

## COMISIÓN NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES

### INFORME EJECUTIVO

#### ANÁLISIS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN MÉXICO

## I. GENERALIDADES DEL (SUSTANCIA)

### Origen

La marihuana es producida a partir de la planta *Cannabis sativa* y se utiliza de tres formas: 1) la hierba de cannabis formada por las hojas secas y las flores, conocida como “hierba” “mota”, en cigarrillos se conoce como “churros” o “porros” 2) la resina de cannabis que es la secreción prensada de la planta, conocido como "hachís" y 3) el aceite de cannabis que es una mezcla resultante de la destilación o la extracción de los ingredientes activos de la planta. La hierba es el producto que se utiliza con mayor frecuencia en gran parte del mundo.

### Componente psicoactivo

El ingrediente activo de la marihuana es el delta-9-tetrahidrocanabinol (THC), se encuentra en pequeñas cantidades en la planta de cannabis, principalmente en las flores y en las hojas. Aunque el THC es el principal componente que actúa en el sistema nervioso, el cannabis contiene al menos 489 componentes químicos de los cuales 70 también son cannabinoides.

### Mecanismo de acción

El THC estimula a los receptores cannabinoides (RCB), localizados en la superficie de las neuronas para producir sus efectos psicoactivos. Los RCB son parte del sistema endocannabinoide, una red de comunicación en el cerebro involucrado en el desarrollo y función cerebral. Los efectos del THC son similares a aquellos producidos por sustancias químicas que ocurren

naturalmente en el cerebro y en el resto del cuerpo llamadas *cannabinoides endógenos* o *endocannabinoides*

El THC activa el sistema de gratificación de igual manera que lo hacen casi todas las drogas, es decir, estimulando las células cerebrales para que liberen una sustancia química llamada dopamina.

### Clasificación

De acuerdo a sus efectos a nivel del Sistema Nervioso Central, la marihuana se clasifica como un **depresor**.

La Ley General de Salud en los listados que adicionan las sustancias psicotrópicas del art. 245, el Tetrahidrocannabinol y sus variantes están clasificados dentro del **grupo I**: *Las que tienen valor terapéutico escaso o nulo y que son susceptibles de uso indebido o a un problema especialmente grave de salud pública.*

### Efectos agudos y crónicos al consumo

EFECTOS AGUDOS Y CRÓNICOS DEL CONSUMO DE MARIJUANA		
Agudos	Persistentes	Crónicos
Presentes durante la intoxicación	Duran mas que la intoxicación pero no siempre son permanentes	Efectos acumulativos del uso crónico
Deterioro de la memoria a corto plazo	Deterioro de la memoria y las habilidades para el aprendizaje	Adicción
Deterioro de la atención, el juicio y otras funciones cognitivas	Deterioro del sueño	Aumento del riesgo de tos crónica, bronquitis aguda y crónica, cáncer broncogénico, arritmias
Deterioro de la coordinación y el equilibrio		Aumento del riesgo de esquizofrenia en personas susceptibles
Aumento en el ritmo cardiaco		Aumento del riesgo de ansiedad, depresión y síndrome amotivacional
Episodios psicóticos		
Aumento del riesgo de accidentes automovilísticos al conducir bajo el efecto de la sustancia		

## II. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO Y CONTEXTO INTERNACIONAL

El cannabis sigue siendo la sustancia ilícita más consumida en el mundo. Se registró un pequeño aumento de la prevalencia de consumidores de cannabis (180,6 millones, es decir, el 3,9% de la población de 15 a 64 años de edad) en comparación con las anteriores estimaciones en 2009. (1) Desde el 2009 ha habido un incremento global del uso de cannabis, particularmente en Asia. Las regiones que tienen una prevalencia mas alta que el promedio mundial continúan siendo el centro y oeste de África con un 12.4 %, Oceanía, especialmente Australia y Nueva Zelanda con 10.9%, Norte América con 10.7% y el centro y oeste de Europa con 7.6%. En estas zonas de Europa y en Norte América las tendencias se mantuvieron estables, en relación al reporte del año previo.

### **Política Internacional**

La Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988, que obliga a los países signatarios a adoptar las medidas que sean necesarias para tipificar como delitos penales en su derecho interno, toda la actividad relativa a la producción, la venta, el transporte, la distribución, etc., de las sustancias enumeradas en las listas más restringidas de las convenciones de 1961 y 1971, en estas la marihuana. La penalización también comprende el cultivo de la adormidera, el arbusto de coca o la planta de cannabis con objeto de producir estupefacientes.

### III. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO Y CONTEXTO NACIONAL

Según la Encuesta Nacional de Adicciones del 2011 con relación a la marihuana, esta se mantiene como la sustancia ilegal de mayor consumo con una prevalencia de 1.2%, y con relación al 2008, no hubo un incremento estadísticamente significativo en la población general, pero sí en los hombres en quienes el consumo pasó de 1.7% a 2.2%. En el caso de las mujeres la prevalencia fue de 0.3%. La marihuana se incrementó en forma significativa en la región Occidental formada por los estados de Zacatecas, Aguascalientes, Jalisco, Colima y Nayarit, donde pasó de 0.7% a 1.3%.

En la población adolescente (12 a 17 años) el consumo en el último año se reporta como la sustancia ilegal más prevalente con 1.3%. En el caso de los hombres la prevalencia es del 2% y para las mujeres de 0.6%. La ENA menciona que ningún incremento es estadísticamente significativo.

#### **Políticas públicas**

En agosto de 2009 fue publicado un paquete de reformas que coloquialmente se conoció como la “Ley de Narcomenudeo”, eliminando las sanciones penales (despenalización) para quien lleve consigo cantidades para su consumo personal y que no rebasen las cantidades establecidas en la tabla del artículo 479; siendo que en el caso de la marihuana es de 5 gramos. La venta de droga e inclusive proporcionarla de forma gratuita en cualquier cantidad, está penalizado en México.

#### IV. ACCIONES EN REDUCCIÓN DE LA DEMANDA

Las acciones preventivas que se llevan a cabo a través de los Consejos Estatales contra las Adicciones de todo el país incluyen las estrategias de la campaña nacional de Prevención de Adicciones como: Mitos y realidades de las drogas, 10 recomendaciones para evitar que tus hijos consuman drogas, habilidades para la vida en niños y jóvenes, Detección, orientación y consejería en adicciones.

Entre las estrategias más relevantes y con base a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, se ha establecido el Programa de Intervención Breve para Usuarios de Marihuana (IBUM, UNAM 2012) que consiste en una intervención motivacional breve que ayuda a las personas a comprometerse en el cambio de conducta, a reconocer y utilizar sus propios recursos para eliminar su consumo. Asimismo proporciona herramientas de sensibilización para que el usuario se de cuenta de los daños que el consumo le está causando. Esta intervención se lleva a cabo en los 335 centros de Atención Primaria de las Adicciones de todo el país.

En el caso del tratamiento los Centros de Integración Juvenil cuentan unidades de hospitalización (UH) en las cuales a partir de una valoración clínica minuciosa médica, psicológica y social se proporciona tratamiento residencial integral personalizado, sistemático y estructurado para personas dependientes a alcohol, tabaco y otras drogas que requieren de tiempo y estructura para hacerle frente a la problemática de la adicción. El tratamiento es conformado por consultas médicas; terapias psicológicas a nivel individual y grupal, orientación y asesoría familiar; así como diversas actividades de rehabilitación y reinserción social. El tiempo óptimo de tratamiento es de 90 días, sin embargo, existe la modalidad de tratamiento con duración de 30 días para casos particulares, aunado a que se presente algún impedimento de tipo laboral, escolar, económico o de otra índole.

También cuenta con Centros de día, el cual es un programa ambulatorio de concurrencia diaria o en días previamente definidos. Proporciona atención clínica intensiva con abordaje integral y opera de 8:00 a 20:00 hrs, permitiendo optar por la estancia en los turnos matutino, vespertino o mixto entre 4 y 8 hrs como máximo.

## BIBLIOGRAFIA

1. UNODC, World Drug Report, 2013
2. Villatoro JM-MMF, C.; Tellez, MM.; Mendoza, LR.; Romero, M. et al. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de drogas. Instituto Nacional de Psiquiatría SdS, Instituto Nacional de Salud Pública. 2012.
3. Maldonado, R., Berrendero, F., Ozaita, A., & Robeldo, P. Neurochemical basis of cannabis addiction. *Neuroscience*, 2011; *181*:1-17
4. Fiar, Z. Phytocannabinoids and endocannabinoids. *Current Drug Abuse Reviews*, 2009; *2*:51-75.
5. National Institute on Drug Abuse. Abuso de la marihuana. Series de reportes de investigación. 2011.