los países de la UE, con la posible excepción de los Países Bajos, la mayoría del cannabis consumido es de importación, aunque faltan datos sistemáticos sobre la disponibilidad de la cantidad de hierba de cannabis producida a escala nacional.
3. El cultivo en interiores de cannabis es común hasta cierto punto en todos los países europeos. En los Países Bajos, se calcula que este producto representa más de la mitad del cannabis consumido, pero en la mayoría de los países tienen más importancia los productos importados.
4. La hierba de cannabis cultivada en interiores mediante métodos intensivos (por ejemplo, sistemas hidropónicos con luz artificial, propagación por esquejes y control de la duración del día) suele tener un contenido en Δ -9-tetrahidrocannabinol (THC) mayor que la droga importada. Aunque la potencia de la hierba de cannabis cultivada en interiores puede «cortarse» con la del cannabis importado, la potencia media del cannabis producido localmente puede ser dos o tres veces mayor que la del cannabis importado.
5. Los aumentos de la potencia en general notificados por algunos países pueden atribuirse casi en su totalidad a un incremento del porcentaje de cannabis de producción local que se consume.
6. Teniendo en cuenta la información disponible sobre la cuota de mercado de los distintos productos del cannabis, la potencia efectiva se ha mantenido relativamente estable en casi todos los países durante muchos años, en torno al 6 %-8 %. La única excepción son los Países Bajos, donde en 2001 se registró una potencia del cannabis del 16 %.
7. En los Países Bajos, la resina de cannabis producida a escala local tiene un contenido de THC relativamente alto, pero este material sigue siendo poco común en ese país y casi desconocido en el resto de países.
8. Las declaraciones en los medios de comunicación según las cuales la potencia del cannabis ha aumentado diez veces o más en los últimos años no se basan en los escasos datos procedentes de los Estados Unidos o Europa. Los mayores aumentos de potencia duraderos parecen haberse registrado en los Estados Unidos, si bien cabe tener en cuenta que antes de 1980 la potencia del cannabis en los Estados Unidos se situaba por debajo de la media europea.
9. La conclusión general del estudio es que se han producido algunos pequeños cambios en el contenido de THC en algunos países, que se deben a la relativamente reciente aparición en el mercado de cannabis cultivado domésticamente en grandes cantidades en la UE. Asimismo, cabe señalar que el contenido de THC de los productos derivados del cannabis es extremadamente variable. Existe una necesidad manifiesta de información para desarrollar sistemas de control que permitan realizar una valoración de la cuota de mercado de los distintos productos del cannabis y llevar a cabo un seguimiento de los cambios a lo largo del tiempo. En la actualidad, faltan numerosos datos a este respecto.
10. El estudio señala una serie de ámbitos importantes que requieren una atención especial si se desea evaluar adecuadamente la potencia del cannabis. Entre éstos se incluyen: consenso en la nomenclatura de los productos del cannabis, un mayor control de la información relativa al mercado, la mejora de los estándares analíticos de los laboratorios y de recogida y presentación de datos en el ámbito europeo, estudios para explorar la relación entre la potencia, el comportamiento del fumador, y los niveles en sangre de THC/metabolitos en Europa, y la necesidad de investigar hasta qué punto el cannabis de alta potencia influye en la exposición a dosis mayores y cualquier posible relación con problemas de salud. Cabe señalar que los costes y beneficios de las distintas respuestas dadas a los diferentes productos derivados del cannabis merecen una atención especial.

en gran medida de cómo estén estructurados los servicios y de hasta qué punto los pacientes se mezclan con consumidores crónicos de otras sustancias. No obstante, es preciso seguir profundizando en la búsqueda de las vías apropiadas de envío a tratamiento para los pacientes que presentan unas pautas de consumo de cannabis divergentes.

Desde el punto de vista de la prevención, existen pocas iniciativas concebidas específicamente para responder al

aumento del consumo de cannabis entre los jóvenes, ya que la prevención no suele orientarse hacia una sustancia en concreto. No obstante, algunos Estados miembros señalan avances en este sentido, a través de dos estrategias principales consistentes en: 1) hacer hincapié en el peligro de que los jóvenes que consumen cannabis acaben teniendo contacto con el sistema penal; 2) tratar de cambiar la percepción social del consumo de cannabis como comportamiento normativo mediante el lanzamiento de campañas específicas en los medios de comunicación.

En Alemania, Grecia, Irlanda, Finlandia y el Reino Unido se han puesto en marcha medidas destinadas a reducir las consecuencias psicosociales de los primeros delitos relacionados con el consumo de cannabis entre adolescentes. Un ejemplo reciente de ello (de 2000 en adelante) es el programa FRED en Alemania, que funciona actualmente en ocho Estados federados y que ofrece a los consumidores jóvenes una intervención precoz de corta duración de carácter voluntario ⁽¹⁷⁰⁾. En el Reino Unido, los llamados «equipos de jóvenes delincuentes» (*youth offending teams*) funcionan de forma similar. A raíz de los cambios introducidos en la forma en que se abordaban algunos aspectos relacionados con el consumo de cannabis por parte del sistema penal y de la reclasificación de la droga (de la categoría B a la C), la posesión constituye el delito, no el consumo; la posesión recibe una amonestación. Existe un proceso específico para amonestar formalmente a los jóvenes (en concreto, a los menores de 18 años). El Reino Unido ha lanzado asimismo una campaña en los medios de comunicación con vistas a reafirmar la naturaleza negativa e ilegal del cannabis.

Otra iniciativa reciente consiste en llevar la campaña de prevención a los *coffee shops*, donde pueden encontrarse pequeñas cantidades de cannabis. Esta intervención se organiza en forma de curso y manual dirigidos a sus propietarios, al objeto de evitar los problemas relacionados con las drogas en estos establecimientos. En el manual se ofrece información sobre el cannabis, la legislación en materia de drogas, trastornos psiquiátricos, primeros auxilios, el espíritu empresarial y aptitudes educativas. En los Países Bajos existe una tradición de enfoques personalizados y directos con respecto al consumo de cannabis, tal como queda reflejado en el programa «Hash and Weed Week» ⁽¹⁷¹⁾, a través del cual se organizan reuniones con consumidores habituales de cannabis en las que se debaten las consecuencias del consumo intenso y los posibles cambios de comportamiento.

Hasta cierto punto, estos enfoques se centran en la reducción de los daños al tiempo que se orientan hacia la prevención. No obstante, a pesar del conocido vínculo que existe entre el hábito de fumar y los problemas respiratorios y de la creciente preocupación por el impacto negativo del consumo habitual de cannabis sobre la salud, las intervenciones dirigidas a reducir los daños asociados al consumo de cannabis siguen siendo escasas en comparación con las existentes para otros consumidores de drogas.

Las opciones de tratamiento disponibles para los consumidores con problemas derivados del cannabis se encuentran principalmente en centros de tratamiento que ofrecen sus servicios de asistencia a pacientes adictos a drogas legales o ilegales o con otro tipo de comportamientos adictivos. Algunos países señalan la existencia de servicios específicamente concebidos para los consumidores de cannabis (Dinamarca, Alemania, Grecia, Francia, los Países Bajos, Austria, Suecia y Noruega), pero,

en general, la asistencia especializada de este tipo parece extremadamente limitada. En muchos países, los servicios de tratamiento para los problemas relacionados con el cannabis están integrados en centros para el tratamiento de los problemas con las drogas en general (Bélgica, la República Checa, Dinamarca, Alemania, España, Francia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, los Países Bajos, Austria, Portugal, Eslovenia y Noruega).

En la mayoría de los casos, los consumidores con problemas relacionados con el cannabis reciben tratamiento junto con los que tienen problemas derivados del consumo de otras drogas ilegales, normalmente opiáceos. Dado que muchos de estos centros de tratamiento especializados han sido concebidos para satisfacer las necesidades de una población a menudo caótica y marginalizada, su idoneidad para aquellos con necesidades menos severas, como la mayor parte de los consumidores de cannabis, es discutible. Los servicios de tratamiento disponibles en los Estados miembros son conscientes de estas cuestiones, y varios países han señalado en sus informes nacionales de la red Reitox que podría ser contraproducente y perjudicial mezclar a los consumidores que experimentan problemas con el cannabis con aquellos que tienen problemas con la heroína u otros pacientes que consumen diversas drogas, y que éste constituye un motivo por el que los consumidores de cannabis no deberían recibir tratamiento hospitalario. Resulta más fácil diseñar programas específicos basados en tratamientos ambulatorios para los consumidores de cannabis. El Informe nacional de Austria indica que la asistencia hospitalaria, si es necesaria, debería prestarse preferentemente en un departamento psiquiátrico genérico para adolescentes y no en una unidad especializada en materia de drogas. Algunas innovaciones recientes notificadas por los Estados miembros en relación con las respuestas ofrecidas a las necesidades de los consumidores de cannabis incluyen un «manual de tratamiento cognitivo» para consumidores crónicos de cannabis elaborado en Suecia, una página en Internet de autoayuda para el consumo problemático de cannabis creada en los Países Bajos y la introducción del tratamiento con acupuntura en Finlandia.

Conclusiones

El objetivo de este análisis es situar en un contexto analítico más amplio el aumento observado en las demandas notificadas de tratamiento por consumo de cannabis. De este modo, se refleja la falta de respuestas a muchas de las cuestiones importantes y necesarias para entablar un debate político fundamentado sobre esta cuestión controvertida. Lo que resulta igualmente obvio es que las pruebas científicas disponibles no justifican una posición alarmista, pero tampoco resultan satisfactorias.

Las personas con problemas relacionados con el consumo de cannabis representan un porcentaje nada desdeñable de las demandas de tratamiento en centros especializados

⁽¹⁷⁰⁾ Para más información sobre éste y otros programas de prevención, consúltese la base de datos EDDRA del OEDT (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2091).

⁽¹⁷¹⁾ Véase EDDRA: http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=385

de algunos países y forman un importante subgrupo en el conjunto de la población en tratamiento. La mayoría son jóvenes de sexo masculino, generalmente en torno a los 20 años, que empezaron a consumir esta droga principalmente a los 16 o 17 años.

Los pacientes con problemas con el cannabis presentan pautas de consumo distintas a las de los que consumen otras sustancias; asimismo existen importantes diferencias entre los consumidores de cannabis. Es probable que los perfiles de los distintos subgrupos de consumidores de cannabis en tratamiento sean relevantes a la hora de comprender sus necesidades y, por ende, a la hora de ofrecer respuestas adecuadas. A este respecto, la frecuencia del consumo, el consumo actual y pasado de otras drogas y la fuente de envío a tratamiento son factores importantes. En términos generales, resumiendo los informes nacionales y los datos del TDI, se pueden distinguir claramente dos perfiles de pacientes:

- consumidores más jóvenes, generalmente estudiantes, enviados a los servicios de tratamiento por la familia o la escuela y que consumen cannabis únicamente o, en ocasiones, en combinación con alcohol o estimulantes;
- consumidores de diversas drogas que, por lo general, son mayores y están menos integrados en la sociedad, enviados a tratamiento por las autoridades judiciales o por los servicios sanitarios y sociales, coincidiendo con la población que consume drogas de forma crónica.

Asimismo existen pruebas de otro grupo enviado a tratamiento por parte de las autoridades judiciales que no consume drogas y que aparentemente consume cannabis de forma ocasional.

Si se toman en consideración los cambios experimentados en las características de las demandas de tratamiento por consumo de cannabis como sustancia principal a lo largo del tiempo, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- mayor número de envíos a tratamiento por parte del sistema penal en algunos países;
- mayor número de envíos a tratamiento por parte de la familia y otras redes de apoyo social (familiares, amigos, servicios sociales, escuela);
- mayor porcentaje de consumo intensivo de cannabis (diario), aunque los consumidores diarios siguen siendo minoritarios;
- mayores niveles de problemas sociales y educativos en algunos países, aunque escasean los datos a este respecto.

A la hora de considerar el aumento de las demandas de tratamiento, parece evidente que los cambios en las prácticas de envío a tratamiento tienen cierta influencia, y

un porcentaje notable de los que son enviados a tratamiento no parecen ser consumidores habituales de drogas. Sin embargo, al menos en algunos países, un número significativo de demandas de tratamiento procede de personas que consumen cannabis de forma habitual. Los problemas experimentados por este grupo siguen siendo poco conocidos y urge investigar en profundidad en este ámbito. El hecho de que la mayoría de las demandas de tratamiento realizadas por los más jóvenes son por problemas relacionados con el cannabis refleja la importancia de prestar especial atención a las necesidades, a los canales de envío y a las respuestas de este grupo.

Resulta asimismo importante reconocer que la demanda de tratamiento no constituye un indicador directo de la magnitud y la naturaleza de los problemas relacionados con el cannabis. Los datos extraídos de una encuesta de población en general indican que el consumo habitual de cannabis, en comparación con el consumo ocasional, es relativamente poco frecuente. Sin embargo, el consumo general de cannabis significa que un porcentaje considerable de personas consume esta droga de forma intensiva, al menos en algún momento de su vida.

Según las estimaciones, entre el 0,5 % y el 2 % de la población adulta y entre el 1 % y el 3 % de los adultos jóvenes podrían ser consumidores habituales. Es probable que la prevalencia entre los jóvenes de sexo masculino sea notablemente superior. Resulta complicado obtener, a partir de los datos de la encuesta, una visión clara del número de consumidores que tienen problemas con el cannabis o que empiezan a depender de esta droga. Aunque los efectos de la dependencia o del consumo abusivo de cannabis son menos graves que los de otras drogas, esta sustancia podría tener, no obstante, un impacto considerable en la salud pública debido a la magnitud del consumo y al hecho de que los más afectados son jóvenes que podrían estar consumiendo esta droga de forma habitual en fases del desarrollo importantes o en momentos en los que son particularmente vulnerables. En familias o comunidades socialmente desfavorecidas, la dependencia o el consumo abusivo podrían derivar en problemas individuales al menoscabar las oportunidades de educación y empleo.

A modo de resumen, siguen existiendo necesidades básicas en el ámbito de la investigación para poder comprender la relación entre las distintas pautas de consumo de cannabis y el desarrollo de problemas. La magnitud de los problemas experimentados por los consumidores de cannabis y la naturaleza de los mismos apenas se conocen. Es preciso recurrir a herramientas metodológicas para evaluar los problemas de la población. Esta información constituye un requisito fundamental para el desarrollo, la orientación y la puesta en marcha de respuestas eficaces en materia de salud pública al consumo de cannabis en Europa.