



Una mirada específica sobre la problemática del consumo y abuso de Marihuana

**Área de Investigaciones
Observatorio Argentino de Drogas**

Septiembre de 2011

**Secretario de Estado, SEDRONAR
Dr. José R. Granero**

**Coordinador Observatorio Argentino de Drogas
Diego Álvarez Rivero**

**Coordinadora Área de Investigaciones
Dirección de la Investigación
Graciela Ahumada**

**Investigación
Liliana Barberis**

Índice

Introducción	4
Capítulo 1: Caracterización y aspectos socio-históricos del Cannabis	6
Capítulo 2: El consumo y el tráfico a nivel mundial y regional	14
• Producción	14
• Tráfico, Incautaciones y precios	16
• Consumo de cannabis en el mundo	20
• Demanda de Tratamiento	30
Capítulo 3: El consumo en Argentina	34
• Análisis del consumo de marihuana en población general	36
• Análisis del consumo de marihuana en estudiantes de nivel medio	56
Capítulo 4: Demanda y perfil del paciente consumidor de marihuana	71
Capítulo 5: Fenómenos asociados al consumo de marihuana	81
• La consulta de emergencia asociada al consumo	81
• El delito asociado al consumo	84
Conclusiones	90
Bibliografía	92

Introducción

El Observatorio Argentino de Drogas (OAD) de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, tiene como función principal brindar datos válidos y suficientes sobre la problemática del consumo de sustancias psicoactivas en el país y el tráfico de drogas.

En esa dirección, el OAD ha definido un Programa de investigaciones a mediano y largo plazo cuyo objetivo general es asegurar a los organismos de decisión, nacionales e internacionales, la disponibilidad de datos para la evaluación de la situación nacional en materia de sustancias adictivas, apoyando y coordinando la producción de información en diferentes organizaciones del estado y de la sociedad civil dedicadas a la temática.

En esta oportunidad, el informe que se presenta tiene como objetivo ofrecer un documento que centralice la mirada sobre la problemática del consumo y abuso de marihuana. Para ello, desde el OAD se ha realizado una recopilación de la información referida a la sustancia a nivel nacional, regional e internacional obtenida a partir de una lectura integral de los estudios que forman parte del plan de investigaciones e informes de distintos organismos internacionales especializados en la materia y la producción científica existente sobre esta problemática. El detalle de los mismos puede consultarse en la Bibliografía de este estudio.

En el *primer capítulo* se presenta información sobre las características de la sustancia a nivel de su composición, su historia social y sus usos, los efectos sobre la salud y el entorno del usuario que el consumo de marihuana puede provocar y una aproximación general sobre las distintas miradas que genera la utilización de la sustancia.

En el *segundo capítulo* se incorpora información sobre la problemática del consumo de marihuana a nivel regional y mundial con datos específicos relativos a la producción y el tráfico de la sustancia. Para ello, se utiliza el Informe Mundial sobre Drogas realizado por la Oficina de Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito (UNODC) e informes producidos a nivel subregional, en el marco del Proyecto Subregional de Información e Investigación sobre drogas en Argentina, Bolivia, Chile, Colombia Ecuador, Perú y , con coordinación de UNODC y la CICAD-OEA. También se han consultado informes del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), del Observatorio Interamericano sobre Drogas (OID) de la CICAD/OEA y de las Comisiones gubernamentales encargadas del tema Drogas en estos países.

En el *tercer capítulo* se seleccionó información para diagnosticar el consumo de marihuana en el contexto específicamente nacional. Para ello, se presentan los datos obtenidos en el *Estudio Nacional en población de 12 a 65 años, 2010*, y en el *Estudio Nacional en Estudiantes del Nivel Medio, 2009*. Con el objetivo de contar con análisis de tendencia y obtener un diagnóstico actualizado y completo sobre el problema del consumo de sustancias psicoactivas en el país, estos estudios se realizan cada dos años, permitiendo indagar sobre la magnitud y características del consumo, los factores de riesgo y de protección asociados y otras dimensiones como la demanda de tratamiento. En esta oportunidad, se presentan los datos referidos específicamente al consumo de marihuana.

En el *cuarto capítulo* se propone una aproximación a la problemática desde la perspectiva de la demanda de tratamiento por uso y abuso de marihuana. Para ello, se incorpora al análisis el *Estudio Nacional en pacientes en centros de tratamiento 2010*, estudio que constituye en sí mismo una unidad de análisis de interés ya que al referirse a la población usuaria exclusivamente, permite la profundización del conocimiento sobre los patrones de consumo y perfiles socio demográficos asociados. Asimismo, se hace una breve mención a la necesidad de tratamiento formulada por la población privada de libertad, mayor de 18 años, abordada en el *Estudio Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas y su relación con la comisión de delitos-2009*.

Por último, en el *capítulo quinto*, se han abordado los fenómenos asociados al consumo de sustancias. Para ello, se han tomado datos del *Estudio de la consulta en Salas de Emergencias, 2009*, - estudio que se realiza cada dos años mediante ventanas epidemiológicas en las capitales provinciales y cuyo objetivo es abordar la asociación del consumo con la consulta de emergencia - , y el *Estudio Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas y su relación con la comisión de delitos en población privada de libertad, 2009*, el cual incorpora al análisis el fenómeno de los delitos vinculados al consumo, tema que se trabaja a partir de distintas metodologías en el marco del Programa de estudios Droga y Delito.

Capítulo 1

Caracterización y aspectos socio históricos del Cannabis

Marihuana es el nombre dado en Argentina y en otros países a una planta conocida científicamente como *Cannabis sativa*. En otros países o rescatando modismos populares, se la llama *congo*, *ganja*, *hierba*, *gras*, *maría*, *juanita*, *marihuana*, *marijuana*, *cañamón*, *perico*, *maconha*, etc. *Cannabis* es una palabra de origen indoeuropeo, que nos llega a través del latín vulgar y que se traduce en castellano por cáñamo.

Es un arbusto verde de hojas perennes, lobuladas, serradas y llamativas sin apenas exigencias del suelo para su cultivo, y que desde hace miles de años se ha usado por su contenido en fibras vegetales susceptibles de ser hiladas y trabajadas para su uso en cordelería, cestería, elaboración de tejidos, pasta de papel, relleno de tapizados, carrocerías de coches, molduras, mechas de encendido, etc.

La planta es dioica, y, por tanto, con ejemplares machos y hembras. Estas florecen con mayor fuerza, en forma de cogollos (inflorescencia tipo cima) con una polinización rica en aceites esenciales y resinosos. La planta puede alcanzar los seis metros de altura y, aunque se da en condiciones de silvestre o salvaje, generalmente sin alcanzar más de un metro o dos, ha sido más abundante su cultivo seleccionado en altura para usos concretos industriales. Esto es lo que quiere decir "*Cannabis sativa*" (cultivada en oposición a silvestre). Su recolección conllevaba la posibilidad de aparición de lesiones específicas en zonas expuestas al roce con las hojas. En nuestro país, la bazagosis o cannabiosis, afección broncopulmonar secundaria a la aspiración de las fibras de cáñamo, se consideraba una enfermedad profesional.

El término define una especie del reino vegetal, del orden de los rosales o urticales, familia cannabaceas, que comprende, fundamentalmente, tres sub-especies: *Cannabis sativa sativa*, *Cannabis sativa indica* y *Cannabis sativa ruderalis*. Se hibridan entre sí con facilidad, tanto de forma espontánea en la naturaleza como por acción selectiva del hombre para lograr plantas más acordes con los usos a los que se destina el cultivo. De este modo, hoy se distinguen genéticamente cerca de 50 variedades de cultivos.

El desarrollo histórico de los últimos cien años ha hecho que el término "cáñamo" se utilice para referirse a la subespecie de *Cannabis sativa* residualmente cultivada para alpargatería, pasta de papel, cordelería y molduras. El resto constituiría lo que se conoce como "*Cannabis*" y su

importancia se debe al contenido en aceites terpénicos, de los que el más conocido y famoso es el delta-9-tetrahidrocannabinol, (THC), la sustancia declarada ilegal, susceptible de abuso y dependencia.

El *cannabis* es un material verdoso o marrón parecido al tabaco que se obtiene de la desecación de la sumidad florida y las hojas de la planta del mismo nombre (cáñamo). La *resina de cannabis* o "*hachís*" es una secreción, desecada y de color negro o marrón, de la sumidad florida de la planta de cannabis, la cual se convierte en polvo o se comprime en tabletas o tortas. El *aceite de cannabis* o "*aceite de hachís*" es la resina de cannabis en forma líquida (UNODC)¹.

Hasta principios del siglo XX, la marihuana era considerada en varios países como un medicamento útil para diversas dolencias. Como resultado de la utilización con fines no médicos y por abuso de su consumo, la planta fue prohibida en casi todos los países del mundo occidental en los últimos 50 a 60 años. Investigaciones recientes y que están transitando una etapa experimental, comienzan a reconocerla como un medicamento por sus efectos clínicos de eliminar o reducir las náuseas y los vómitos inducidos por la quimioterapia y como analgésico en el tratamiento del cáncer y de la esclerosis múltiple, con efecto benéfico en algunos casos de epilepsia, caracterizada por convulsiones y también se menciona su utilidad para el tratamiento del glaucoma.

Sin embargo, dicen los investigadores del CEBRID², debe recordarse que la marihuana también produce reacciones adversas que pueden ser perjudiciales para el ser humano. El THC (tetrahidrocannabinol) es una sustancia química producida por la misma planta, siendo la principal responsable de esos efectos. Así, en función de la cantidad de presente de THC (que puede variar con el suelo, el clima, la estación, época de la cosecha, el tiempo transcurrido entre la cosecha y uso), la marihuana pueden tener un efecto diferente. Esta variación en sus efectos también depende de la tolerancia de la persona que la consume. La marihuana de que se dispone hoy es diez veces más potente que la marihuana de que se disponía en 1975 y contiene químicos para aumentar su efecto. Esta potencia aumenta los daños del uso regular de marihuana y agrega otros efectos dañinos, producto del benceno, kerosene y otros químicos que usan los traficantes para prensarla y facilitar el traslado³.

¹ Cannabis. UNODC (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito)

² CEBRID (Centro brasileño de información sobre drogas psicotrópicas). Universidad Federal de Sao Paulo

³ Ver bibliografía: *Marihuana: verdadero o falso*.

A partir de un estudio botánico y químico de THC en muestras de *Cannabis Sativa L.* en Venezuela⁴ se identificó una especie que se la sometió a análisis comparativos con la especie común o marihuana clásica, no evidenciando diferencias en su composición química pero si en el contenido porcentual de tetrahidrocannabinol (THC). La concentración de THC en fresco de la nueva especie (se la denominó “supermarihuana”) está en el orden de 20-30% y en seco, en el orden de 10-15%. La marihuana clásica en seco analizada tiene una concentración del 4,8%. La planta comúnmente cultivada no responde a análisis químico en fresco, sin embargo, la “supermarihuana”, si. Esto se debería al crecimiento y envejecimiento acelerado de la planta sin someterla a polinización con su planta macho o bien por su alta concentración en cannabinoles y resinas.

Para favorecer la concentración de THC de la “supermarihuana” o “crispy” –cómo también se la llama– se aplica un método sofisticado de la biotecnología que consiste en someter a la planta a radiaciones ultravioleta o fotoperíodos controlados, con la finalidad de agilizar la descarboxilación del THCA (no psicoactivo) y transformarlo en THC (psico-activo). Parte del THC por oxidación se transforma en CBN (Cannabinol, 10% de psicoactividad mayor que el THC) que le confiere este último una acción más tóxica, llevando a sus consumidores a serios problemas irreversibles del sistema nervioso central. Por otro lado, se destaca que la carencia de luz ultravioleta en algunos cultivos de interiores, que sólo utilizan energía lumínica, podría explicar la psicoactividad limitada del cannabis crecido bajo luz artificial.

Varias mezclas de hierbas, conocidas bajo el nombre comercial de “Spice”, contienen cannabinoides sintéticos que causan efectos similares al THC. Se vende a través de Internet y en tiendas especializadas como una mezcla de hierbas que se fuma. Estas drogas suelen ser catalogados por sus productores como materiales vegetales y vendidos como inciensos o comida vegetales. Algunos fabricantes de “spice” advierten que la mezcla herbal está destinada para la fumigación y no para fumar. De todas formas, la llamada “marihuana falsa” suele fumarse, provocando una sensación similar al de la marihuana.

En 2008, los químicos forenses descubrieron que el “spice” no era el producto inocuo que pretendía ser. En 2009 los nombres y las marcas que aparecían en los envases de los productos de tipo «spice» se diversificaron en respuesta a las nuevas medidas de control. El OEDT informa que durante ese mismo año el sistema de alerta temprana informó de la aparición de nueve

⁴. ESTUDIO BOTÁNICO Y QUÍMICO DE THC EN MUESTRAS DE CANNABIS SATIVA L. *Una experiencia en Venezuela.* Ver bibliografía: *Supermarihuana*

cannabinoides sintéticos nuevos. En la encuesta realizada en 2010 el número de tiendas en línea que ofrecían “spice” se había reducido en comparación con el año anterior. Se identificaron solo 21 tiendas que ofrecían productos de tipo “spice”, en comparación con 55 en 2009. Aún no se posee un conocimiento claro sobre su composición química y los efectos sobre la salud humana, lo que dificulta la vigilancia de todos estos productos. Asimismo, los ingredientes del “spice” no están regulados a escala internacional. De todas formas, el OEDT destaca en su informe que algunos Estados miembros de la Unión Europea habían prohibido o introducido algún tipo de control sobre el «spice», los productos de tipo «spice» y otros compuestos relacionados.

Continuando el análisis sobre la marihuana clásica, la misma produce diferentes efectos sobre el cuerpo y sobre la psiquis. Estos efectos van cambiando según el tiempo de uso pudiendo ser *agudos* (a solo unas horas después de fumar) o *crónicos*, son los efectos que aparecen tras el uso continuado durante semanas o meses o incluso años. En su mayoría afectan a los consumidores con pautas de consumo diario o crónico. Los principales efectos físicos a corto plazo son el enrojecimiento de los ojos (hiperemia de la conjuntiva), sequedad de la boca y el corazón se acelera, de 60 a 80 latidos por minuto pudiendo alcanzarse los 120, 140 o incluso más (taquicardia)⁵ y aumentar el apetito.

Los efectos psicológicos agudos dependen de la calidad de la marihuana fumada y la sensibilidad del consumidor. Para algunas personas, los efectos son la sensación de calma y relajación⁶, menor cansancio, propensión a la risa. Para otros, los efectos son más desagradables, tales como sentir ansiedad, sorpresa, temor de perder el control, sudor, inestabilidad. También hay alteraciones evidentes en la capacidad de la persona para calcular el espacio y el tiempo (sensación que pasaron horas cuando pasaron pocos minutos) y pérdida de atención y memoria a corto plazo. Con aumento de la dosis y / o en función de la sensibilidad del consumidor, pueden producirse efectos psicológicos agudos tales como ideas delirantes y alucinaciones. Las ideas delirantes de persecución pueden conducir a la persona al pánico y a actitudes peligrosas para sí mismo y para otras personas. Como ejemplo, bajo la acción de la marihuana una persona escucha la sirena de una ambulancia y puede creer que la policía viene a su detención, o al ver a dos personas hablando piensa que están hablando mal o incluso planear un ataque contra ella. Puede

⁵ En el informe “*Marihuana: efecto negativo*” se destaca que durante la primera hora después de haber fumado marihuana el riesgo de sufrir un ataque al corazón se cuadruplica debido a los efectos sobre la presión arterial y el ritmo cardíaco así como por la reducción resultante en la capacidad sanguínea para transportar oxígeno.

⁶ En el informe “*Marihuana: verdadero o falso*” se indica que más que relajar, tiene efectos de depresor sobre el organismo; es decir, disminuye el nivel de funcionamiento normal del sistema nervioso central, pero una vez que se termina el efecto, el organismo debe retomar su funcionamiento normal, para lo que requiere un esfuerzo extra.

aumentar la percepción sensorial y así la persona puede experimentar una agudización de los sentidos de la vista, el olfato, el gusto y el oído.

Los efectos físicos crónicos de la marihuana son de mayor gravedad. De hecho, con el uso continuado, los diversos órganos del cuerpo se ven afectados; además, el THC deteriora la habilidad del sistema inmunológico para combatir enfermedades infecciosas. Su consumo frecuente lleva a diversos problemas respiratorios como bronquitis, faringitis, sinusitis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), etc., similares que con el consumo de tabaco. A diferencia de este último, el humo de la marihuana contiene 50% más de alquitrán que los cigarrillos con alto contenido de esa sustancia y en él se encuentra una sustancia llamada benzopireno, un carcinógeno conocido, lo que hace que sus consumidores corran un mayor riesgo de padecer cáncer en los pulmones. Además, afecta los pulmones porque el fumador la inhala y retiene tanto como le sea posible, conteniendo el monóxido de carbono y el alquitrán.

En el informe *“Marihuana: un tabaco sin marca registrada”*⁷ se hace hincapié en la necesidad de reconocer a la marihuana como un tipo de tabaco, desconocido por diferentes sectores sociales, incluso del ámbito de la salud. Si bien no contiene nicotina, sí posee otros agentes carcinogénicos como los ya indicados. En el mismo informe se argumenta que si bien la marihuana carece de los efectos “vasculodestructivos e hipertensores” que sí son inherentes a las acciones de la nicotina⁸, si es neurotóxica pudiendo causar cuadros de alucinaciones complejas y “psicosis cannábicas” favoreciendo de cuadros psiquiátricos premórbidos a una psicosis independiente de la cannábica, como podría ser la esquizofrenia.

Otro efecto adverso físico en el uso crónico de marihuana se refiere a la testosterona, hormona masculina. Existen ya muchas pruebas de que la marihuana disminuye en un 50 a un 60% la cantidad de testosterona reduciendo la producción de espermatozoides lo que puede llevar a la infertilidad. Este es un efecto que desaparece cuando la persona deja de fumar la planta. (CEBRIS, 2005). En el Informe “Marihuana y cáncer testicular”⁹ se proporciona información del estudio llevado a cabo en el Centro de Investigación de Cáncer Fred Hutchinson, en Seattle, en donde se afirma que el consumo frecuente y/o a largo plazo de marihuana podría aumentar significativamente el cáncer testicular. El riesgo es de casi el doble entre los que consumen marihuana por lo menos una vez a la semana y/o han tenido una exposición a largo plazo de la

⁷ Ver bibliografía: *“Marihuana: un tabaco sin marca registrada”*.

⁸ En Argentina se legislaron limitaciones a la difusión del consumo de tabaco por ser una sustancia “psico-neuro-socio-tóxica”

⁹ Ver bibliografía: *“Marihuana y cáncer testicular”*.

droga, comenzando en la adolescencia. Se encontró un vínculo entre el consumo de marihuana y el **no seminoma**, una forma de cáncer testicular que crece rápidamente y tiende a afectar a los más jóvenes. Según el estudio, la exposición crónica a la marihuana tiene varios efectos adversos en los sistemas endócrino y reproductivo, principalmente la disminución de la calidad del espermatozoide. Otros posibles efectos incluyen la reducción de testosterona y la impotencia. Debido a que la esterilidad masculina y la pobre calidad de semen también han sido vinculadas a un mayor riesgo de cáncer testicular, apoya la teoría de que la marihuana es un factor de riesgo de la enfermedad. También en este caso se pueden vincular los efectos a los del tabaco ya que el consumo crónico de marihuana puede ser el origen de diferentes formas de impotencia e infertilidad en el hombre al detectarse un descenso significativo en el número y movilidad de los espermatozoides.

El consumo frecuente de *cannabis* durante la adolescencia podría tener efectos negativos en la salud mental de los adultos jóvenes ya que algunos datos apuntan a un mayor riesgo de síntomas psicóticos y trastornos mentales en proporción a la frecuencia del consumo. Es conocido que el THC actúa como un potente agresor contra las neuronas cuando su uso no es terapéutico y fundamentalmente en el caso de la marihuana con mayor concentración de THC, ha sido señalada como la causante de demencia y trastornos neurológicos en jóvenes con edades comprendidas entre los 16 y los 26 años.¹⁰

Los efectos crónicos psicológicos producidos por *el cannabis* aún se encuentran en estudio. Se sabe que su uso continuado interfiere con la capacidad de aprendizaje y memoria y puede inducir a un estado general de desmotivación. Por otra parte, *el cannabis* puede causar en la persona un estado de dependencia, quienes comienzan a organizar su vida de manera de facilitar su adicción. La relación entre el consumo de *cannabis* y depresión y suicidio se encuentran en estudio. El *cannabis* también obnubila la capacidad de discernimiento y aumenta las posibilidades de que se tomen decisiones riesgosas. Su consumo es a menudo considerado como el menos perjudicial y de poco interés para la salud pública, a pesar del hecho de que pruebas en los últimos años ha demostrado que su consumo puede crear niveles de daño notable.

En relación a la forma de consumirse, por lo general, todas las formas de *cannabis* se fuman en forma de cigarrillo (porros, canutos, petardos, churros o “joints” o “nail”, en inglés) o en

¹⁰ En “*Marihuana: efecto negativo*” se informa que cuando se fuma marihuana, el THC pasa rápidamente de los pulmones al torrente sanguíneo, que transporta esta sustancia química a los órganos en todo el cuerpo, incluyendo el cerebro. Allí, el THC se conecta a sitios específicos en las células nerviosas llamados receptores de cannabinoides, e influye su actividad. Algunas áreas cerebrales tienen muchos receptores de cannabinoides; otras, tienen pocos o ninguno. Muchos receptores de cannabinoides se encuentran en las partes del cerebro que influyen en el placer, la memoria, el pensamiento, la concentración, las percepciones sensoriales y del tiempo y el movimiento coordinado.

pipa (“bong”). Además se fuma en forma de “blunts” que son puros o cigarros a los que se les saca el tabaco y se rellenan con marihuana, a menudo mezclada con otra droga¹¹. Ha ido cayendo en desuso el fumar resina directamente en pipas hechas de arcilla, pero aun se mantiene este uso en el norte de África. La *resina* y el *aceite de cannabis* también pueden ingerirse oralmente como tal o agregándolo a una infusión de té. El uso no alimentario ni terapéutico es el más extendido. Lo que se busca es un estado de intoxicación, y su consumo por el ser humano, afecta a muchos órganos y sistemas, especialmente al Sistema Nervioso Central.

La última forma de consumo que parece estar en incremento, es como ingrediente sazonador de diversos platos cocinados. Son muy comunes los dulces y pastas condimentadas así, pero también se elaboran ensaladas, carnes y pescados, con un toque de cáñamo. Existen en el subcontinente Indostánico cervezas de uso tradicional, con contenido alcohólico moderado, que se elaboran añadiendo cáñamo completo a las maltas, con claros efectos alteradores de las funciones cerebrales. Las variantes de imitación, con consumo autorizado en Europa, no contienen cannabinoles tóxicos, sino cáñamo selectivamente obtenido sin sustancias prohibidas.

De todas las sustancias clasificadas como de tráfico ilícito por la Organización de Naciones Unidas (ONU), los debates relacionados con el *cannabis* siguen siendo los más polémicos. En muchos países consumidores, incluidos los EEUU, existen grupos muy activos que trabajan por la legitimación y legalización del consumo de *cannabis* en igualdad de condiciones que el alcohol o el tabaco. Estos grupos han logrado, cada vez en más países, la despenalización del consumo propio y privado, cuando no también el cultivo para consumo propio. Las situaciones administrativas y de criminalización con respecto al *cannabis* son enormemente diferentes en cada país, y, a veces, se producen de manera simultánea ambas situaciones dentro de cada país, como el hecho de que se puedan vender hasta 5 gramos de *cannabis* para uso propio a cualquier comprador en un Coffie-Shop de Holanda, cuando el tráfico del producto está gravemente penalizado en este país.

Los movimientos antiprohibicionistas en toda Europa siguen desarrollándose, y mantienen publicaciones periódicas de venta pública con tirada no despreciable y alta fidelidad en el cliente. La información que se ofrece en la Web de Internet es muy extensa y en su mayor parte liberacionista o propagadora de los consumos considerando que es prácticamente inocuo, y que si se dan casos de enfermedad, el *cannabis* no tiene relación causal ni facilitadora con ella.

¹¹ Ver bibliografía: “*Marihuana: efecto negativo*”.

También es controvertida la postura sobre el uso terapéutico del *cannabis* y su aprobación legal como medicamento. Científicos de los Estados Unidos buscan crear una variante del *cannabis* para uso médico que no posea las propiedades alucinógenas de la sustancia original, pero que siga conservando su capacidad analgésica.

En un estudio publicado en la revista digital Nature Chemical Biology, los investigadores del Instituto Nacional de Salud de Bethesda expresan que, al modificar los componentes de los actuales medicamentos basados en los cannabinoides, pueden lograrse sustancias que minimicen sus efectos secundarios. Según indicaron, el consumo de este tipo de medicación lleva asociado un significativo deterioro psicomotor, lo que limita su desarrollo como analgésico de uso clínico. Tanto los efectos psicoactivos como analgésicos del *cannabis* vienen de su componente activo, el THC (tetrahidrocannabinol), y los efectos alucinógenos ocurren cuando el THC interactúa con el receptor de cannabinoides CB1R.

Habría empresas médicas autorizadas para vender la cantidad requerida de la droga, con base en un registro electrónico de pacientes, y los males elegibles para su consumo serían cáncer, VIH-SIDA, Hepatitis C, Glaucoma, enfermedad de Crohn y Alzheimer.

Asimismo, opositores a la legalización de la marihuana con fines médicos, por ejemplo, para aliviar el dolor y las náuseas debido a una enfermedad, argumentaron que fomentaría un uso generalizado de la marihuana y otras drogas ilícitas, cuando ya existen medicamentos para controlar este tipo de padecimientos.

Capítulo 2

El consumo y el tráfico a nivel mundial

Producción

Al contrario de lo que sucede con otras sustancias psicoactivas, sólo pueden realizarse estimaciones generales sobre la producción de *cannabis*. Debido a la descentralización de su producción, es difícil seguir la evolución de los mercados a nivel mundial.

La ONUDD¹² estima que el *cannabis* se cultiva en 172 países y territorios, según información del 2009. En 2008 la producción de *hierba de cannabis* a escala mundial osciló entre 13.300 y 66.100 toneladas. La fabricación mundial de *resina de cannabis* se estimó entre 2.200 y 9.900 toneladas, siendo Afganistán y Marruecos los principales productores. La superficie total estimada de *cultivo de cannabis en exteriores* oscila entre 200.000 y 641.800 ha.¹³

Según las cifras del Gobierno de Marruecos, la superficie de cultivo ilícito de la planta de *cannabis* se redujo significativamente en este país, de 134.000 hectáreas en 2003 a 60.000 hectáreas en 2008 y la producción de *resina de cannabis* disminuyó de 3.070 toneladas a 877 toneladas, es decir, el 71% en el mismo período.

En 2009, el eje se centra en un importante productor como es Afganistán en donde se realizó la primera encuesta de manera conjunta entre la ONUDD y el Ministerio Afgano de Lucha contra los Estupefacientes. Los resultados de esta encuesta dio como resultado que la superficie destinada al cultivo de *cannabis* es entre 10.000 a 24.000 ha, y la producción de *resina de cannabis*, entre 1.500 y 3500 mt. En términos de producción, Afganistán es el mayor productor de *resina de cannabis* en el mundo.

La tendencia mundial más significativa de la producción de *cannabis* en los últimos años ha correspondido al aumento de los cultivos en interiores. El cultivo en interiores es un negocio muy lucrativo y constituye una creciente fuente de ingresos para los grupos de delincuencia organizada. A nivel local tiene el beneficio de menor riesgo de detección, alto rendimiento con varias cosechas por año (las condiciones controladas –en general, hidroponia-

¹² Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

¹³ En el Informe Mundial sobre las Drogas-2010, la UNODC informa que las estimaciones no se actualizan dado el alto nivel de incertidumbre y la falta de información de muchos países sobre el cultivo de cannabis.

permiten hasta seis cosechas por año) y normalmente da mayor potencia al producto, por ejemplo en la producción sin semilla que contiene mayor concentración de THC.

Con base en informes de gobiernos y en la literatura científica, UNODC pudo encontrar pruebas de cultivo interior de *cannabis* con fines comerciales en 29 países, concentrados en las zonas templadas del mundo: América del Norte, Europa Occidental, Central y del Norte y Oceanía. Sólo hubo un informe de cultivo interior en América del Sur (Argentina) y uno en África (Sudáfrica). Dada la falta, en todo el mundo, de un sistema de vigilancia sobre el cultivo interior de *cannabis*, estos 29 países representan el conjunto mínimo de países con cultivo interior de *cannabis*.

Se estima que el cultivo ilícito de *cannabis* viene aumentando en los Estados Unidos y puede llegar a superar la cantidad total de la sustancia procedente de otros países. En 2008, el número total de plantas de *cannabis* erradicadas aumentó el 14% (7.562.300 cultivadas en exteriores y 451.000 cultivadas en interiores). Asimismo, sigue aumentando la potencia del *cannabis* incautado en los Estados Unidos.

El cultivo de *cannabis* en Europa está extendido y posiblemente lo estará cada vez más. En 2008, los 29 países europeos que facilitan información mencionaron el cultivo doméstico de *cannabis*, aunque la escala y la naturaleza del fenómeno parecen variar considerablemente. Sin embargo, una proporción significativa del *cannabis* que se consume en Europa parece ser el resultado de un tráfico intrarregional.

Cuadro 2.1
Información disponible sobre el cultivo y la producción de cannabis
en los principales países productores

País	Superficie cultivada de Hierba de Cannabis (ha)	Erradicación	Producción de Resina de Cannabis (tm)	
Afganistán	10,000-24,000 (2009)		1,500-3,500(2009)	
Bolivia				1,831
Canadá				1,399-3,498 (2700)
Colombia	5,000 (2006)			4,000 (2006)
México		18,562 ha.		21,500
Marruecos	64,377	4377		
Países Bajos		1,053,368 plantas		323-766
Paraguay	6,000	1,838 ha		16,500
África Septentrional	1,300	1,275 ha		
EEUU		7,6 millones cultivo en exterior / 451,000 cultivos en interior		3,149-7,349

Fuente: UNODC Informe Mundial sobre Drogas 2010

El Caribe no es una región importante de producción de *cannabis*. Jamaica es su principal productor. El cultivo de *cannabis* bajo techo no existe en el Caribe.

Los datos del Mecanismo de Evaluación Multilateral (MEM) muestran que, si bien la mayoría de los países del Caribe no pueden determinar las tasas de producción de *cannabis*, de forma similar, la mayoría de los países producen y erradican menos de dos hectáreas de *cannabis* al año.

Tráfico, Incautaciones y Precios

En el *Informe Mundial sobre las Drogas* elaborado por UNODC durante el 2010, no se aborda el mercado transnacional relativo al *cannabis* porque su producción tiene lugar cada vez con más frecuencia en el país en el que se consume, y su distribución se efectúa a menudo a través de canales sociales. Pese a que el *cannabis* es la droga ilícita de uso más frecuente, está menos sometida al análisis de los mercados transnacionales como los de la cocaína, heroína y estimulantes de tipo anfetamínico (ETA).

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT)¹⁴ menciona que la información sistemática y rutinaria para describir los mercados y el tráfico de drogas ilegales es aún limitada. Las estimaciones de producción de *cannabis* se obtienen de las estimaciones de cultivo basadas en el trabajo de campo (toma de muestras *insitu*) y en reconocimientos aéreos o vía satélite. Esas estimaciones presentan importantes limitaciones, como por ejemplo, variaciones en las cifras de producción o dificultades en la vigilancia de cultivos que pueden ser cultivos de interior o no se limitan a zonas geográficas determinadas.

La *hierba de cannabis* en Europa también se importa, principalmente de África (por ejemplo, Nigeria, Cabo Verde, Sudáfrica), y con menor frecuencia de las Américas, especialmente de las islas caribeñas, Oriente Medio (Líbano) y Asia (Tailandia). Albania, la Antigua República Yugoslava de Macedonia, Moldova, Montenegro y Serbia se mencionan también como países exportadores.

Los mercados de *resina de cannabis* están más concentrados que los de la *hierba de cannabis*. Aunque una parte de la *resina de cannabis* producida en Afganistán se vende en Europa, es probable que Marruecos siga siendo el principal proveedor de esta droga en Europa. La *resina de cannabis* procedente de Marruecos suele introducirse de contrabando en Europa a través de la península Ibérica y los Países Bajos.

El tráfico de los derivados del *cannabis* sigue afectando a la mayoría de los países en todo el mundo. De los 147 países y territorios que la ONUDD tiene registros en 2008, en 137 se habían incautado derivados del *cannabis*: en 129 se incautó *hierba de cannabis*, en 92 *resina de cannabis* y en 26, *aceite de cannabis*. De la mayoría de las drogas incautadas, la *hierba del cannabis* es la droga que se incauta con mayor frecuencia en África, América y Oceanía mientras que la *resina de cannabis* es la droga incautada mayormente en Europa.

Las incautaciones a nivel mundial de *hierba de cannabis* aumentaron en el período 2006-2008 (+23%), en particular en América del Sur, y alcanzaron niveles análogos a los de 2004. Las incautaciones mundiales de *resina de cannabis* aumentaron notablemente en el período 2006-2008 (+62%), y su volumen superó ampliamente el último máximo registrado en 2004. Se ha informado de un aumento importante de incautaciones de *resina de cannabis* en 2008 en el Cercano y Medio Oriente, así como en Europa y África.

¹⁴ El problema de la drogodependencia en Europa, OEDT, Informe 2010

Los datos sobre las incautaciones de *resina de cannabis* producida en Marruecos, muestran que ese país sigue siendo uno de las principales fuentes de *resina*. Las incautaciones de *resina de cannabis* en el Cercano Oriente, en el Oriente Medio y en Asia sudoccidental se duplicaron después de 2006. En junio de 2008 las autoridades afganas incautaron 236,8 toneladas métricas de *resina de cannabis* en la provincia de Kandahar, lo que probablemente constituyó el mayor volumen de droga que se haya incautado de una sola vez en toda la historia. La República Unida de Tanzania sigue comunicando las mayores incautaciones de *hierba de cannabis* del África oriental, pero las incautaciones y las detenciones relacionadas con drogas también aumentaron en los aeropuertos internacionales de Nairobi (Kenya) y Addis Abeba (Etiopía).

Según la información provista por el OEDT, la elevada demanda de *cannabis* en Europa se refleja en unas incautaciones anuales cercanas a las 1.000 toneladas de esta droga. En total, los datos indican que la disponibilidad de *cannabis*, en sus distintas formas, puede estar aumentando más que reduciéndose en el mercado europeo. A pesar de los indicios que apuntan a que la producción doméstica de *cannabis* se ha hecho más frecuente, la cantidad de *hierba de cannabis* incautada en la Unión Europea se ha mantenido estable, mientras que la de *resina de cannabis* ha aumentado. En términos de volumen, la diferencia entre las incautaciones de *resina de cannabis* y de *hierba de cannabis* es del orden de diez a una. Cualquier conclusión que se extraiga sobre la disponibilidad de los distintos tipos de *cannabis* en Europa exige mucha cautela, ya que la misma se produce más cerca de su mercado de destino y, por tanto, la probabilidad de que sea interceptada es menor. Cada vez hay más informes sobre la participación de la delincuencia organizada en la producción doméstica de *cannabis*, lo que exige nuevas actuaciones de las fuerzas de seguridad, tanto nacionales como de la comunidad económica europea.

Estados Unidos sigue registrando la proporción más elevada de *hierba de cannabis* incautada (48%), mientras que la mayoría de la *resina de cannabis* incautada se registró en Europa occidental y central (57%).

Las incautaciones de *cannabis* parecen estar creciendo más fuertemente en América del Sur, en particular en Bolivia. La disminución en las incautaciones de *cannabis* en México se vio compensada por un aumento significativo en América del Sur, debido principalmente a la contribución de Bolivia. Según ha informado este último país, las incautaciones se duplicaron en 2008 y aumentaron un 74% en 2009, dando secuencia a una tendencia de rápido crecimiento, que se remonta a 1999. Durante el período 2003-2009, en particular, las incautaciones de *cannabis* en Bolivia aumentaron de manera constante, de 8,5 toneladas en 2003 a 1.937 toneladas en 2009. Esto representó un incremento de 228 veces durante un período de seis años, lo que equivale a

seis años de aumentos consecutivos anuales de 147%. El nivel en 2008 fue el tercero más alto reportado por un solo país en todo el mundo, y 2009 el nivel fue superior a las mayores cantidades reportadas en 2008 en todo el mundo.

La región del Caribe representó el 1% del *cannabis* incautado en todo el mundo (54.430 kg.) en 2007, un descenso significativo en comparación con estimaciones tan altas como el 18% en los años 80. La proporción de incautaciones de *cannabis* correspondiente a Jamaica para el período 2005-2007 es 3%. Porcentaje similar a Sudáfrica, Albania. Un 0,7 % (34.440 kg) del *cannabis* incautado en todo el mundo en 2007 provenía de Jamaica.

La incautación de plantas de *cannabis* aumentó considerablemente en Filipinas, de 2,5 millones en 2007 a unos 4 millones en 2008. El tráfico de *cannabis* sigue estando muy extendido en toda Asia meridional. En 2008 las autoridades indias incautaron 103 toneladas de *hierba de cannabis* y 4,1 toneladas de *resina de cannabis*. En Bangladesh se incautaron 2,3 toneladas de *hierba de cannabis*; en Nepal más de 7 toneladas y en Sri Lanka, más de 37 toneladas. La inestabilidad y los conflictos políticos, así como los débiles controles fronterizos, contribuyen a la multiplicación del cultivo ilícito de la planta y del contrabando de *cannabis*, por ejemplo, en el Irak y el valle del Bekaa, en el Líbano.

ONNUD informa que los precios de la *hierba de cannabis* varían notablemente entre países y regiones. Algunas regiones mostraron internamente niveles de precios parejos, aunque las comparaciones entre países deberían tomarse con cuidado, puesto que los precios pueden corresponder a tipos de productos diferentes.

Japón, Singapur y dos territorios de Asia oriental (Hong Kong y Macao, China) comunicaron precios al por menor muy altos. El alto precio en el Japón puede obedecer a que la mayor parte de la *hierba de cannabis* se importa, al contrario de lo que sucede por lo general en la mayoría de los otros países.

Los precios de la *hierba de cannabis* en Europa fueron también relativamente altos. El precio de venta al por menor de la *resina de cannabis* en 2008 oscilaba entre 3 y 10 euros por gramo en 17 países que facilitaron información, refiriendo 12 de ellos valores entre 6 y 9 euros. El precio medio de venta al por menor de la *hierba de cannabis* oscilaba entre 3 y 16 euros por gramo en los 16 países que facilitaron información, refiriendo 10 de ellos precios entre 5 y 9 euros.

En el extremo inferior de la escala de precios se hallaban principalmente países de África, América del Sur y Asia oriental, sudoriental y meridional.

Precios muy bajos de *resina de cannabis* fueron reportados en 2008 por Pakistán y la República Islámica del Irán, lo que refleja su proximidad al principal países productor (Afganistán), así como Paraguay, otro país con importante producción de *cannabis*.

Cuadro 2.2
Producción, incautaciones, precio y potencia de la resina y la hierba de cannabis. 2008

	Resina de cannabis	Hierba de cannabis
Estimación de la producción mundial (en toneladas)	2 200-9 900	13 300-66 100
Cantidad incautada a escala mundial (en toneladas)	1 637	6 587
Cantidad incautada (en toneladas) UE y Noruega (incluidas Croacia y Turquía)	892 (900)	60 (92)
Número de incautaciones UE y Noruega (incluidas Croacia y Turquía)	367 400 (368 700)	273 800 (288 600)
Precio medio de venta al por menor (euros por gramo) Rango (Rango intercuartil) (1)	3-10 (6-9)	3-16 (5-9)
Potencia media (% contenido de THC) Rango (Rango intercuartil) (1)	3-16 (6-10)	1-10 (5-8)

(1) Rango referido a la mitad de los valores de la serie que ocupan el lugar central de los precios medios notificados

(2) Fuentes: ONUDD (2009, 2010b) para los valores mundiales. Puntos focales nacionales de la red Reitox para los datos europeos

En 2008, se produjeron entre 13.000 y 66.100 toneladas métricas de hierba de cannabis, y entre 2.200 y 9.900 toneladas métricas de resina de cannabis.

El volumen total incautado en el período 2005-2008 de hierba de cannabis fue de 6.587 toneladas métricas, mientras que el de las incautaciones de resina de cannabis fue de 1.637 toneladas métricas.

Consumo de cannabis en el mundo

La información que nos da cuenta del consumo de *cannabis* a escala mundial fue obtenida de tres informes internacionales: *Informe Mundial sobre Drogas (2009 y 2010)*, *Informe Subregional sobre uso de drogas en población escolarizada (2009-2010)* y *Primer Estudio comparativo sobre Consumo de drogas y factores asociados en población de 15 a 64 años (2008)*.

En el *Informe Mundial sobre Drogas-2010*, la UNODC estima que entre 155 y 250 millones de personas en todo el mundo (3,5 a 5,7% de la población entre 15 y 64 años de edad) consumieron sustancias ilícitas en 2008. A nivel mundial, los consumidores de *cannabis* constituyen el principal grupo de consumidores de drogas ilícitas.

El *cannabis* sigue siendo la sustancia ilícita más consumida en el mundo. A nivel mundial, se calcula que el número de personas que la habían consumido al menos una vez en 2008 osciló entre **129 millones y 191 millones, es decir, entre el 2,9% y el 4,3% de la población mundial de 15 a 64 años de edad**. La prevalencia más alta corresponde a Oceanía (del 9,3 al 14,8%), seguida de América (del 6,3 al 6,6%). El cuadro a continuación muestra el consumo anual de *cannabis* según regiones y subregiones del mundo.

Cuadro 2.3
Número de personas que utilizaron *cannabis* en el último año y prevalencia según grupos de edad de 15 a 64 años y región, 2008

Región / Subregión	Consumidores de cannabis en el último año			
	Población	Población	%	%
	(mínimo)	(máximo)	(mínimo)	(máximo)
África	27.680.000	52.790.000	5,0	9,6
África oriental	4.500.000	9.190.000	3,4	7,0
África del Norte	4.680.000	10.390.000	3,6	8,0
África del Sur	4.450.000	11.170.000	4,0	10,1
África occidental y central	14.050.000	22.040.000	7,8	12,3
América	38.220.000	40.040.000	6,3	6,6
América del Caribe	430.000	1.960.000	1,6	7,4
América Central	540.000	600.000	2,2	2,5
América del Norte	29.950.000	29.950.000	9,9	9,9
América del Sur	7.300.000	7.530.000	2,9	3,0
Asia	31.510.000	64.580.000	1,2	2,4
Asia Central	1.860.000	2.140.000	3,7	4,3
Asia Oriental y Asia Sudoriental	5.370.000	23.940.000	0,4	1,6
Cercano Oriente y Oriente Medio	7.790.000	10.950.000	3,1	4,4
Asia Meridional	16.490.000	27.550.000	1,9	3,1
Europa	29.370.000	29.990.000	5,3	5,4
Europa oriental/sudoriental	8.520.000	9.010.000	3,0	3,2
Europa occidental/central	20.850.000	20.990.000	7,7	7,8
Oceanía	2.140.000	3.410.000	9,3	14,8
ESTIMACIÓN A NIVEL MUNDIAL	128.910.000	190.750.000	2,9	4,3

Fuente: UNODC Informe Mundial sobre Drogas 2010

El consumo de *cannabis* parece estar en declive a largo plazo en algunos de sus mercados más importantes, en particular América del Norte y algunas partes de Europa occidental. Se ha informado de un consumo cada vez mayor en América del Sur, aunque la prevalencia anual sigue siendo muy inferior a la de América del Norte.

Consumo de cannabis en América

Se estima que en **América del Norte** hay 29,9 millones personas que consumieron *cannabis* alguna vez en la vida durante el 2008 y se observa una disminución de los 31,2 millones estimados en 2007.

El consumo de *cannabis* en los Estados Unidos y en Canadá disminuyó o se estabilizó en los últimos años, a pesar de un ligero aumento que se observó en los Estados Unidos en 2008 (del 12,3% de la población de 15 a 64 en 2007 a 12,5% en 2008). En los Estados Unidos, entre 2002-2007, hubo una disminución significativa en la prevalencia anual del consumo de *cannabis* entre la población mayor de 12 años, del 11% al 10,1%. En el año 2008, la prevalencia anual del consumo de *cannabis* aumentó del primera vez después de 2002, alcanzando el nivel del 2006 (10,3% de la población mayor de 12 años). Una tendencia similar se ha observado en estudiantes de escuelas secundarias. A pesar de la gran disminución a partir de 2002, el *cannabis* sigue siendo la droga más consumida entre los usuarios de drogas ilícitas en los Estados Unidos. En 2008, el *cannabis* fue utilizado por el 75,7% de los actuales -usuarios de drogas ilícitas y fue la única droga utilizada por el 57,3% de ellos.

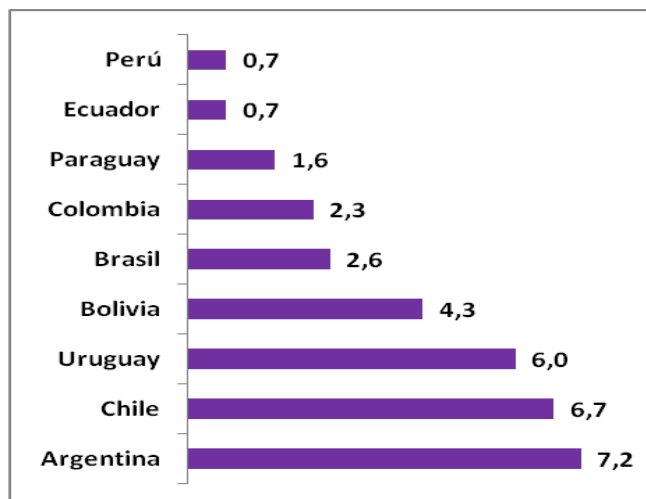
La prevalencia anual entre la población de 15 años o más en Canadá también ha disminuido significativamente, del 14,1% en 2004 al 11,4% en 2008. En 2008, la prevalencia del consumo de *cannabis* entre los jóvenes de 15 a 24 años era de 32,7%, más de cuatro veces superior a la prevalencia para los adultos de 25 años, del 7,3%.

La prevalencia anual del consumo de *cannabis* en México entre la población de 12 a 65 años aumentó de 0,6% a un 0,15%. A pesar del reciente aumento, los datos de las encuestas realizadas en 2008 siguen mostrando una tasa de prevalencia considerablemente menor a la de Canadá o de los Estados Unidos.

En **América del Sur** cerca de 3%, o aproximadamente 7,3 a 7,5 millones de personas con edad entre 15 y 64 años, habían consumido *cannabis* al menos una vez en el último año, en 2008, lo que representa una disminución con relación al estimado de 8,5 millones de

personas en 2007. Esta caída no refleja un verdadero cambio en el consumo de *cannabis* en la región entre 2007 y 2008, sino más bien una revisión de los datos de 2005 informados por Venezuela, donde las estimaciones de prevalencia se revisaron del 7,5% al 0,9%.

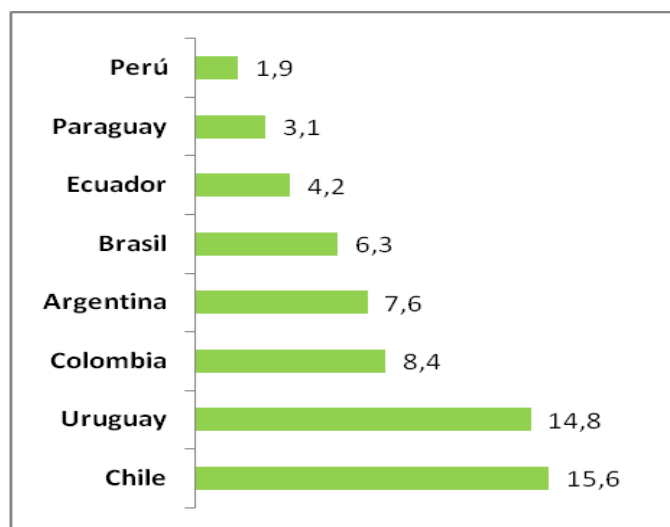
Gráfico 2.1
Prevalencia de año del consumo de cannabis entre la población de 15-64 años en países seleccionados de América del Sur. 2008



Fuente: UNODC-CICAD. Primer Estudio comparativo sobre Consumo de drogas y factores asociados en población de 15 a 64 años-2008

La prevalencia máxima de consumo de *cannabis* se encuentra en Argentina (7,2%), seguida por Chile (6,7%) y Uruguay (6%).

Gráfico 2.2
Prevalencia de año del consumo de cannabis en población escolarizada en países seleccionados de América del Sur. 2009/2010



Fuente: UNODC-CICAD. Informe Subregional sobre uso de drogas en población escolarizada-2009-2010

La mayor prevalencia de consumo de *cannabis* entre los estudiantes secundarios fue reportada entre los estudiantes de Chile (15,6%), Uruguay (14,8%) y Colombia (8,4%).

En América del Sur, según el **Primer Estudio comparativo sobre Consumo de drogas y factores asociados en población de 15 a 64 años-2008**, en los seis países bajo estudio: Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay, el promedio de uso en el último año o tasa anual es del 4,8%, aproximadamente dos millones de personas. Sin embargo, existen fuertes diferencias según sean países del cono sur o andinos, con tasas que oscilan entre el 7,5% y 0,7%, respectivamente.

En el **Informe Subregional sobre uso de drogas en población escolarizada-2009-2010**, se obtuvieron datos que permitieron dar cuenta de la magnitud del consumo de drogas y factores asociados en estudiantes secundarios entre 13 y 17 años en los 6 países que participaron del estudio: Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay. El informe comprende una muestra total de 170.286 escolares. De igual forma que la tendencia observada mundialmente, la marihuana es la droga ilícita de mayor consumo entre las poblaciones escolarizadas de Enseñanza Media.

Cuadro 2.4
Prevalencias (%) de vida, año y mes de marihuana en estudiantes de nivel medio en 6 países (Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú, Uruguay). 2009/2010

País	Prevalencia		
	Vida	Último año	Último mes
Chile	22,7	14,3	7,6
Uruguay	18,3	13,9	8,4
Argentina	11,6	8,2	5,0
Ecuador	6,9	4,5	2,3
Bolivia	5,6	3,3	1,8
Perú	4,0	2,4	1,1

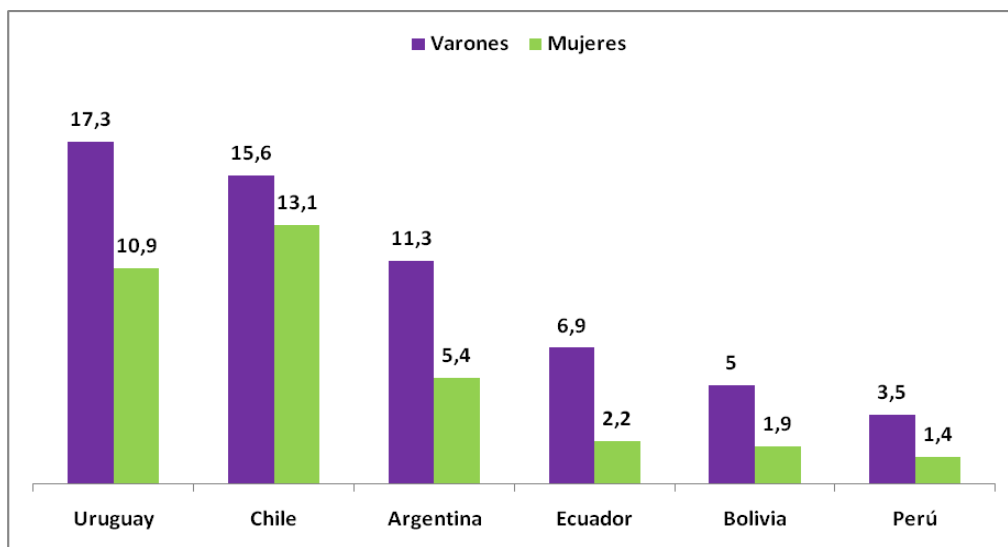
Fuente: UNODC-CICAD. Informe Subregional sobre uso de drogas en población escolarizada-2009-2010

El consumo **alguna vez en la vida** ubica a Chile (22,7%) y Uruguay (18,3%) con las prevalencias más altas seguido de Argentina con un 11,6%, mientras que en Perú, Bolivia y Ecuador se obtienen prevalencias marcadamente menores que oscilan entre el 4 y el 7%.

Al considerar la prevalencia **del último año** se mantiene el orden de los países aunque la diferencia entre Chile y Uruguay es menor (14,3% y 13,9%, respectivamente).

Respecto a la prevalencia de consumo en los últimos 30 días Uruguay presenta el mayor porcentaje (8,4%) seguido por Chile (7,6%) y también con escasa diferencia.

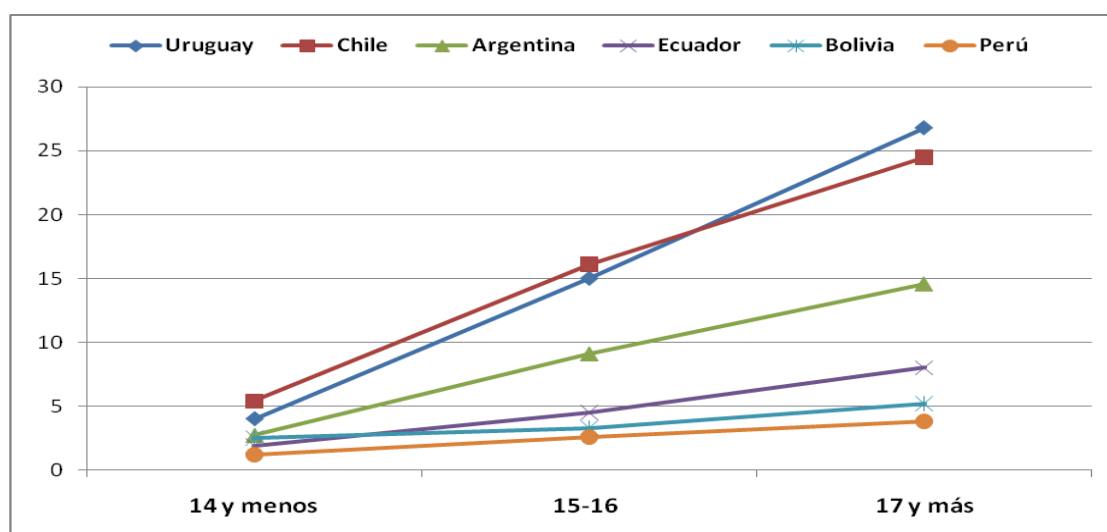
Gráfico 2.3
Prevalencias (%) del último año de consumo de marihuana según sexo y país. Estudio Subregional en estudiantes de nivel medio. 2009/2010



Fuente: UNODC-CICAD. Informe Subregional sobre uso de drogas en población escolarizada-2009-2010

En todos los países el consumo de marihuana es mayor entre los hombres que entre las mujeres y en los países de menor prevalencia el consumo de los varones es siempre más del doble. En Uruguay y fundamentalmente en Chile, disminuyen las diferencias entre géneros.

Gráfico 2.4
Prevalencias (%) del último año de consumo de marihuana según grupo de edad y país. Estudio Subregional en estudiantes de nivel medio. 2009/2010



Fuente: UNODC-CICAD. Informe Subregional sobre uso de drogas en población escolarizada-2009-2010

Para toda la región se encontró que el 43% de los jóvenes que han experimentado alguna vez con marihuana lo hicieron antes de los 15 años. En el gráfico anterior se puede observar el incremento de la tasa de consumo de marihuana en el último año de acuerdo a la edad. El crecimiento es lineal en todos los países aún con diferencias en la etapa inicial del consumo ya que en Perú se registra la menor tasa (1,2%) y en Chile, la tasa más alta (5,4%). Es el incremento de la tasa de consumo según edad lo que hace la diferencia entre los diferentes países llegando a una diferencia de 7 veces entre el país con mayor prevalencia –Uruguay con el 26,8%- y el país con menor prevalencia –Perú, con el 3,8%.

La marihuana es la droga de elección en el **Caribe**. Naciones Unidas estima que 1.110.000 personas (4,3%) en el Caribe entre las edades de 15 a 64 años han consumido cannabis por lo menos una vez. En contraste a la tendencia descendente en otras regiones, en los últimos años se ha observado un incremento en el consumo de cannabis en los países del Caribe, especialmente en 2007.

Se observan dos tendencias extremas en el consumo de cannabis en los países del Caribe. Una tendencia creciente en la prevalencia del consumo de cannabis entre la población general está registrada en las Bahamas (desde el 4,7% en 2003 a 5,5% en 2008), Granada (del 6,7% en 2003 al 10,8% en 2005), San Vicente y las Granadinas (del 6,2% en 2002 a 7,1% en 2006) y Trinidad&Tobago (de 3,7% en 2002 al 4,7% en 2006). Una tendencia a la baja se observó en la República Dominicana (de 1,9% en 2000 al 0,3% en 2008) y en Jamaica (de 10,7% en 2001 al 9,9% en 2006).

Diferentes aspectos culturales basados en costumbres, valores y creencias enraizados en la región del Caribe influyen en la forma de percibir el riesgo en el consumo de cannabis. Entre otros, existe la creencia de que la marihuana no es una droga, se la considera una planta sagrada y también, un mecanismo de supervivencia.

El informe elaborado por la CICAD, ***Marihuana: perspectiva del Caribe-2010***, examina la situación en los países caribeños de habla inglesa con respecto a la marihuana. El *cannabis* fue introducido por primera vez en el Caribe después de la abolición de la esclavitud en 1838 por trabajadores provenientes de la India. Los primeros colonialistas creían que el uso de marihuana entre los indios asiáticos incrementaba la productividad y la moral general de los trabajadores. Como consecuencia, fumar marihuana se convirtió en un hábito de la clase trabajadora, no muy popular pero siempre disponible. Facilitó su extensión la combinación del movimiento del poder negro y las enseñanzas rastafarianas, movimiento/religión con origen en

Jamaica en los años 30. Con el tiempo, el uso del *cannabis* en el Caribe comenzó a vincularse con la música y el surgimiento del cantante de reggae Bob Marley.

Consumo de cannabis en Europa

Según información provista por la OEDT en el informe de 2010, también en Europa el *cannabis* sigue siendo la droga ilegal más popular, donde se importa o produce internamente, aunque se observan grandes diferencias en la prevalencia del consumo entre unos países y otros, como demuestra el hecho de que las estimaciones más altas sean hasta 30 veces mayores que las más bajas. Se afirma que su consumo aumentó durante la década de 1990 y principios de la década de 2000. Al 2008 y de manera global, las tendencias en el consumo indican niveles estables o a la baja. Pero dentro de ese panorama general a largo plazo, se pueden identificar algunas pautas divergentes. Destacan algunos países en Europa oriental donde los niveles de consumo siguen aumentando y, en algunos casos, alcanzan o exceden los niveles de prevalencia encontrados en Europa occidental.

Las estimaciones sobre el consumo de *cannabis* en Europa se refieren a la población de 15 a 64 años y se basan en los datos más recientes de los que se dispone (encuestas realizadas entre 2004 y 2008):

Cuadro 2.5
Prevalencia del consumo de cannabis en la población de 15 a 64 años en Europa. 2004-2008

Grupos de edad	Período de consumo		
	Alguna vez en la vida	Último año	Último mes
15-64 años (334 millones)			
Nº estimado de consumidores en Europa	75,5 millones	23 millones	12,5 millones
%	22,5%	6,8%	3,7%
Países con prevalencia más baja	Rumanía (1,5%) Malta (3,5%) Chipre (6,6%) Bulgaria (7,3%)	Rumanía (0,4%) Malta (0,8%) Grecia (1,7%) Suecia (1,9%)	Rumanía (0,1%) Malta, Suecia (0,5%) Grecia, Polonia (0,9%) Lituania, Hungría (1,2%)
Países con prevalencia más alta	Dinamarca (38,6%) Rep.Checa (34,2%) Italia (32,0%) Reino Unido (31,1%)	Rep.Checa (15,2%) Italia (14,3%) España (10,1%) Francia (8,6%)	Rep.Checa (8,5%) España (7,1%) Italia (6,9%) Francia (4,8%)
15-34 años (133 millones)			
Nº estimado de consumidores en Europa	42 millones	17 millones	9,5 millones
%	31,6%	12,6%	6,9%
Países con prevalencia más baja	Rumanía (2,9%) Malta (4,8%) Chipre (9,9%) Grecia (10,8%)	Rumanía (0,9%) Malta (1,9%) Grecia (3,2%) Chipre (3,4%)	Rumanía (0,3%) Suecia (1,0%) Grecia (1,5%) Polonia (1,9%)
Países con prevalencia más alta	Rep.Checa (53,3%) Dinamarca (48,0%) Francia (43,6%) Reino Unido (40,5%)	Rep.Checa (28,2%) Italia (20,3%) España (18,8%) Francia (16,7%)	Rep.Checa (16,7%) España (13,4%) Italia (9,9%) Francia (9,8%)
15-24 años (63 millones)			
Nº estimado de consumidores en Europa	19,5 millones	10 millones	5,5 millones
%	30,9%	16,0%	8,4%
Países con prevalencia más baja	Rumanía (3,7%) Malta (4,9%) Chipre (6,9%) Grecia (9,0%)	Rumanía (1,5%) Grecia, Chipre (3,6%) Suecia (4,9%) Portugal (6,6%)	Rumanía (0,5%) Grecia, Suecia (1,2%) Chipre (2,0%) Polonia (2,5%)
Países con prevalencia más alta	Rep.Checa (58,6%) Francia (42,0%) Dinamarca (41,1%) Alemania (39,0%)	Rep.Checa (37,3%) España (24,1%) Italia (22,3%) Francia (21,7%)	Rep.Checa (22,4%) España (16,9%) Francia (12,7%) Italia (11,0%)

Fuente: OEDT. *El problema de la drogodependencia en Europa. 2010*

En Europa, unas 75,5 millones de personas consumieron *cannabis* al menos una vez en la vida, lo que corresponde a más de una de cada cinco personas de 15 a 64 años. La situación

es significativamente diferente según los países y la prevalencia nacional varía de un 1,5 % a un 38,6 %. Se estima que unos 23 millones de europeos consumieron *cannabis* en el último año, lo que representa una media del 6,8 % de toda la población de 15 a 64 años. Las estimaciones de la prevalencia de consumo en el último mes incluyen a las personas que consumen *cannabis* más frecuentemente, aunque no necesariamente de forma diaria o intensiva. Se estima que 12,5 millones de europeos consumieron esta droga en el último mes, lo que corresponde a una media del 3,7 % de las personas de 15 a 64 años.

El consumo de *cannabis* se concentra principalmente en los adultos jóvenes (15-34 años), siendo los jóvenes de 15 a 24 años los que generalmente indican la prevalencia más alta de consumo en el último año. Así ocurre en casi todos los países europeos que han facilitado información, a excepción de Portugal.

La información extraída de encuestas de población indica que, como media, el 31,6 % de todos los adultos jóvenes europeos (de 15 a 34 años) consumieron *cannabis* alguna vez, mientras que el 12,6 % lo hicieron durante el último año y un 6,9 % durante el último mes. Se estima que una proporción aún mayor de jóvenes europeos de 15 a 24 años consumieron *cannabis* en el último año (16%) o el último mes (8,4%). Las estimaciones nacionales del consumo varían mucho de un país a otro en todas las medidas de la prevalencia.

Consumo de *cannabis* en África

Aunque se carece de datos científicamente válidos sobre el consumo de *cannabis* en África, los expertos nacionales observan una tendencia al alza. A excepción de Sudáfrica, no hay información cuantitativa disponible en 2008. Con base en la información disponible, un estimado de 27,7 hasta 52,8 millones de personas, o 5,0% a 9,6% de la población de 15 a 64, consumido *cannabis* en África en 2008. Este amplio margen estimado se debe principalmente a la falta de datos de la mayoría de los países africanos.

En 2008, se registraron aumentos en el consumo de *cannabis* en comparación con el año anterior, y sólo se observaron descensos en el norte de África. Zambia (17,7%) y Nigeria (13,8%) siguen siendo los países con más alta prevalencia del consumo de *cannabis*. Únicamente en Sudáfrica se realizó un estudio sobre el consumo de drogas, basado en la demanda de tratamiento. Sobre la base de datos anuales de las diferentes regiones en el sur África, entre 26% y 58% de los pacientes que acuden a centros especializados de tratamiento informaron que el *cannabis* es su droga primaria o secundaria de abuso.

Consumo de cannabis en Oceanía

El consumo de *cannabis* en Oceanía también está disminuyendo y se calcula que la consumieron en el último año entre el 2,1 y 3,4 millones de personas de 15 a 64 años (9,3% - 14,8%). A excepción de Australia, Fiji y Nueva Zelanda, no hay estimaciones recientes o fiables. Sin embargo, la información de las encuestas escolares indica un importante consumo de *cannabis* entre los jóvenes, donde la prevalencia oscila de 54,9% en la Comunidad de Marianas de las Islas del Norte, Guam 45,5%, Samoa Americana 17,6% y las Islas Marshall con un 13,9%.

En Australia, la prevalencia anual del consumo de *cannabis* disminuyó desde 1998, a casi una quinta parte entre el 2004 y el 2007. La disminución más importante en el consumo de *cannabis* se observa en la población más joven (entre 14 y 19) con una prevalencia de 34,6% en 1998 al 12,9% en 2007. En Nueva Zelanda, la prevalencia anual del consumo de *cannabis* se redujo de 20,4% en 2003 al 13,3% en 2006, para aumentar de nuevo en 2008 a 14,6%.

Consumo de cannabis en Asia

Si bien no existen datos recientes sobre las tendencias en el consumo de *cannabis* en Asia, los expertos perciben un aumento del mismo. Se estima que entre 31,5 millones y 64.600.000 de personas consumieron *cannabis* en el último año. Las mayores tasas de prevalencia anual del consumo de *cannabis* son para Asia Central (3,7% a 4,3% en población general) y en el Cercano y Medio Oriente (3,1% a 4,3%). Los países más poblados de Asia, China e India, no tienen estimaciones. Una encuesta llevada a cabo en la India en 2001, se estimó una tasa de prevalencia mensual de consumo de *cannabis* en el 3% de la población masculina de entre 12 a 60 años. La falta de información en el consumo de *cannabis* entre la población femenina impide el desarrollo de una estimación precisa de la tasa de prevalencia.

Demanda de Tratamiento

La información que se provee a continuación fue extraída del informe elaborado durante el 2010 por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), *El problema de la drogodependencia en Europa*.

Se informa que en 2008 **el cannabis constituyó la droga principal consumida en casi el 21 % de los pacientes que iniciaron tratamiento (unos 85000)** en los 27 países que informaron al respecto, por detrás únicamente de la heroína. Los consumidores de *cannabis* como droga principal representan menos del 5% de los pacientes que iniciaron tratamiento en Bulgaria,

Eslovenia, Estonia, Lituania y Luxemburgo, y más del 30% en Alemania, Dinamarca, Francia, Hungría y los Países Bajos, la mayoría de ellos en régimen ambulatorio.

Muchos consumidores de *cannabis* reconocen que consumen alcohol u otras drogas. Sobre la base de los datos recogidos en 14 países, el 65% consumen otro tipo de droga, principalmente alcohol o cocaína, y algunos declaran el consumo tanto de alcohol como de cocaína. El *cannabis* se menciona como droga secundaria en el 24% de todos los pacientes ambulatorios que reciben tratamiento relacionado con las drogas.

Según la información provista por 18 países europeos, el número y la proporción de los consumidores de *cannabis* como sustancia principal entre los que iniciaron tratamiento por primera vez aumentó de 23000 a 35000 entre 2003 y 2007, para luego reducirse ligeramente hasta unos 33000 en 2008. A partir de 2005 y 2006, 13 países han notificado un descenso en el número de nuevos pacientes que inician tratamiento relacionado con el *cannabis*. Ese descenso podría deberse a las recientes tendencias a la baja en el consumo de esta droga, pero también a la saturación de la capacidad de los servicios o a la utilización de otros servicios (por ejemplo, servicios de atención primaria o de salud mental).

Los consumidores de *cannabis* que inician un tratamiento en régimen ambulatorio en Europa son principalmente jóvenes varones, con una proporción entre varones y mujeres de 5/1 y una media de edad de 25 años. Informan que se observan diferencias considerables entre los diferentes países. En Hungría, Rumanía y Croacia, la mayoría de los pacientes consumidores de *cannabis* son consumidores ocasionales, mientras que en Bélgica, Bulgaria, Dinamarca, España, Francia, Irlanda, Malta y los Países Bajos más del 50 % son consumidores diarios.

El tratamiento de la dependencia del *cannabis* en Europa incluye toda una serie de medidas, como el tratamiento por Internet, el asesoramiento, las intervenciones psicosociales estructuradas y el tratamiento en régimen de ingreso. En Francia existe una red de centros de asesoramiento juvenil conocidos también como “clínicas de *cannabis*”.

Se atiende a los consumidores que acudieron voluntariamente, a los derivados por profesionales sanitarios, y a los remitidos por el sistema judicial penal. Como alternativa al procesamiento, el sistema judicial penal en Hungría deriva a los autores de delitos relacionados con las drogas que cumplen una serie de requisitos a «servicios de asesoramiento preventivo» y los casos más graves, a centros donde reciben un tratamiento especializado. Los consumidores así derivados, cerca del 85% de todos los que consumen *cannabis*, deben recibir tratamiento para su

drogodependencia o asesoramiento psicosocial por lo menos una vez cada quince días para obtener un certificado de alta. De lo contrario, se les puede procesar.

Alemania, los Países Bajos y el Reino Unido ofrecen la posibilidad de recibir tratamiento para la dependencia del *cannabis* por Internet, con el fin de facilitar el acceso a los consumidores que no solicitarían ayuda de manera presencial. Las intervenciones terapéuticas administradas por Internet consisten en un programa de autoayuda sin ningún contacto personal con asesores, o en un programa estructurado que incluye algunos contactos. En los Países Bajos se están promoviendo una serie de directrices para este tipo de programas; también han propuesto una nueva intervención de motivación familiar para los consumidores de *cannabis* que han tenido recientemente un primer brote de esquizofrenia.

Son relativamente pocos los estudios que han evaluado la eficacia de las intervenciones dirigidas específicamente a los consumidores de *cannabis*, a pesar de haber aumentado el número de demandas de tratamiento. Se han realizado investigaciones tanto de las intervenciones farmacoterapéuticas como psicosociales, pero los resultados no son concluyentes.

A partir de diferentes estudios realizados, el OEDT informa que las actuaciones de los profesionales sanitarios pueden influir en las tasas de abandono del consumo de *cannabis* y limitar, por tanto, la posible transferencia de intervenciones. Los mismos están evaluando la eficacia de la terapia familiar multidimensional (Incant), el refuerzo de la motivación, la terapia cognitiva conductual, la resolución de problemas psicosociales (Candis) y el tratamiento por medio de Internet.

Entre los consumidores problemáticos de drogas se encuentran los usuarios que combinan diferentes sustancias para obtener el efecto deseado; así, el consumo de *cannabis* se convierte en potencialmente más perjudicial debido a que su efecto combinado con otras drogas puede ser muy diferente que cuando se la utiliza sola. Sobre la base de estimaciones del número de consumidores de *cannabis*, opiáceos, cocaína y ETA a nivel mundial, **se calcula que en 2008 había de 16 a 38 millones de consumidores problemáticos en el mundo (entre el 10 y el 15% de todas las personas que consumieron drogas ese año)**. En el plano mundial, se calcula que durante el último año, entre el 12% y el 30% de los consumidores problemáticos recibieron tratamiento, lo que supone que entre 11 y 33,5 millones de consumidores problemáticos no recibieron tratamiento ese año.

La proporción de los servicios de tratamiento a los consumidores de distintas drogas varía considerablemente de una región a otra. En África y Oceanía, la mayoría de los tratamientos demandados corresponden al *cannabis* y se observan cambios respecto del decenio anterior. En África alcanza al 60% y en Oceanía se triplicó del 13% al 47%. El número de tratamientos relativos al *cannabis* ha aumentado más del doble en Europa (del 10% a 22%) y en América del Sur (del 15% a 40%). Sólo en América del Norte se ha visto una reducción de la demanda de tratamiento de *cannabis* en comparación con otras drogas.

Capítulo 3

El consumo en Argentina

El uso de marihuana en Argentina, al igual que en el mundo y en la región, es el más extendido entre la población cuando consideramos drogas ilícitas. A continuación se citan los datos obtenidos de dos estudios realizados por el Observatorio Argentino de Drogas de SEDRONAR, ***Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años-2010*** y ***Cuarta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media-2009***.

En ambas poblaciones se realiza el análisis de los siguientes indicadores:

- La **prevalencia de vida** indica el porcentaje de personas que declaran haber consumido cada una de las sustancias, al menos una vez en su vida.
- La **prevalencia de año** indica la proporción de personas que declaran haber consumido marihuana en los últimos 12 meses anteriores al momento de responder la encuesta. Este consumo se lo entiende como consumo reciente.
- La tasa de **incidencia anual** indica el porcentaje de nuevos consumidores en el último año sobre el total de la población en riesgo. Esta medida indica un aspecto importante del problema al identificar la celeridad que presenta el consumo en una población determinada. Resulta de la división del número de personas que empezaron a usar drogas (marihuana en este informe) durante el último año y el número de personas que corren el riesgo de usar una droga determinada por primera vez. La “población en riesgo” es la población total bajo estudio menos aquellos que ya han usado drogas antes del último año, es decir, aquellos que no han consumido una determinada droga al inicio del periodo.
- Para analizar los indicadores sobre la **intensidad** y **dependencia del consumo** de marihuana se presentan los datos que indican la intensidad de consumo a partir de la frecuencia de uso según sea **experimental** (una sola vez), **ocasional** (algunas veces en el año/ en el mes) o **frecuente** (semanal o diario) en población de 12 a 65 años y en estudiantes de nivel medio. Los indicadores de dependencia se midieron a partir de los criterios establecidos según el CIE 10, de **uso compulsivo** (consumir más de lo pensado a pesar de no querer hacerlo), **síndrome de abstinencia** (malestares físicos y psíquicos al disminuir o suspender el consumo) y **desarrollo de tolerancia** (consumir más cantidad para

lograr el mismo efecto), entre las personas que declararon consumo de marihuana en el último año.

- En el análisis de los indicadores sobre los **factores de riesgo-protección** asociados al consumo estamos incluyendo los estímulos o situaciones sociales, familiares y personales que determinan una mayor o menor vulnerabilidad respecto del uso de drogas y en este estudio, específicamente se refiere al consumo de marihuana. Dichos factores se los organizan en tres dimensiones:
 - Percepción de riesgo
 - Indicadores de propensión a consumir: curiosidad y actitud frente a la ocasión
 - Indicadores de vulnerabilidad: percepción de facilidad de acceso, consumo en el entorno y oferta

Además, en la población de estudiantes de nivel medio se complementa el análisis con los siguientes indicadores:

- Para estimar el **abuso** en el consumo de marihuana se utilizó la escala del DSMIV de OMS, en función de indicadores tales como: cantidad de veces que tuvo algún problema importante con su familia y/o amigos, en la escuela o si ha puesto en riesgo su integridad física o se expuso a situaciones que pudieron ocasionarle problemas con la ley o la autoridad pública a causa del consumo de marihuana.
- Se midió la **tendencia en el consumo anual de marihuana** en estudiantes de nivel medio de manera comparativa para los años 2001, 2005, 2007 y 2009. Para el estudio sobre población general se utilizaron los datos de un estudio específico elaborado con los datos de 4 estudios nacionales (2004/2006/2008/2010) que permitió medir la tendencia en la población de 16 a 65 años.

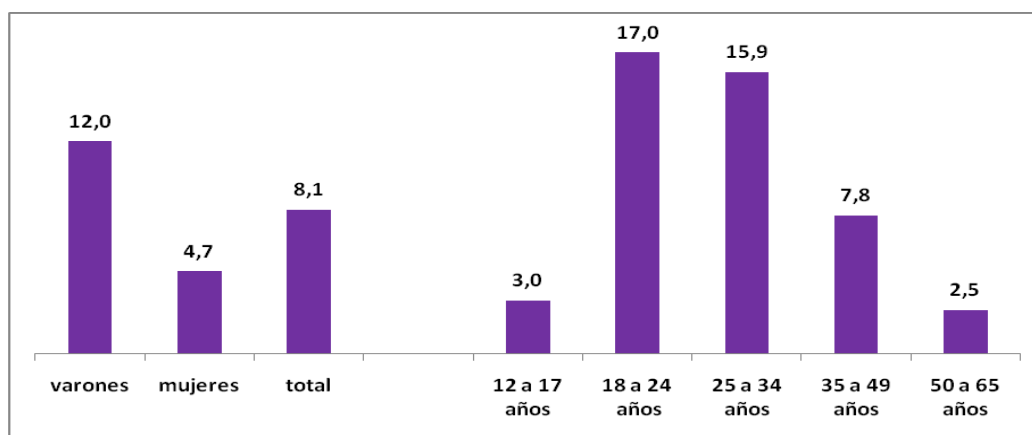
El análisis de todas las dimensiones seleccionadas se realizó en ambos estudios en base a las variables de sexo y grupos de edad; la variable de región solo se aplicó en población de 12 a 65 años.

Análisis del consumo de marihuana en población general

Prevalencia de Vida

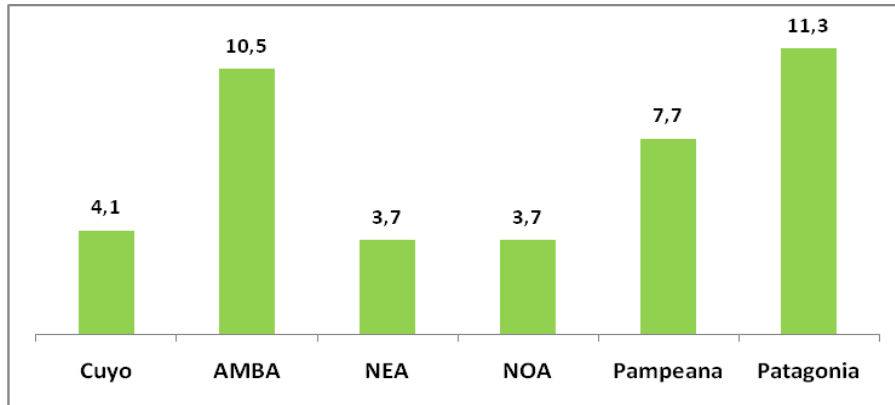
La sustancia ilícita de mayor consumo entre la población de 12 a 65 años del país de localidades de 80 mil habitantes es marihuana, la cual se ubica con una tasa de consumo del 8.1%. A nivel comparativo, las sustancias legales que presentan más alta tasa de consumo de alguna vez en la vida son el alcohol (73,9%) y el tabaco (51,7%). Dentro de las sustancias ilícitas, el primer lugar en el consumo es para marihuana y le sigue cocaína con el 7,9%.

Gráfico 3.1
Prevalencia (%) de vida de consumo de marihuana,
según sexo y edad. Estudio Nacional en población de 12 a 65 años. 2010



El consumo de alguna vez en la vida según sexo y grupos de edad, presenta una diferencia estadísticamente significativa en la población de 12 a 65 años. Son los varones quienes presentan una mayor tasa de consumo (12%) comparándola con la de mujeres (4,7%). El grupo de 12 a 17 años es quien presenta la tasa de consumo menor, del 3,0%. Entre los jóvenes de 18 a 34 años se observa el mayor consumo, con una tasa del 17% y 15,9% para las edades de 18 a 24 y 25 a 34 respectivamente, y las mismas descienden entre las personas de 35 a 65 años ubicándose en el 7,8% (35 a 49 años) y 2,5% (50 a 65 años).

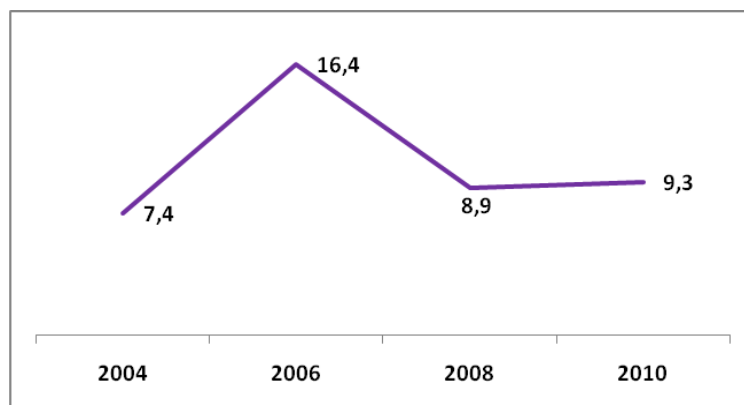
Gráfico 3.2
Prevalencia (%) de vida de consumo de marihuana según regiones.
Estudio Nacional en población de 12 a 65 años. 2010



El menor consumo de marihuana se observa en el NEA y NOA (3,7% para ambos casos) y en Cuyo (4,1%). El más alto consumo se detecta en el AMBA (10,5%) y en la región patagónica (11,3%). Por lo tanto, al considerar todas las regiones, se observan diferencias que oscilan entre el 4% y el 11%.

En el gráfico siguiente se presenta la prevalencia de vida en los cuatro estudios nacionales realizados durante el 2004/2006/2008/2010.

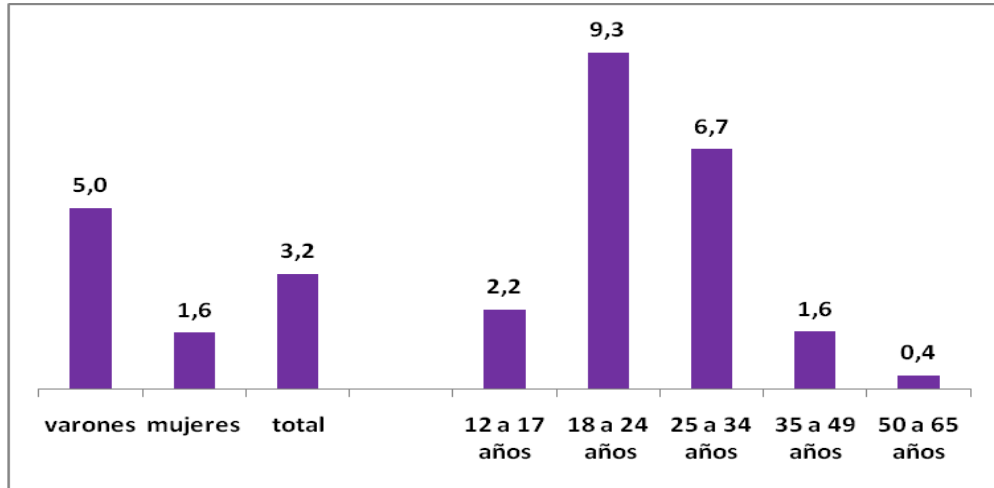
Gráfico 3.3
Prevalencia de vida sobre consumo de marihuana. Estudios nacionales en población de 16 a 65 años.
Argentina 2004, 2006, 2008 y 2010



El gráfico muestra un pico en la tasa de consumo de marihuana en la medición del año 2006, que se diferencia claramente de los otros tres estudios. Visto el período en su conjunto, desde el 2004 al 2010, la proporción de personas que probó alguna vez marihuana tuvo un incremento de dos puntos.

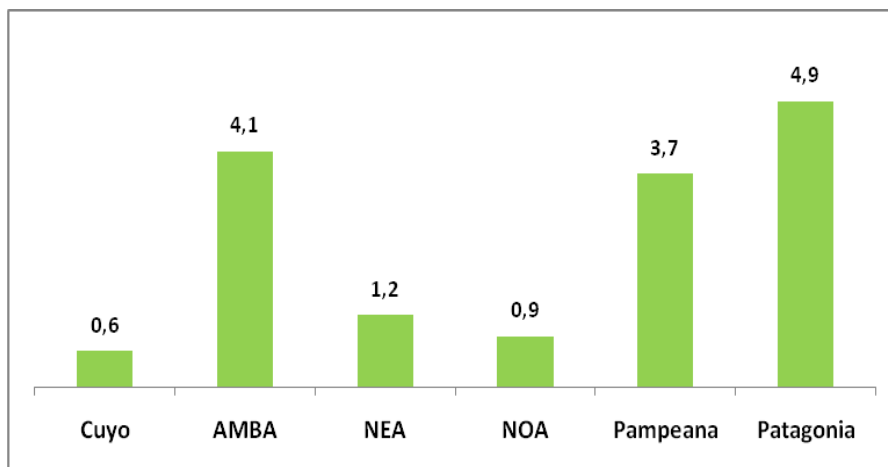
Prevalencia de Año

Gráfico 3.4
Prevalencia (%) de año de consumo de marihuana según sexo y edad.
Estudio Nacional en población de 12 a 65 años. 2010



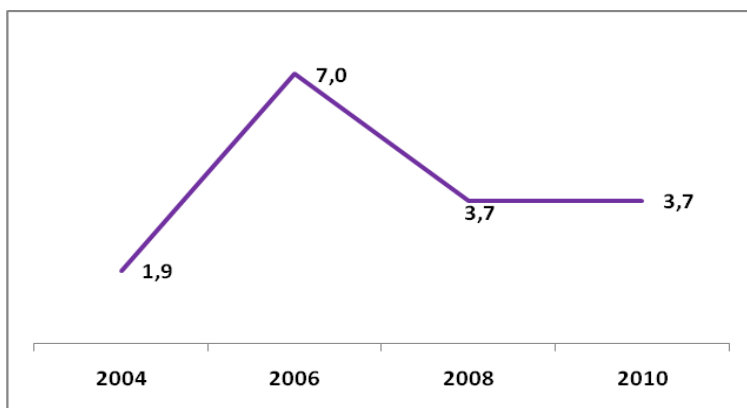
El consumo reciente de marihuana indica que el 3,2% de la población de 12 a 65 años en localidades de 80 mil habitantes y más del país la consumió durante el último año y son los varones (5,0% vs. 1,6% en las mujeres) y los jóvenes entre 18 a 24 años los que más la consumieron (9,3%). Este grupo de edad marca una diferencia importante en el consumo con los grupos de más de 35 años y con el grupo de 12 a 17 años, en los cuales se evidencian tasas menores, que rondan en el 2%.

Gráfico 3.5
Prevalencia (%) de año de consumo de marihuana según regiones.
Estudio Nacional en población de 12 a 65 años. 2010



El consumo de marihuana presenta diferencias al comparar las distintas regiones. Cuyo, NOA y NEA muestra los consumos más bajos –del 0,6% al 1,2%- y la región Pampeana, Patagónica y el Área Metropolitana, las tasas más altas –del 3,7% al 4,9%-.

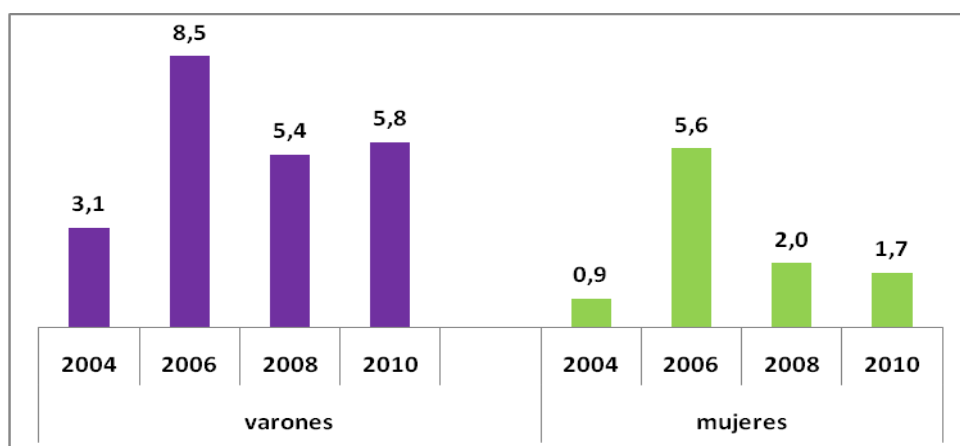
Gráfico 3.6
Prevalencia de año de consumo de marihuana. Estudios nacionales en población de 16 a 65 años. Argentina 2004, 2006, 2008 y 2010



Respecto del consumo reciente de marihuana, la tasa estimada en los diferentes estudios muestra una fuerte oscilación, pero en el final del período el consumo es mayor respecto del primer estudio realizado durante el 2004. En este último año se estima que el consumo de marihuana es de 1,9% y luego de pasar por el pico en el 2006 del 7%, se estabiliza en el 3,7% en el 2008 y 2010.

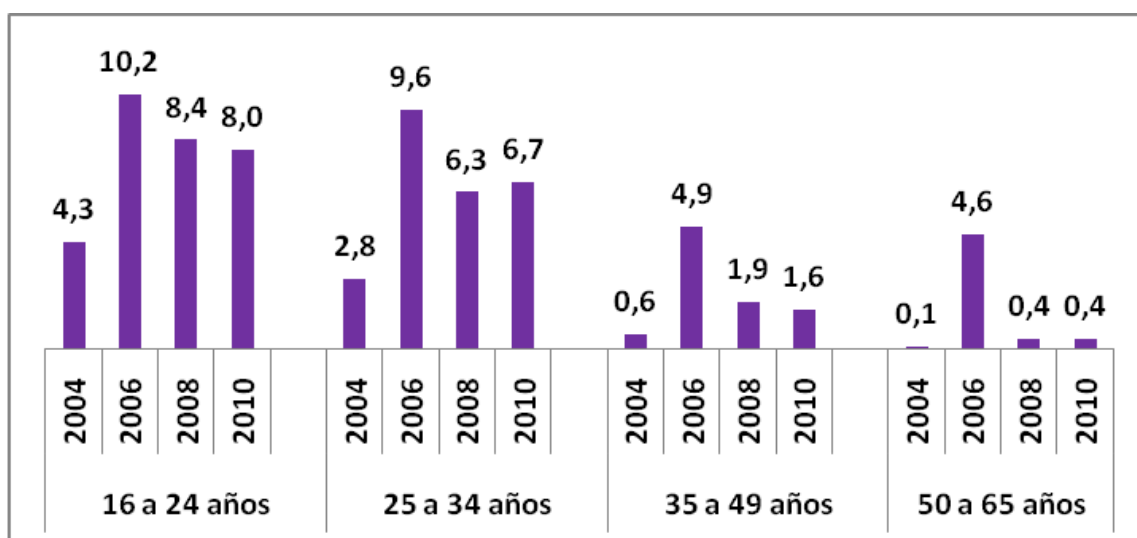
En los dos siguientes gráficos se profundiza el análisis de la tendencia, considerando el consumo de marihuana por sexo y por grupo etario.

Gráfico 3.7
Prevalencia de año de marihuana según sexo. Estudios nacionales en población de 16 a 65 años. Argentina 2004, 2006, 2008 y 2010



El consumo de marihuana -la droga de mayor consumo y siempre más elevado en los varones- presenta una tendencia ascendente hacia el 2010, linealidad interrumpida por una elevada tasa en 2006. En las mujeres, de principio a fin también se observa el crecimiento, con similar oscilación que en varones, pero con un leve descenso hacia el fin del período.

Gráfico 3.8
Prevalencia de año marihuana según edad. Estudios nacionales en población de 16 a 65 años.
Argentina 2004, 2006, 2008 y 2010



Respecto de la tendencia del consumo de marihuana por grupos de edad las tasas más altas se encuentran en la población comprendida entre los 16 a 34 años y más altas aún entre los más jóvenes. El 2006 indica los consumos más altos para todos los grupos.

Tomando en cuenta el primer y el último año del período estudiado (2004 y 2010), se observa que la tendencia es de crecimiento para todos los grupos; a partir del 2008 la tendencia se perfila cuasi estable, con leves aumentos para el grupo de 25 a 34 años y leves descensos para los grupos de 16 a 24 y de 35 a 49 años. En la población de 50 a 64 años no hubo cambios.

Edad de Inicio

Se presentan las medidas estadísticas de promedio, mediana y desvío estándar de la **edad de inicio** en el consumo de marihuana por sexo y por regiones en población de 12 a 65 años.

Cuadro 3.1
Medidas estadísticas de la edad de inicio de consumo de marihuana según sexo.
Estudio Nacional en población de 12 a 65 años. 2010

	Media	Mediana	Desvío Estándar
Varones	18,9	18,0	5,4
Mujeres	18,6	17,0	5,3
Total	19,7	18,0	5,5

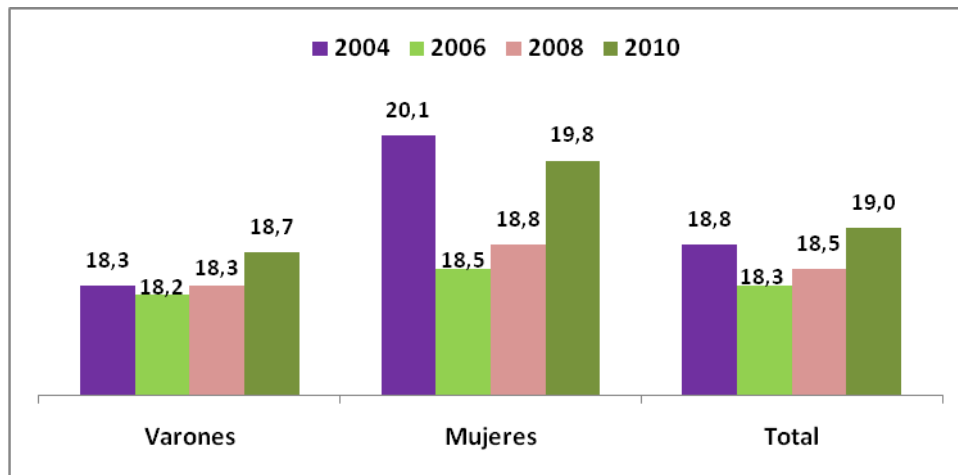
Cuadro 3.2
Medidas estadísticas de la edad de inicio de consumo de marihuana según regiones.
Estudio Nacional en población de 12 a 65 años. 2010

	Media	Mediana	Desvío Estándar
Cuyo	18,8	18,0	4,4
AMBA	19,2	18,0	5,7
NEA	19,9	18,0	5,7
NOA	18,9	17,0	5,3
Pampeana	18,4	17,0	4,8
Patagonia	18,5	17,0	5,2

La edad promedio de inicio en el consumo de marihuana se ubica entre los 18 y 19 años, sin diferencias importantes entre las regiones.

El gráfico siguiente muestra las edades de inicio en el consumo de marihuana relevado en los estudios nacionales de los años 2004/2006/2008/2010.

Gráfico 3.9
Promedio de edad de inicio en el consumo de marihuana según sexo.
Estudios nacionales en población de 16 a 65 años. Argentina 2004, 2006, 2008 y 2010



La edad de inicio en el consumo de marihuana en promedio se mantiene estable en el tiempo, alrededor de 18 años y medio. Si bien la diferencia por sexo no es significativa, se observa que en los varones la edad de inicio tiene un aumento leve al final del período y en las mujeres se produce un leve descenso.

Incidencia anual

Cuadro 3.3
Incidencia anual (%) de consumo de marihuana según sexo.
Estudio Nacional en población de 12 a 65 años. 2010

varones	mujeres	total
0,8	0,3	0,6

La tasa de incidencia de marihuana es del 0,6%, con un peso mayor entre los varones. Dicho porcentaje implica que 95.638 personas comenzaron a consumir la sustancia durante el último año.

Cuadro 3.4
Incidencia anual (%) de consumo de marihuana según grupo de edad.
Estudio Nacional en población de 12 a 65 años. 2010

12 a 17 años	18 a 24 años	25 a 34 años	35 a 49 años	50 a 65 años
0,9	1,7	0,9	0,3	0,0

Entre los 18 a 24 años se observan las tasas de incidencia más altas en el consumo anual de marihuana.

Cuadro 3.5
Incidencia anual (%) de consumo de marihuana según regiones.
Estudio Nacional en población de 12 a 65 años. 2010

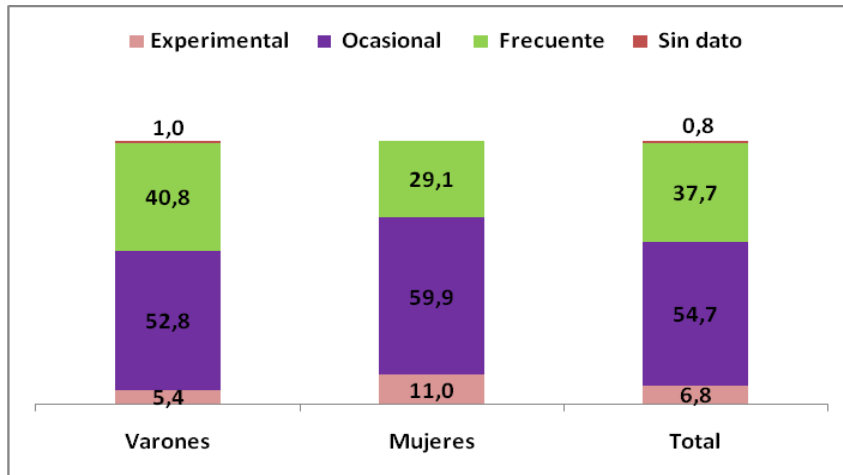
Cuyo	AMBA	NEA	NOA	Pampeana	Patagonia
0,1	0,8	0,2	0,1	0,5	1,5

La mayor proporción de nuevos casos de consumo de marihuana se observan en la Patagonia y en el Área Metropolitana.

Intensidad de consumo y dependencia

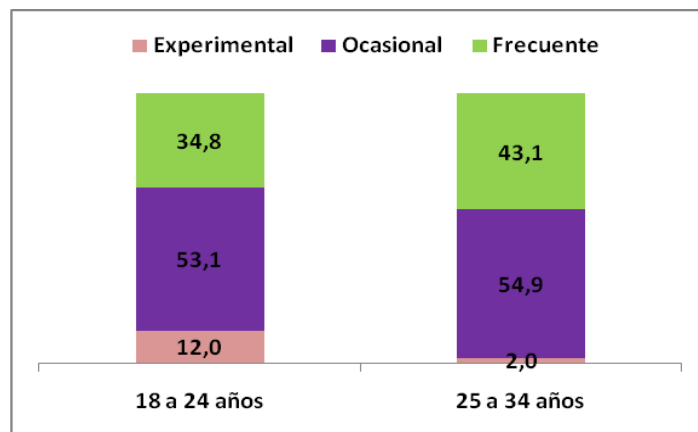
Según los datos presentados anteriormente sobre la prevalencia de consumo reciente en población de 12 a 65 años, el 3,2% consumió marihuana en los últimos 12 meses, siendo los varones quienes han hecho un mayor consumo (5,0%) versus un 1,6% en mujeres.

Gráfico 3.10
Modalidad de consumo de marihuana en los últimos 12 meses según sexo.
Estudio Nacional en población de 12 a 65 años. 2010



Haciendo referencia al gráfico inmediato anterior, la frecuencia de uso global de marihuana en el último año indica que el consumo experimental es el menor (6,8%), y el más alto se detecta en el consumo ocasional (54,7%). También el consumo semanal o diario presenta un importante valor (37,7%). Se registran diferencias entre sexos según la modalidad de consumo; el peso del consumo frecuente es mayor entre los varones (40,8% vs. 29,1%) y con respecto al consumo ocasional, son las mujeres quienes muestran el más alto consumo (59,9% vs. 52,8%).

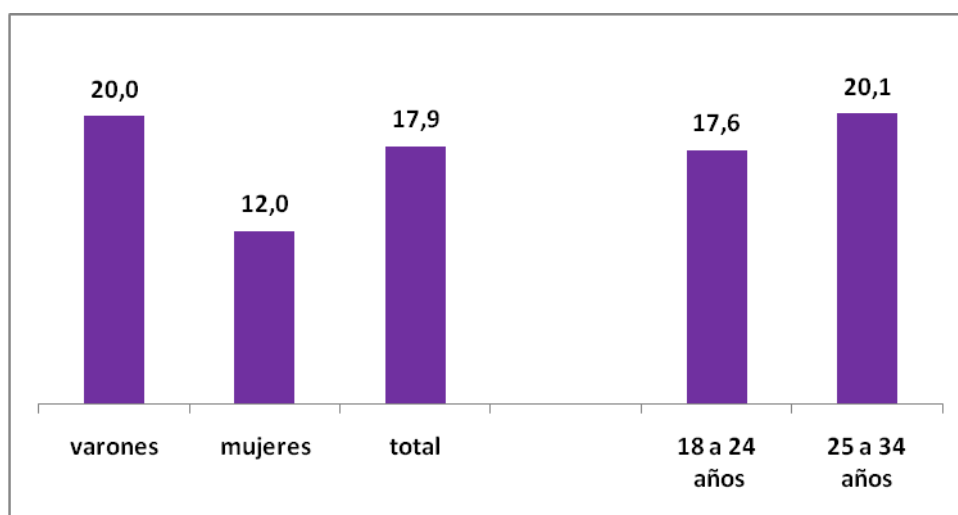
Gráfico 3.11
Modalidad de consumo de marihuana en los últimos 12 meses según grupos de edad.
Estudio Nacional en población de 12 a 65 años. 2010



Al analizar la frecuencia de uso de marihuana en dos grupos etarios, se observa que el consumo experimental es mayor entre los jóvenes de 18 a 24 años (12,0%). Entre la población de 25 a 34 años se registra el valor más alto en el consumo frecuente (43,1%). El consumo ocasional es el consumo más alto en ambos grupos etarios, levemente superior en el grupo de 25 a 34 años, cercano al 55%.

Medidos los indicadores de dependencia tales como de **uso compulsivo**, **síndrome de abstinencia** y **desarrollo de tolerancia**, entre las personas que declararon consumo de marihuana en el último año, los porcentajes del gráfico siguiente muestran la proporción de usuarios que tuvieron estos síntomas o signos. En este sentido, estas proporciones nos muestran el nivel de compromiso que tienen los usuarios con la sustancia y también, que su uso ya dejó de ser recreativo para pasar a ser problemático.

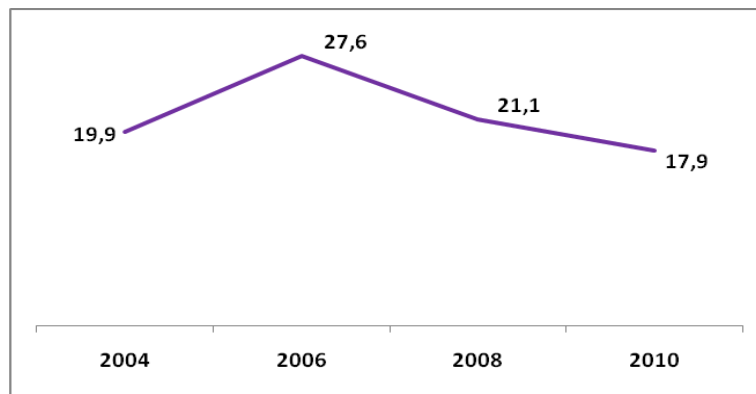
Gráfico 3.12
Tasa de dependencia (%) de consumo de marihuana según sexo y grupos de edad.
Estudio Nacional en población de 12 a 65 años. 2010



Los indicadores de dependencia indican que casi el 18% de los consumidores recientes de marihuana se incluyen en la categoría de dependientes, con el más alto porcentaje entre los varones. De las personas en situación de dependencia, el valor más alto se encuentra entre los jóvenes de 25 a 34 años (20,1%).

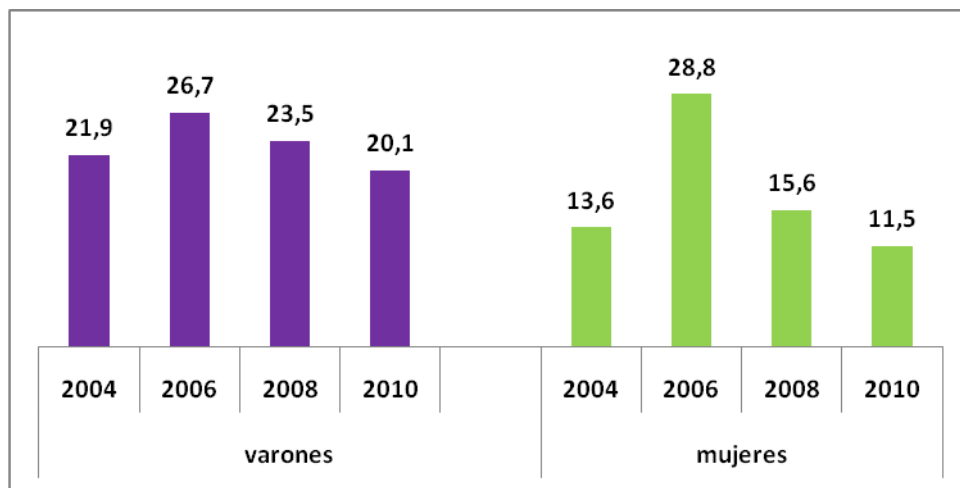
Con el objetivo de profundizar sobre el uso problemático de marihuana se presenta en el siguiente gráfico la proporción de personas que presentan signos y síntomas de dependencia y la tendencia de su consumo en el período que abarca del 2004 al 2010.

Gráfico 3.13
Dependencia de marihuana. Estudios nacionales en población de 16 a 65 años.
Argentina 2004, 2006, 2008 y 2010



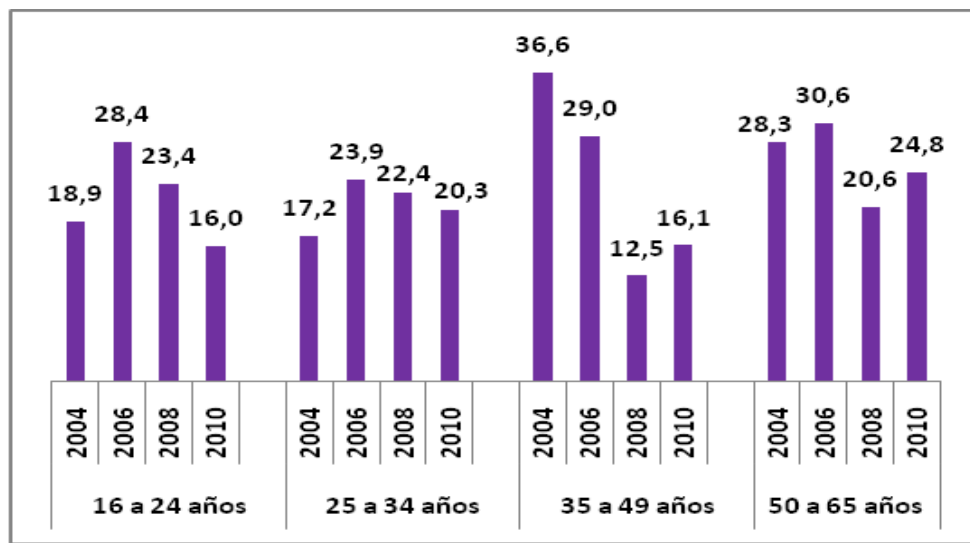
Se muestra que entre los usuarios de marihuana del último año, una proporción que oscila alrededor del 20%, presenta problemas de adicción. Este indicador es mayor en la medición del año 2006. Con el fin de poner en relación este porcentaje, se informa que el uso de cocaína genera mayor adicción que el uso de marihuana, ya que más del 40% de los consumidores de cocaína en el último año presentan indicadores de adicción.

Gráfico 3.14
Dependencia de marihuana según sexo. Estudios nacionales en población de 16 a 65 años.
Argentina 2004, 2006, 2008 y 2010



En promedio, tanto en el inicio como al final del período bajo observación, el 20% de los varones que fumaron marihuana en el último año tuvieron algún indicador de dependencia y el 11% se observa en las mujeres. Para ambos sexos, la mayor estimación se concentra en el 2006 con un valor cercano al 30%.

Gráfico 3.15
Dependencia de marihuana según edad. Estudios nacionales en población de 16 a 65 años.
Argentina 2004, 2006, 2008 y 2010



Según los datos proporcionados por los cuatro estudios nacionales, la proporción de usuarios con signos y síntomas de adicción varía notablemente según los grupos de edad con una tendencia heterogénea de los mismos.

Factores de riesgo-protección asociados al consumo

Percepción de Gran Riesgo sobre el consumo de marihuana

Se consultó a la población de 12 a 65 años “en su opinión, cuál cree usted que es el riesgo que corre una persona que consume marihuana una o dos veces, alguna vez y cuál es el riesgo de consumirla frecuentemente” y se ha seleccionado la opción de respuesta Gran Riesgo para describir su distribución según sexo y edad.

Gráfico 3.16
Distribución de la muestra según percepción de gran riesgo según sexo.
Estudio Nacional en población de 12 a 65 años. 2010

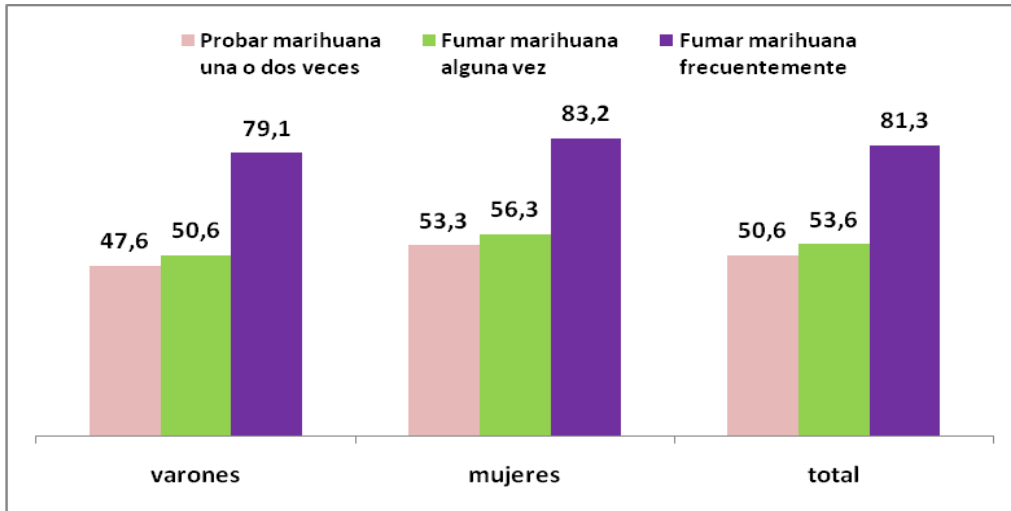
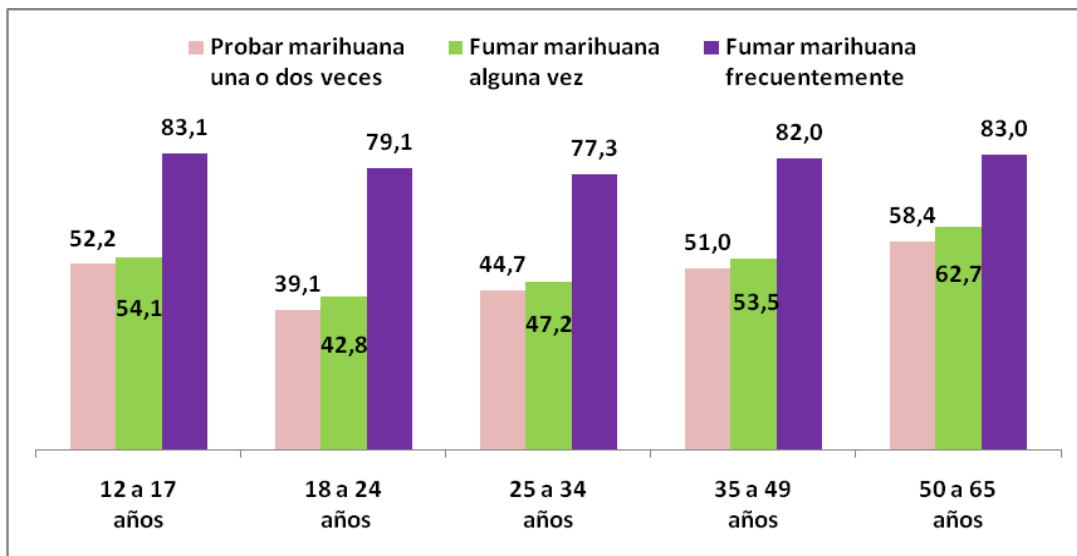


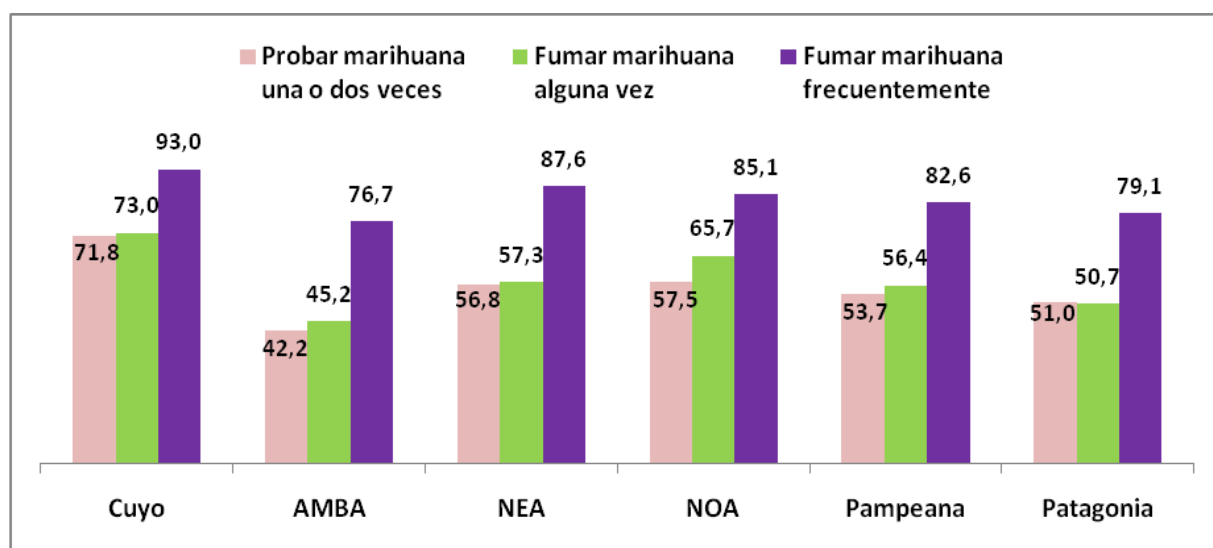
Gráfico 3.17
Distribución de la muestra según percepción de gran riesgo según grupo de edad.
Estudio Nacional en población de 12 a 65 años. 2010



Más del 80% de los consultados consideran de alto riesgo el consumo frecuente de marihuana. La percepción de gran riesgo del consumo ocasional y experimental de la sustancia baja a un valor que gira en el 50%. En la comparación con otras drogas –según el estudio de referencia- la marihuana presenta la percepción de gran riesgo más baja en relación al consumo ocasional, tanto de sustancias lícitas como ilícitas.

A partir de los 35 años la percepción de Gran Riesgo frente al consumo frecuente de marihuana es mayor al igual que en los adolescentes de 12 a 17 años. Es en los jóvenes de 25 a 34 años donde se encuentran los porcentajes menores de percepción de Gran Riesgo sobre el consumo frecuente de la sustancia. A medida que se incrementa la frecuencia de uso disminuye la opinión sobre su inocuidad.

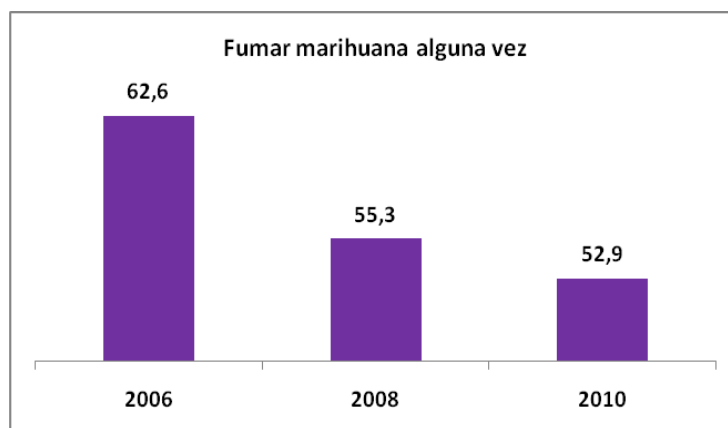
Gráfico 3.18
Distribución de la muestra según percepción de gran riesgo según regiones (%).
Estudio Nacional en población de 12 a 65 años. 2010



Cuyo y NEA son las regiones que presentan los mayores porcentajes de percepción de Gran Riesgo en relación a fumar frecuentemente marihuana. La menor percepción de Gran Riesgo del consumo ocasional y experimental de la sustancia se encuentra en el Área Metropolitana la Región Pampeana y en la Patagonia.

El gráfico siguiente muestra la magnitud y tendencia de la percepción del daño de la población de 16 a 65 años, respecto del uso ocasional de marihuana. Se tiene en cuenta la opinión sobre el uso ocasional de drogas ilícitas porque indica con mayor claridad la situación de riesgo frente a un probable consumo. El uso frecuente, de cualquier sustancia, siempre está acompañado por una alta percepción de riesgo.

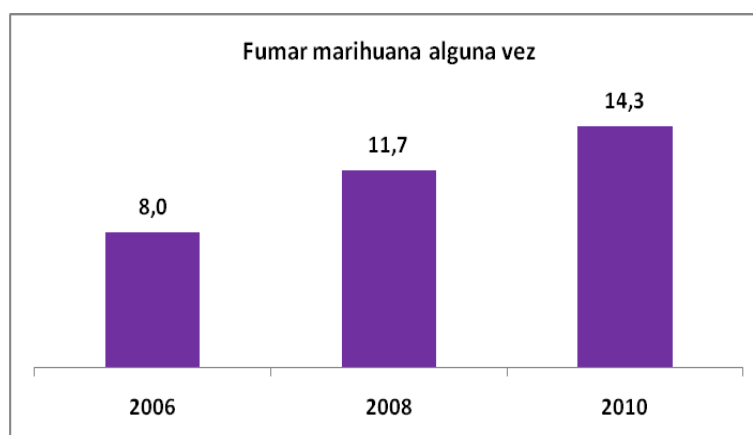
Gráfico 3.19
Porcentaje de personas que evalúan de Gran Riesgo el consumo ocasional de marihuana.
Estudios nacionales en población de 16 a 65 años. Argentina 2006, 2008 y 2010



La droga que mayor tolerancia presenta en su uso ocasional es marihuana, en el 2010 sólo el 52,9% piensa que esta modalidad de uso es de gran riesgo. Al compararlos con el uso ocasional de cocaína y éxtasis, en estas drogas el porcentaje de percepción del daño supera al 70% de la población. En el 2010 la tolerancia al consumo ocasional de marihuana creció, debido a que bajó 10 puntos la percepción de gran riesgo.

Mientras que en el gráfico anterior se mostraba la magnitud de la población que tiene menor tolerancia al consumo de marihuana por el gran riesgo que evalúa su consumo ocasional, en el gráfico siguiente los porcentajes indican la proporción de personas que consideran, en los distintos estudios, que el uso ocasional de marihuana no acarrea ningún riesgo para quien la consume.

Gráfico 3.20
Porcentaje de personas que evalúan de Ningún Riesgo el consumo ocasional de marihuana.
Estudios nacionales en población de 16 a 65 años. Argentina 2006, 2008 y 2010



La droga que mayor tolerancia presenta en su uso ocasional es marihuana, en el 2010 el 14,3% piensa que esta modalidad de uso no tiene riesgo. En el 2010 la tolerancia al consumo ocasional de marihuana creció, casi se duplicó la percepción del uso no riesgoso.

Asociación entre consumo y percepción de riesgo

La percepción de riesgo es una condición-actitud del sujeto que interviene como factor de riesgo o de protección y esta relación se explicita cuando se observa la prevalencia de consumo anual y la percepción de riesgo que la persona tiene respecto a ese consumo.

Cuadro 3.6
Prevalencia de consumo (%) de marihuana del último año de acuerdo a la percepción de riesgo.
Estudio Nacional en población de 12 a 65 años. 2010

Prevalencia de consumo	Percepción de riesgo	
	Ningún riesgo	Gran riesgo
Probar una o dos veces	14,3	0,6
Fumar alguna vez	13,5	0,7
Fumar frecuentemente	30,4	1,7

La prevalencia anual de consumo de marihuana disminuye de acuerdo al aumento de la percepción de daño que tienen las personas respecto de ese consumo y las tasas de consumo descienden del 30,4% al 1,7% según la opinión que tengan respecto del daño que produce fumar marihuana frecuentemente. La tasa de consumo reciente es más alta en el grupo que opina que no tiene riesgo alguno fumar marihuana frecuentemente.

Indicadores de Vulnerabilidad

Percepción de facilidad de acceso

Cuadro 3.7
Distribución (%) de la muestra según percepción de facilidad de acceso a marihuana según sexo.
Estudio Nacional en población de 12 a 65 años. 2010

Percepción de facilidad de acceso a marihuana	Sexo		Total
	Varón	Mujer	
Fácil	42,4	35,4	38,7
Difícil	10,2	11,4	10,8
Imposible	7,9	10,2	9,1
Desconoce	39,5	43,0	41,4
Total	100,0	100,0	100,0

El 38,7% de la población de 12 a 65 años considera que es fácil comprar o proveerse de marihuana, y esta percepción es mayor entre los varones que en las mujeres.

Cuadro 3.8
Distribución (%) de la muestra según percepción de facilidad de acceso a marihuana según grupo de edad. Estudio Nacional en población de 12 a 65 años, 2010

Percepción de facilidad de acceso a marihuana	Grupo de edad				
	12 a 17 años	18 a 24 años	25 a 34 años	35 a 49 años	50 a 65 años
Fácil	34,9	57,7	50,1	39,7	23,7
Difícil	12,8	11,3	10,4	10,6	9,8
Imposible	10,1	5,8	6,9	7,9	12,9
Desconoce	42,2	25,2	32,6	41,8	53,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

La percepción de facilidad de acceso está más concentrada entre los jóvenes de 18 a 24 años y de quienes tienen de 25 a 34 años, para descender entre la población adulta. También, el 34,9% de los adolescentes de 12 a 17 años declaran que es fácil acceder a la compra de marihuana.

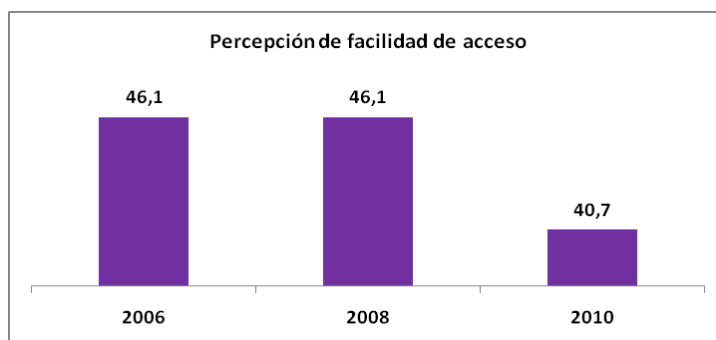
Cuadro 3.9
Distribución (%) de la muestra según percepción de facilidad de acceso a marihuana según regiones. Estudio Nacional en población de 12 a 65 años. 2010

Percepción de facilidad de acceso a marihuana	Regiones					
	Cuyo	AMBA	NEA	NOA	Pampeana	Patagonia
Fácil	29,5	42,3	36,0	37,8	37,5	33,6
Difícil	6,9	11,9	12,5	11,6	9,8	8,9
Imposible	8,0	8,5	16,0	9,6	8,8	8,0
Desconoce	55,6	37,3	35,5	41,0	43,9	49,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

La percepción sobre el acceso fácil para obtener marihuana ocurre en el 42,3% de la población que habita en el Área Metropolitana y con tasas cercanas al 37% la tienen los habitantes de quienes viven en el NOA, NEA, Región Pampeana y Patagónica. El porcentaje es menor en la zona de Cuyo.

El gráfico siguiente muestra el porcentaje de personas que consideraron muy fácil y fácil el acceso a marihuana, según los estudios nacionales realizados durante el 2004/2006/2008/2010.

Gráfico 3.21
Porcentaje de personas que consideran fácil conseguir marihuana.
Estudios nacionales en población de 16 a 65 años. Argentina 2006, 2008 y 2010



La marihuana es la droga de mayor percepción de facilidad de acceso seguida de cocaína, en todos los estudios. Se observa una tendencia decreciente en la magnitud de personas que perciben fácil el acceso.

Gráfico 3.22
Porcentaje de personas que consideran fácil conseguir marihuana, según sexo.
Estudios nacionales en población de 16 a 65 años. Argentina 2006, 2008 y 2010

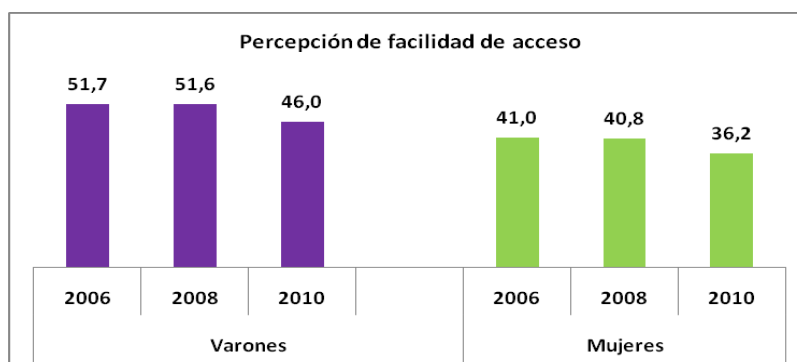
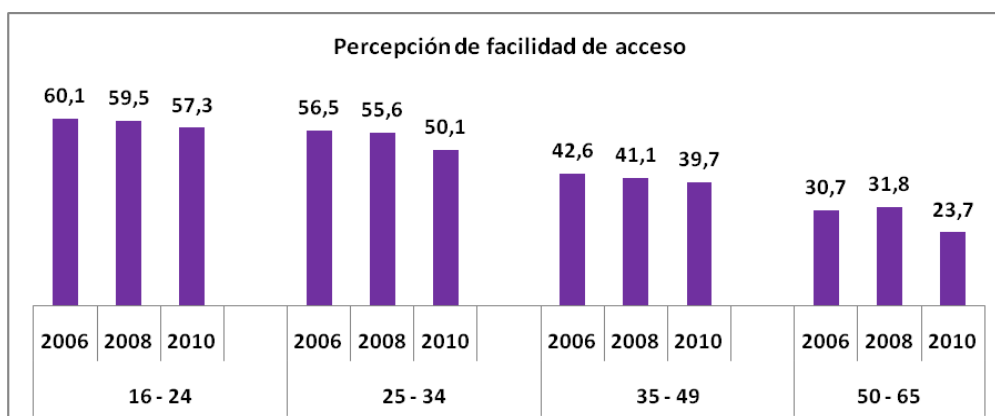


Gráfico 3.23
Porcentaje de personas que consideran fácil conseguir marihuana, según edad. Estudios nacionales en población de 16 a 65 años. Argentina 2006, 2008 y 2010



La mitad y más de los jóvenes de 16 a 34 años consideran que es fácil conseguir marihuana, sin duda la droga ilícita de mayor circulación y tolerancia.

Asociación entre el consumo de marihuana y el entorno

El consumo en el entorno es una medida objetiva sobre la tenencia de amigos o familiares que consumen drogas. En los informes elaborados se considera que el entorno social juega un rol significativo -de riesgo o de protección- para las personas en general y para los adolescentes escolarizados en particular. Los factores de riesgo y de protección que brindan el espacio familiar o escolar unido a las características personales pueden ser potenciados o frenados por variables del ambiente cercano al universo estudiado.

Cuadro 3.10
Prevalencia (%) de año de marihuana según cantidad de amigos o familiares que consumen marihuana o cocaína. Estudio Nacional en población de 12 a 65 años. 2010

Cantidad de amigos o familiares que consumen marihuana o cocaína		
Ninguno	Uno	Dos o más
0,4	4,0	18,9

A partir que se incrementa el nivel de vulnerabilidad observado según la cantidad de personas en el entorno que consumen, se incrementa la tasa de consumo. Por ejemplo, se pasa del 0,4% en el consumo de marihuana en los grupos donde no hay amigos o familiares que consumen, al 18,9% en el grupo que tienen entre dos o más amigos que consumen.

Cuadro 3.11
Prevalencia (%) de consumo de marihuana del último año y experiencia de situaciones traumáticas en la infancia. Estudio Nacional en población de 18 a 65 años. 2010

Situaciones traumáticas en la infancia				
Ninguna	Una	Dos a tres	Cuatro o más	Total
3,0	7,7	8,1	9,9	3,2

A las personas mayores de 18 años se les preguntó si en la infancia vivió alguna situación traumática como abandono, maltrato o violencia física o psicológica, carencias en la alimentación, etc. A partir de las respuestas positivas se construyó una escala y se las presentó con las tasas de prevalencia anual de consumo de marihuana.

La vulnerabilidad observada a través de este indicador muestra que la tasa de consumo de marihuana se incrementa a un 9,9% en los casos con cuatro o más experiencias traumáticas en la infancia.

Oferta de marihuana

Es una medida objetiva de haber recibido alguna oferta directa de drogas, en este caso, marihuana.

Cuadro 3.12
Distribución (%) de la muestra según oferta de marihuana.
Estudio Nacional en población de 12 a 65 años. 2010

Última vez que le ofrecieron marihuana	%
Durante los últimos 30 días	17,0
Hace más de 1 mes pero menos de 1 año	20,2
Hace más de un año	54,9
Nunca le ofrecieron	4,8
Sin información	3,1
Total	100,0

Según se informa en el estudio, el 22,2% de las personas encuestadas recibieron propuesta de consumir alguna droga, el 92.1% de ellos recibieron oferta de marihuana y según muestra el cuadro anterior, la mayor oferta se produjo hace más de un año.

Gráfico 3.24
Porcentaje de personas que recibieron oferta de marihuana.
Estudios nacionales en población de 16 a 65 años. Argentina 2006, 2008 y 2010

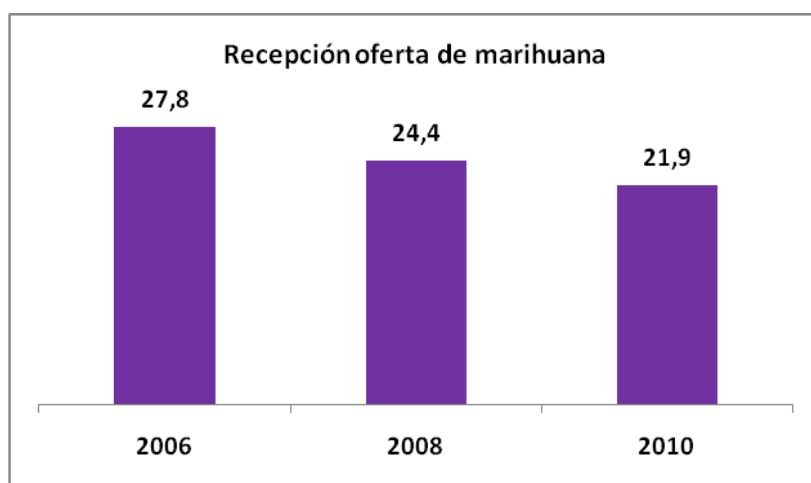


Gráfico 3.25
Porcentaje de personas que recibieron oferta de marihuana según sexo.
Estudios nacionales en población de 16 a 65 años. Argentina 2006, 2008 y 2010

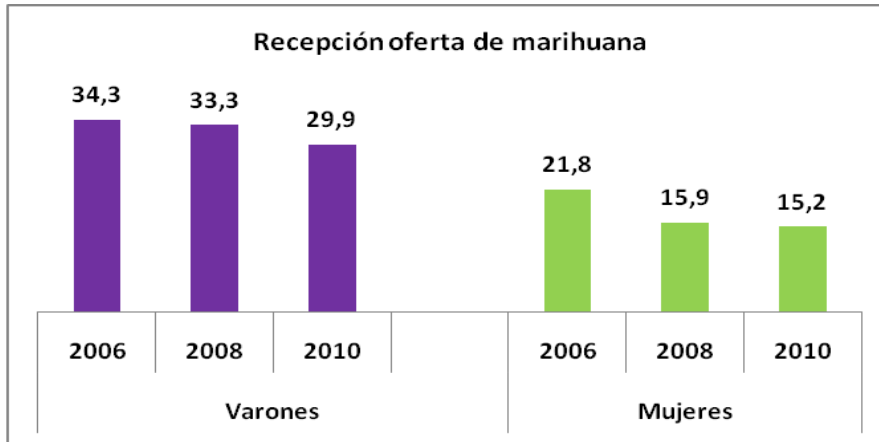
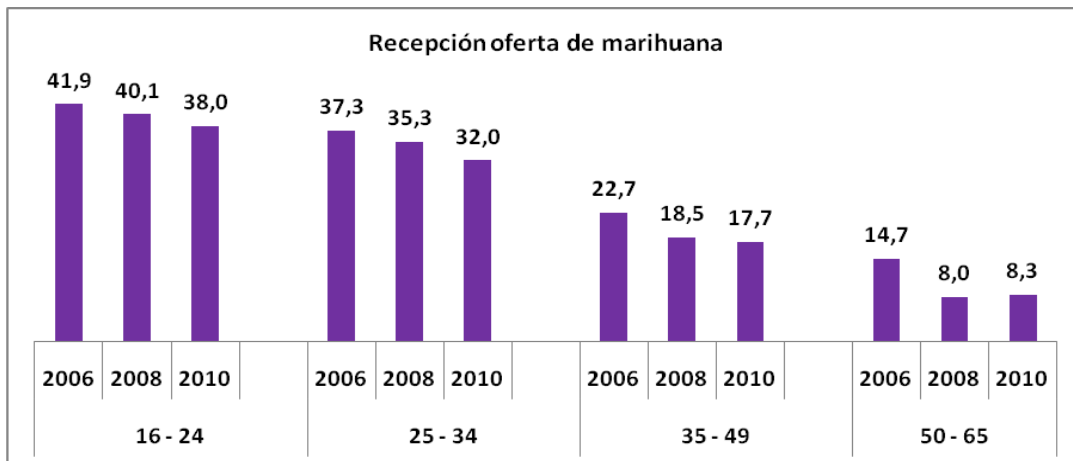


Gráfico 3.26
Porcentaje de personas que recibieron oferta de marihuana según edad. Estudios nacionales en población de 16 a 65 años. Argentina 2006, 2008 y 2010



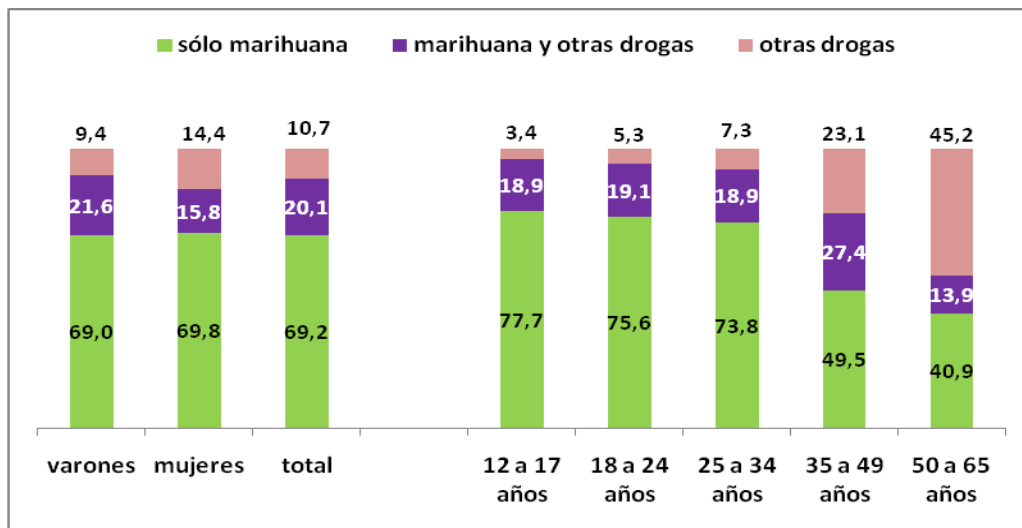
Son los varones y las personas jóvenes de 16 a 34 años quienes han recibido mayor oferta de marihuana. Si bien la diferencia por género es importante, cuando se trata de marihuana la distancia es menor que en relación a las otras drogas indagadas en los estudios. Por ejemplo, en el caso de cocaína para el 2010, la distancia entre varones y mujeres es de 17,3% y 6,2%, respectivamente.

Policonsumo

Se presentan algunos datos con el objetivo de mostrar las características del consumo de marihuana en el país, en relación al uso exclusivo de marihuana o combinada con otras sustancias durante el mismo año, dato que puede ser un indicador aproximado de policonsumo. Respecto del tipo de drogas ilícitas consumidas –se excluyen las drogas legales como tabaco, alcohol y psicofármacos- y por la importancia que tiene el consumo de marihuana en

el país, en el siguiente cuadro se reagrupan las sustancias en “solo marihuana”, “marihuana y otras” y “otras drogas excepto marihuana” para hacer observable cómo se distribuye el consumo por edad y sexo, según esta tipología.

Gráfico 3.27
Distribución (%) de usuarios según tipo de drogas consumidas en el último año según sexo y grupos de edad. Estudio Nacional en población de 12 a 65 años. 2010



La marihuana está presente en el 89,3% de los usuarios de drogas ilícitas, usándose como única droga ilícita (69,2%) o bien con otra (20,1%). También se puede observar que no hay diferencias por sexo.

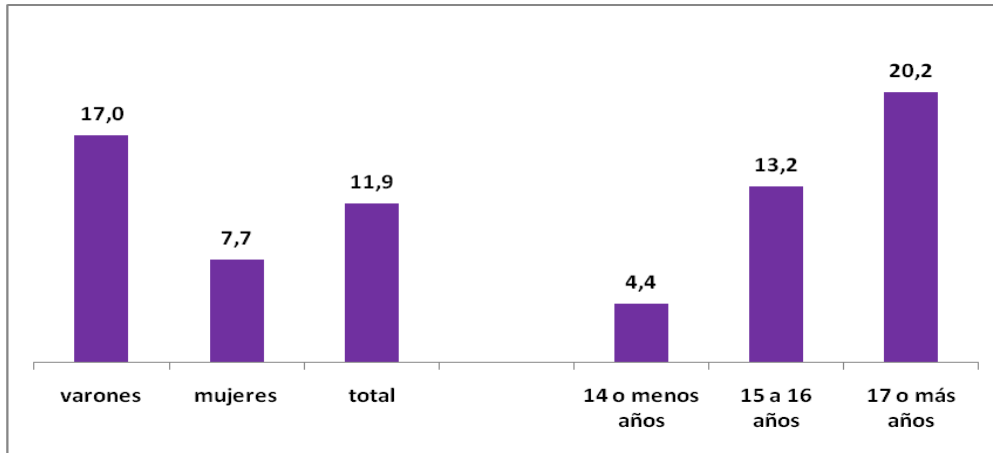
En la franja etaria de 35 a 49 años se observa el porcentaje más elevado de usuarios de marihuana que la combinan con otras drogas. En los otros grupos se privilegia el consumo único de la sustancia y comparten tasas similares. Nuevamente observamos que el consumo de marihuana disminuye según aumenta la edad de la población.

Análisis del consumo de marihuana en estudiantes de nivel medio

Prevalencia de Vida

El consumo de marihuana de “alguna vez en la vida” según sexo y grupos de edad, presenta diferencias importantes entre los estudiantes de nivel medio.

Gráfico 3.28
Prevalencia (%) de vida de consumo de marihuana según sexo y edad.
Estudiantes de nivel medio. 2009

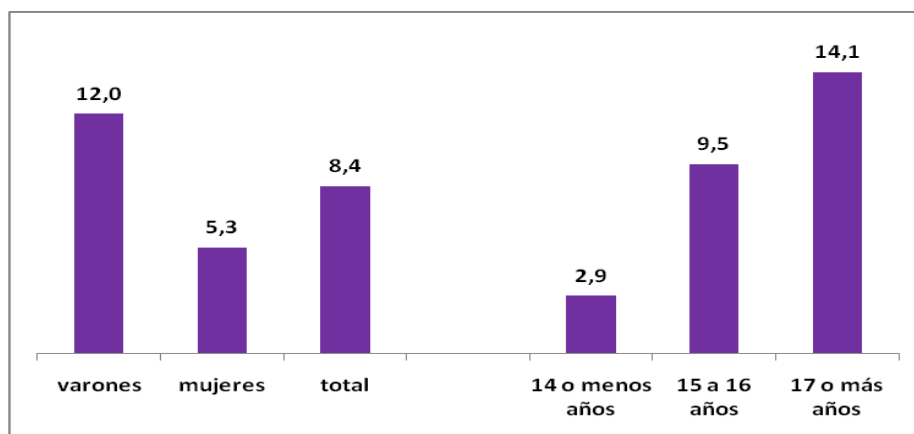


Respecto del consumo de drogas ilícitas, el 14% de los estudiantes probó alguna vez algún tipo de droga ilícita y de ellas, la que tiene mayor prevalencia de vida es marihuana (11,9%). El consumo de esta droga muestra una mayor prevalencia entre los varones. También a nivel comparativo, el alcohol y el tabaco son las sustancias legales de mayor consumo, 71,3% y 43,9%, respectivamente y a la marihuana le sigue la cocaína –como droga ilícita- con el 4%.

A medida que aumenta la edad, se incrementa significativamente el porcentaje de estudiantes que ha probado o consumido marihuana. Es importante resaltar que el 20,2% de los estudiantes de 17 años y más consumió alguna vez esta sustancia.

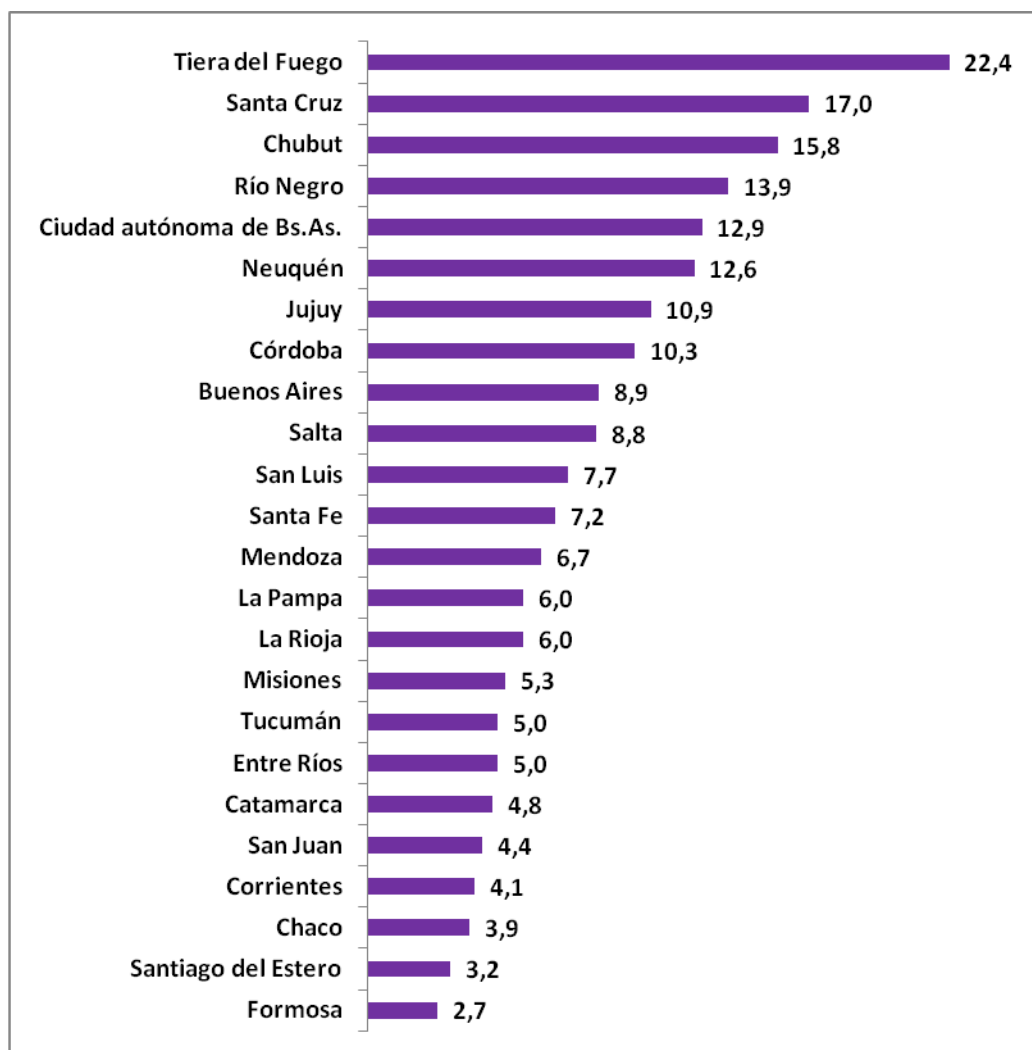
Prevalencia de Año

Gráfico 3.29
Prevalencia (%) de año de consumo de marihuana según sexo y edad.
Estudiantes de nivel medio. 2009



Un 8,4% de los estudiantes consumieron marihuana durante el último año. Al analizar el consumo por sexo, son los varones quienes presentan mayor prevalencia respecto de las mujeres. El consumo reciente de marihuana presenta tasas diferenciales según los grupos de edad observándose que el mismo se incrementa notoriamente con la edad de los estudiantes, similar a la prevalencia de vida.

Gráfico 3.30
Prevalencia (%) de año de consumo de marihuana según provincias.
Estudiantes de nivel medio. 2009



La muestra permite el análisis del consumo de marihuana en las provincias de Argentina. En el gráfico anterior se muestran las tasas de consumo reciente o del último año de la mencionada sustancia. La provincia con mayor porcentaje de estudiantes que consumieron marihuana en el último año es Tierra del Fuego (22,4%) y por su importancia de valores, le sigue Santa Cruz con un 17,0% y Chubut con el 15,8%.

Se observan diferencias importantes de consumo entre los estudiantes de Formosa (2,7%) y los de Tierra del Fuego (22,4%).

Al observar el comportamiento de los datos por región, se observan las siguientes diferencias:

- Las provincias del **Sur** (Tierra del Fuego, Santa Cruz, Río Negro, Chubut, Neuquén y La Pampa) presentan los más altos consumos de marihuana que oscilan entre el 12,6% y el 22,4%, a excepción de La Pampa, con un 6%.
- En las provincias que integran la región del **Centro** (Buenos Aires, Córdoba, CABA, Santa Fe y Entre Ríos) se observa una mayor dispersión. Los mayores consumos se detectan en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires -12,9%-, en la provincia de Córdoba -10,3%- y en Buenos Aires -8,9%.
- En las provincias del **NOA** (Catamarca, Jujuy, Salta, Santiago del Estero y Tucumán) los consumos más altos se hacen presente en Jujuy -10,9%- y Salta, -8,8%.
- Las provincias de **CUYO** (San Juan, La Rioja, Mendoza y San Luis) muestran un consumo que ronda entre el 4,4% y el 7,7%.
- En las provincias que integran el **NEA** (Chaco, Corrientes, Formosa y Misiones) se observan los más bajos consumos, entre el 2,7% y el 4,1%

Edad de Inicio

Se presentan las medidas estadísticas de promedio, mediana y desvío estándar de la **edad de inicio** en el consumo de marihuana por sexo en estudiantes de nivel medio.

Cuadro 3.13
Medidas estadísticas de la edad de inicio del consumo de marihuana según sexo.
Estudiantes de nivel medio. 2009

	Media	Mediana	Desvío Estándar
Varones	15	15	1,8
Mujeres	15	15	1,8
Total	15	15	1,8

Los datos sobre cuando se produjo el primer consumo de marihuana de los estudiantes encuestados muestran que no hay diferencias entre los varones y las mujeres. El inicio promedio de su consumo comienza a los 15 años.

Incidencia anual

Cuadro 3.14
Incidencia anual (%) de consumo de marihuana según sexo. Estudiantes de nivel medio. 2009

varones	mujeres	total
8,4	3,7	5,8

Analizando la incidencia anual de la marihuana, presenta la tasa más elevada comparándola con otras sustancias ilícitas, es del 5,8%, (8,4% en los varones y 3,7% en las mujeres). En total, ingresaron al consumo de marihuana en el último año unos 90.000 estudiantes, con un mayor porcentaje de varones. Por ejemplo, la tasa de incidencia de cocaína es de 1,8% (29.307 casos).

Cuadro 3.15
Incidencia anual (%) de consumo de marihuana según grupo de edad. Estudiantes de nivel medio. 2009

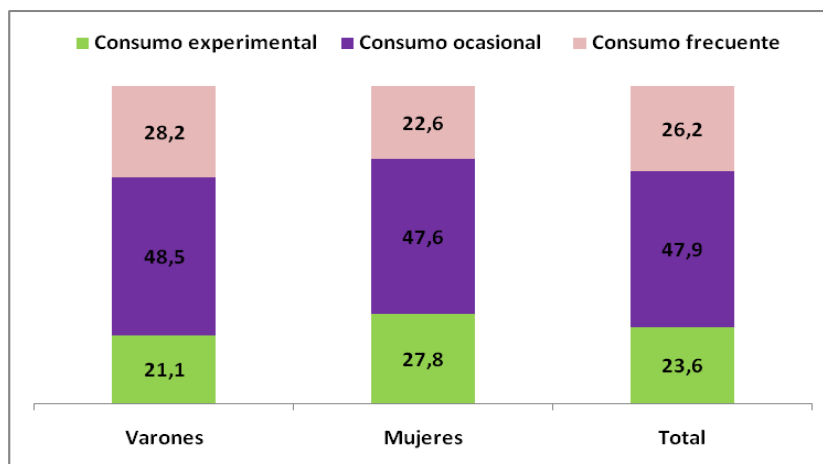
14 años o menos	15 a 16 años	17 y más años
2,3	7,1	9,0

Tal como se muestra en el cuadro, a medida que aumenta la edad, el ingreso en el consumo de marihuana es mayor.

Intensidad de consumo y dependencia

Según la prevalencia de consumo reciente en población de estudiantes de nivel medio, el 8,4% consumió marihuana en los últimos 12 meses, siendo un 12% varones y un 5,3%, mujeres.

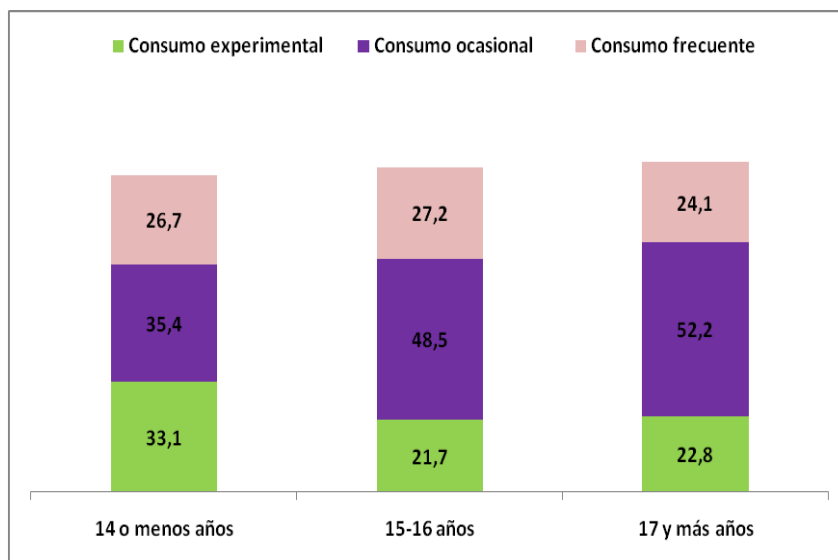
Gráfico 3.31*
Frecuencia de uso (%) de marihuana en los últimos 12 meses según sexo. Estudiantes de nivel medio. 2009



*Se omite la columna de los estudiantes que no responden

La frecuencia de consumo en el último año de los estudiantes indica que el consumo ocasional es el más alto entre los mismos sin diferencias importantes entre sexos. El consumo experimental es más alto entre las mujeres (27,8%) y el consumo frecuente registra el porcentaje más alto entre los varones (28,2%).

Gráfico 3.32 *
Frecuencia de uso (%) de marihuana en los últimos 12 meses, según grupos de edad. Estudiantes de nivel medio. 2009



*Se omite la columna de los estudiantes que no responden

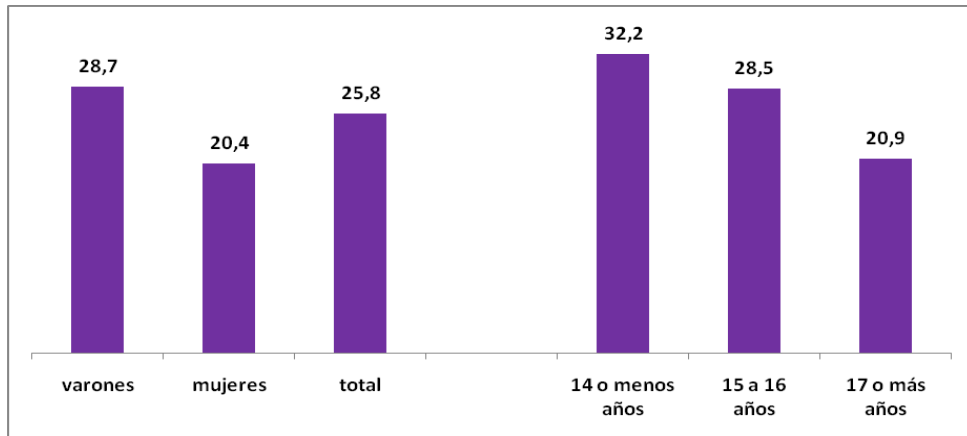
Como se observa en el gráfico anterior, los estudiantes de 15 y 16 años son los que en mayor proporción consumen en forma frecuente marihuana, aunque también es de destacar la leve diferencia con el grupo de menos de 14 años. En la franja de 17 años y más se encuentran mayor proporción de usuarios ocasionales (52,2%).

Abuso de marihuana en estudiantes de nivel medio

De acuerdo a la escala del DSM IV utilizada para estimar uso perjudicial de marihuana en adolescentes, el 25.8% presentó indicadores de disfuncionalidades familiares y sociales vinculadas al consumo.

Gráfico 3.33

Porcentaje de estudiantes que consumieron marihuana durante el último año y tuvieron problemas con el entorno, según sexo y grupos de edad. Estudiantes de Nivel Medio. 2009



Como se observa en el gráfico anterior, un cuarto de los estudiantes que consumieron marihuana el último año lo han hecho en forma abusiva, en el sentido de generar problemas para su propia integridad física o afectar su relación con el entorno.

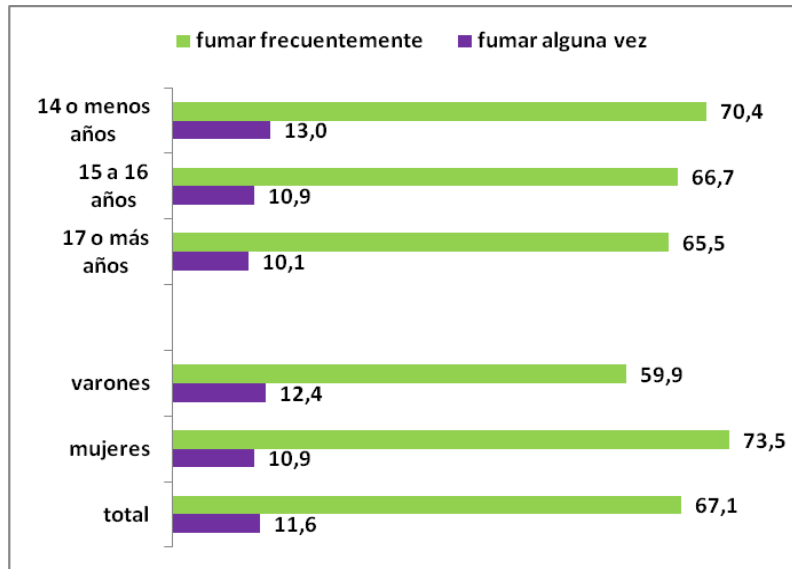
Los varones son más propensos que las mujeres a pasar por estas situaciones. El consumo perjudicial afecta más a los estudiantes de menor edad.

Factores de riesgo-protección asociados al consumo

Percepción de Gran Riesgo al consumo de marihuana

Se consultó a los estudiantes de nivel medio “en su opinión, cuál cree usted que es el riesgo que corre una persona que consume marihuana alguna vez y cuál es el riesgo de consumirla frecuentemente” y se ha seleccionado la opción de respuesta Gran Riesgo para describir su distribución según sexo y edad.

Gráfico 3.34
Distribución (%) de la muestra según percepción de gran riesgo, según sexo y grupos de edad (%). Estudiantes de nivel medio 2009



Al rescatar las opiniones de los estudiantes -distribuidos por sexo y grupos de edad- sobre el gran riesgo de consumir marihuana, el mismo está presente en mayor medida frente al uso frecuente de la sustancia y se reduce notablemente para el uso ocasional (alguna vez en el año).

Entre el 65% y el 70% de los estudiantes consideran al uso frecuente de marihuana como de gran riesgo. La misma percepción frente al uso ocasional de marihuana está presente en el 11,6% de los estudiantes.

La percepción de gran riesgo por sexo indica que para las mujeres la percepción de gran riesgo frente al uso frecuente es significativamente mayor que entre los varones. A medida que se incrementa la frecuencia de uso disminuye la opinión sobre su inocuidad.

Asociación entre consumo y percepción de riesgo

Cuadro 3.16
Prevalencia de consumo (%) de marihuana del último año de acuerdo a la percepción de riesgo. Estudiantes de nivel medio. 2009

Percepción de riesgo de consumir marihuana ALGUNA VEZ	Prevalencia de consumo
Ningún riesgo	22,4
Gran riesgo	2,3
Total	8,4

Cuadro 3.17
Prevalencia de consumo (%) de marihuana del último año de acuerdo a la percepción de riesgo. Estudiantes de nivel medio. 2009

Percepción de riesgo de consumir marihuana FRECUENTEMENTE	Prevalencia de consumo
Ningún riesgo	40,9
Gran riesgo	3,9
Total	8,4

La asociación entre percepción de riesgo y consumo de marihuana, tal como lo muestran los dos cuadros anteriores, es significativa según los estudiantes consideren que su consumo es de ningún o gran riesgo. Se observa que la prevalencia de consumo es mayor en aquellos estudiantes que tienen baja percepción del riesgo que ocasiona el uso frecuente de la sustancia.

Indicadores de Vulnerabilidad

Asociación entre el consumo de marihuana y el entorno

La fuerte influencia del entorno se observa en los cuadros siguientes, que muestran las tasas de consumo reciente o del último año de marihuana tomando en cuenta la actitud de los padres y del grupo de pares ante el consumo del estudiante y según si sus amigos consumen o no.

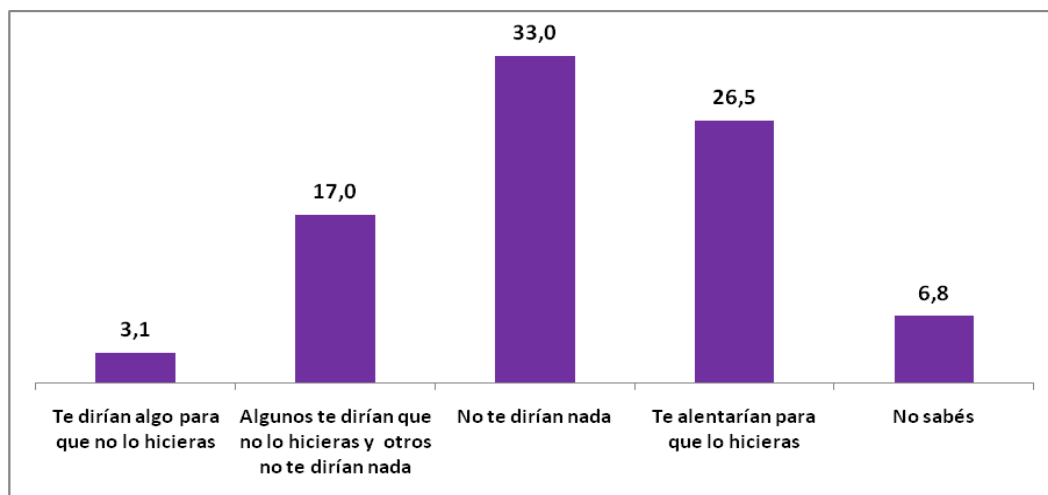
Cuadro 3.18
Prevalencia de año (%) según reacción de los padres frente al consumo de marihuana. Estudiantes de nivel medio. 2009

Reacción de los padres frente al consumo			
Te castigarían	Harían como que no saben	Hablarían con vos para que no lo hicieras mas	Buscarían ayuda de un profesional
7,6	36,1	9,5	6,7

Los estudiantes cuyos padres harían de cuenta que no saben son los que más consumen, con prevalencias superiores al resto de los estudiantes.

Se analizó en el informe la presión que el grupo de pares o de amigos ejercería frente a una situación de consumo indagando sobre la percepción que tienen los estudiantes de las reacciones de su grupo de amigos si supieran que ellos fuman marihuana.

Gráfico 3.35
Prevalencia (%) de año de consumo de marihuana según presión del grupo.
Estudiantes de nivel medio. 2009.



El consumo reciente de marihuana es significativamente más alto en el grupo de estudiantes que sienten indiferencia frente al consumo por parte del grupo de amigos (33%) y entre quienes sienten aprobación al consumo (26,5%). Por el contrario, la tasa de consumo es del 3,1% entre los estudiantes que reconocen que su entorno de amigos lo desaprobaría.

Cuadro 3.19
Prevalencia (%) de año según cantidad de amigos que consumen marihuana.
Estudiantes de nivel medio. 2009.

Cantidad de amigos que consumen marihuana			
Ninguno	Menos de la mitad	La mitad	Todos o casi todos
1,4	17,4	32,3	45,8

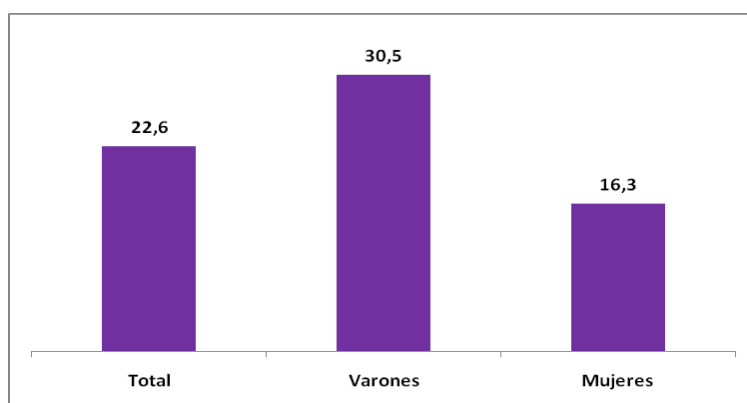
En relación al entorno de amigos que fuman marihuana, el 49,2% de los estudiantes dijo no tener amigos que consumen marihuana, el 18,4% dijo que menos de la mitad de sus amigos lo hace, el 5,7% tiene la mitad de amigos que fuma marihuana y un 3,9% dijo que todos o casi todos.

La fuerte influencia del entorno se observa en el gráfico anterior, que muestra las tasas de consumo reciente o del último año de marihuana según si sus amigos consumen o no.

Oferta de marihuana

Así como la percepción de riesgo al consumo de sustancias es una barrera subjetiva, la oferta se constituye como una barrera objetiva al consumo.

Gráfico 3.36
Porcentaje de estudiantes que tuvieron oferta de marihuana según sexo.
Estudiantes de nivel medio. 2009.



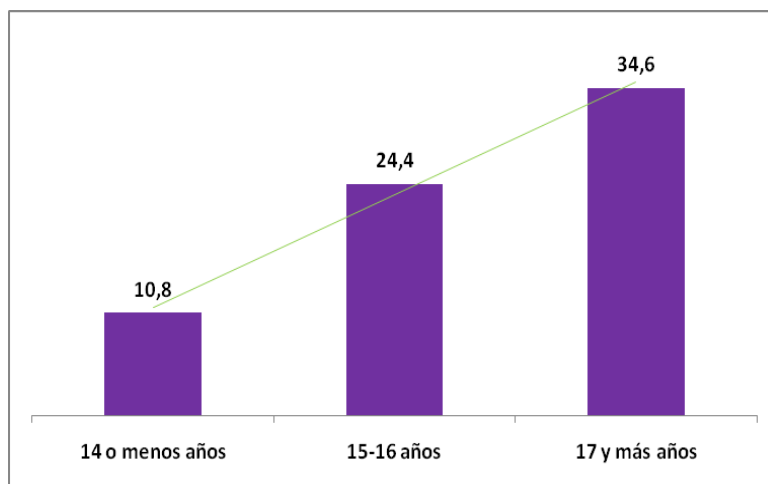
Cuadro 3.20
Distribución (%) de la muestra según oferta de marihuana.
Estudiantes de nivel medio. 2009

Última vez que le ofrecieron marihuana	%
Durante los últimos 30 días	10,1
Hace más de un mes pero menos de un año	6,7
Hace más de un año	5,8
Nunca le ofrecieron	71,5
Desconocido	5,9
Total	100,0

El 22,6% de los estudiantes han recibido oferta de marihuana ya sea para comprar o probar y esta oferta ha sido mayor en el último mes anterior a la encuesta.

Si bien son los varones el grupo más vulnerable a la oferta de marihuana, las mujeres no quedan al margen de la oferta.

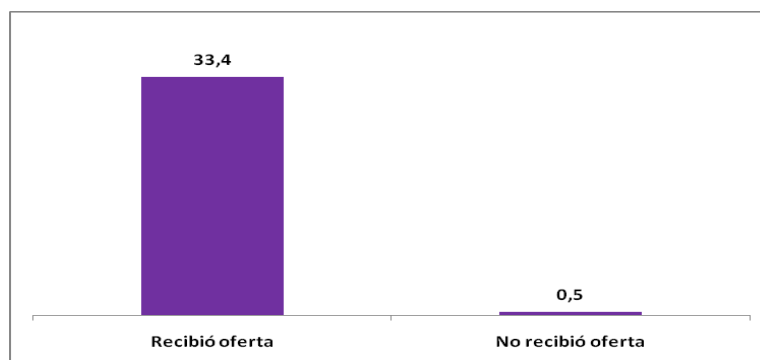
Gráfico 3.37
Porcentaje de estudiantes que recibieron oferta de marihuana según edad.
Estudiantes de nivel medio. 2009.



El gráfico anterior nos muestra que a medida que aumenta la edad, los estudiantes han estado más expuestos a la oferta de marihuana; si bien la tendencia, los estudiantes de menor edad también han recibido oferta directa de esta sustancia.

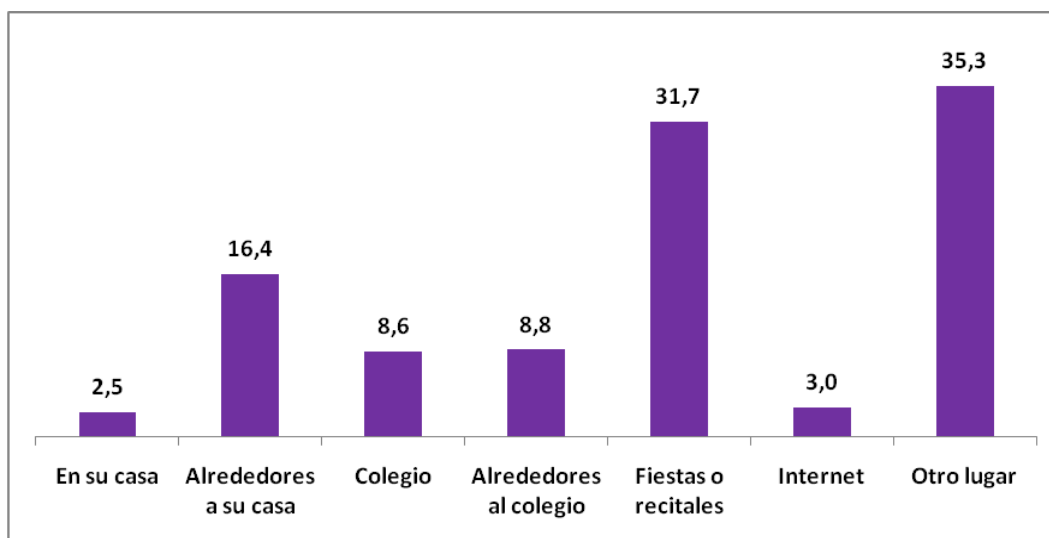
Oferta y consumo

Gráfico 3.38
Prevalencia (%) de año de consumo de marihuana según oferta.
Estudiantes de nivel medio. 2009.



El gráfico anterior muestra que la oferta de drogas opera como un incentivo para el consumo. Entre los estudiantes que recibieron oferta directa de drogas para comprar o para consumir, el consumo es claramente superior.

Gráfico 3.39
Lugar de oferta de marihuana. Estudiantes de nivel medio. 2009



Los lugares de oferta son principalmente fiestas o recitales (31,7%) y en segundo lugar, espacios cercanos a las casas de los estudiantes (16,4%). Más del 8% dijo que la misma ocurrió en el colegio, y un porcentaje similar señaló que le ofrecieron la sustancia en los alrededores del mismo.

Oferta, Accesibilidad y Consumo

Al considerar que existe mayor probabilidad que el consumo se efectivice cuando la oferta es ilimitada y fácil la accesibilidad, se consultó a los alumnos cuán fácil les resultaría conseguir marihuana.

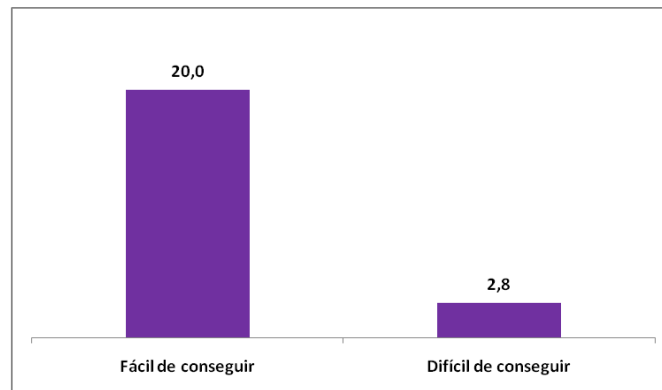
Cuadro 3.21
Distribución porcentual de los estudiantes según percepción de facilidad de acceso a marihuana. Estudiantes de nivel medio 2009

Facilidad o dificultad en conseguir marihuana	%
Fácil	37,6
Difícil	8,7
No podría conseguir	12,8
No sabe/no contesta	40,9
Total	100,0

Los datos indican que al 37,6% de los estudiantes les resultaría fácil conseguir marihuana.

La asociación entre accesibilidad y consumo se muestra en el gráfico siguiente. Las mayores tasas de consumo corresponden al grupo de alumnos que consideran que es fácil adquirir marihuana. La diferencia en la prevalencia según si la sustancia es fácil o difícil de conseguir se evidencia en la tasa de consumo con una brecha de 17,2 puntos porcentuales en la sustancia de estudio.

Gráfico 3.40
Prevalencia (%) en el último año según percepción de facilidad de acceso a marihuana.
Estudiantes de nivel medio. 2009.

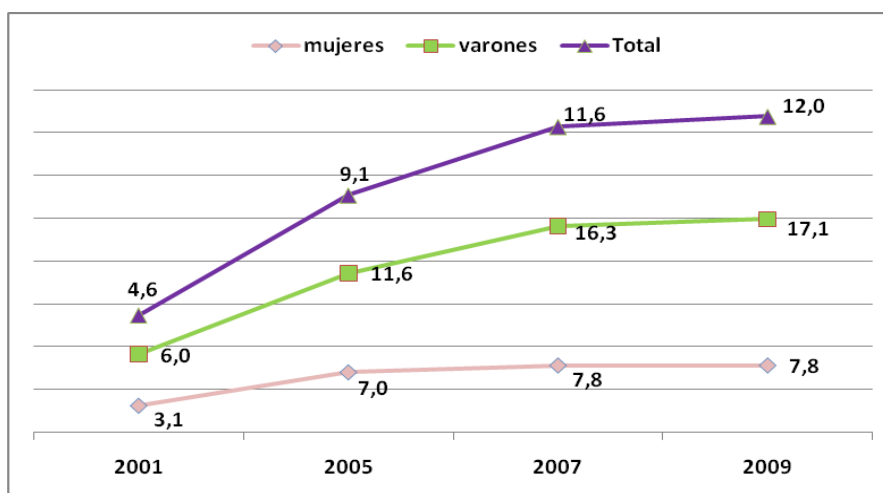


Tendencia en el consumo de marihuana en estudiantes de nivel medio

Prevalencia de Vida

La prevalencia de vida del consumo de marihuana muestra una tendencia creciente desde el año 2001. En el período 2001-2007 muestra el más alto crecimiento para lograr una mayor estabilidad entre el 2007 y el 2009.

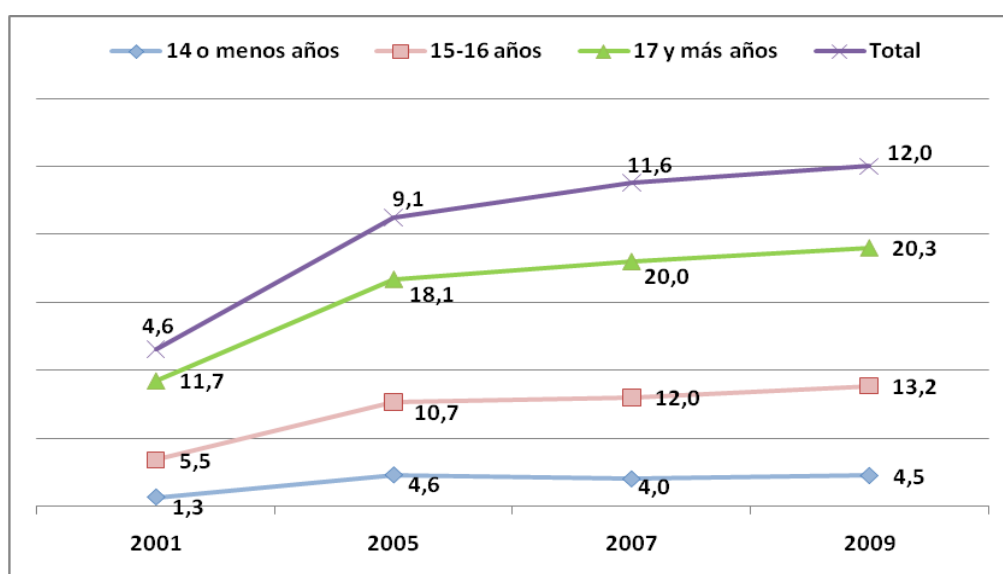
Gráfico 3.41
Prevalencia de vida de consumo de marihuana en Argentina 2001, 2005, 2007 y 2009 según sexo.
Estudiantes de nivel medio. 2009



Considerando el consumo de alguna vez en la vida, la tendencia muestra diferencias según sexo, con consumo preponderante entre los varones. En estos últimos, el uso de alguna vez en la vida de marihuana aumenta en todos los períodos aunque con menor crecimiento entre el 2007-2009.

En el caso de las mujeres el consumo de marihuana presenta el más alto crecimiento en el período 2001-2005 para mantenerse estable hasta el 2009.

Gráfico 3.42
Prevalencia de vida de consumo de marihuana en Argentina 2001, 2005, 2007 y 2009 según grupos de edad. Estudiantes de nivel medio. 2009



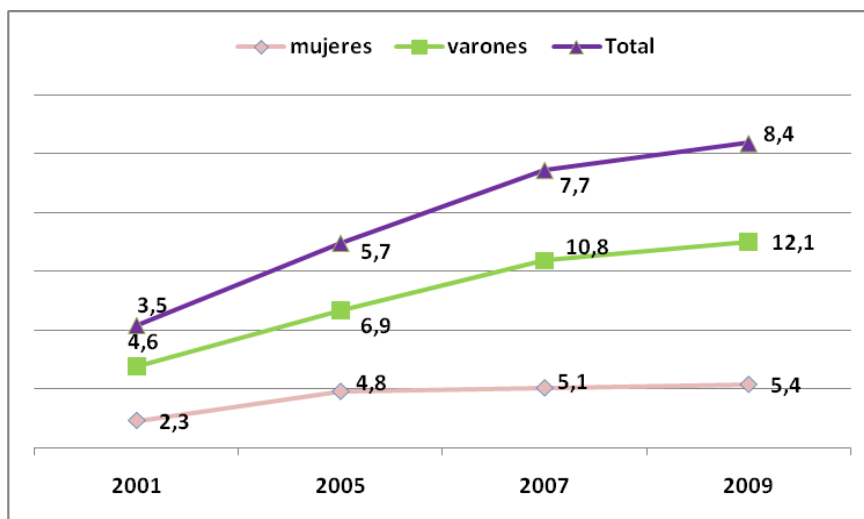
El consumo de marihuana realizado por los estudiantes alguna vez en su vida, muestra el más alto consumo en la franja de 17 años y más y la curva de crecimiento es notoria en la franja a partir de los 15 años.

En el grupo de 14 o menos años se produce el mayor crecimiento entre los años 2001 y 2005 para mantenerse estable e incluso se observa un leve descenso, a partir de esa fecha.

Prevalencia de Año

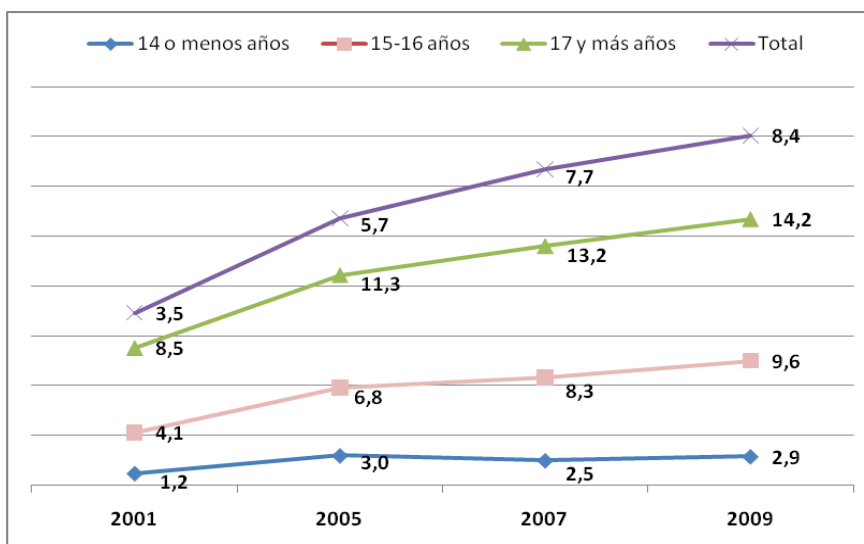
La prevalencia de año del consumo de marihuana muestra una tendencia ascendente desde el año 2001.

Gráfico N° 3.43
Prevalencia de año de consumo de marihuana en Argentina 2001, 2005, 2007 y 2009 según sexo.
Estudiantes de nivel medio. 2009



El consumo de marihuana en los varones es creciente y con tasas notoriamente más elevadas que en las mujeres en todo el periodo, si bien entre el 2007 y 2009 es menor el incremento. Las mujeres aumentaron levemente el consumo en el 2007-09.

Gráfico N° 3.44
Prevalencia de año de consumo de marihuana en Argentina 2001, 2005, 2007 y 2009 según grupo de edad.
Estudiantes de nivel medio. 2009



El análisis de tendencia según grupos de edad muestra que el consumo reciente de marihuana aumenta para los tres grupos.

Capítulo 4

Demanda y perfil del paciente consumidor de marihuana

En este capítulo se presenta la información relacionada con la demanda de tratamiento por el consumo de marihuana en población general. Para tal fin, se consultó el **Estudio Nacional en pacientes en centros de tratamiento-2010**.

Dicho estudio tiene como propósito caracterizar los patrones de consumo de la población en tratamiento según las características demográficas y de historias de consumo de los pacientes que consultan para dar inicio a un tratamiento por consumo de drogas. Brinda datos que permiten analizar un total de 21.252 pacientes con problemas de uso y abuso de sustancias psicoactivas en todo el país, distribuidos regionalmente según el siguiente cuadro:

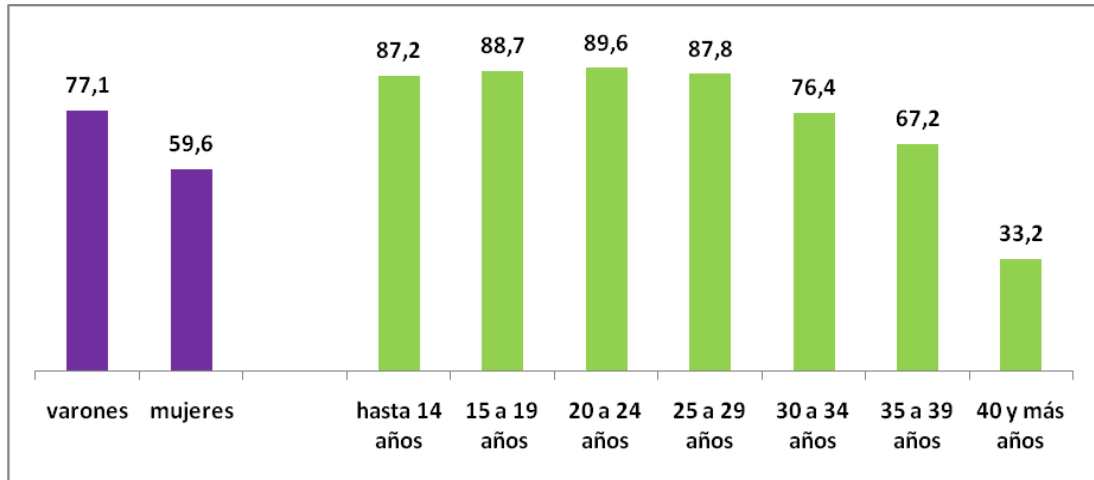
Cuadro 4.1
Distribución de los pacientes según provincia.
Estudio Nacional en pacientes en centros de tratamiento, 2010

Región	Casos	Porcentaje
Centro	15805	74,4
Cuyo	1089	5,1
NOA	1430	6,7
NEA	617	2,9
Sur	2311	10,9
Total	21252	100,0

Como parte del análisis, se describe el número y las principales sustancias consumidas por los pacientes a lo largo de su vida, se identifican las drogas de inicio, las drogas de mayor daño y las que motivaron la demanda de tratamiento. Además se presentaron datos de aquellos pacientes que declararon policonsumo en el momento de mayor consumo.

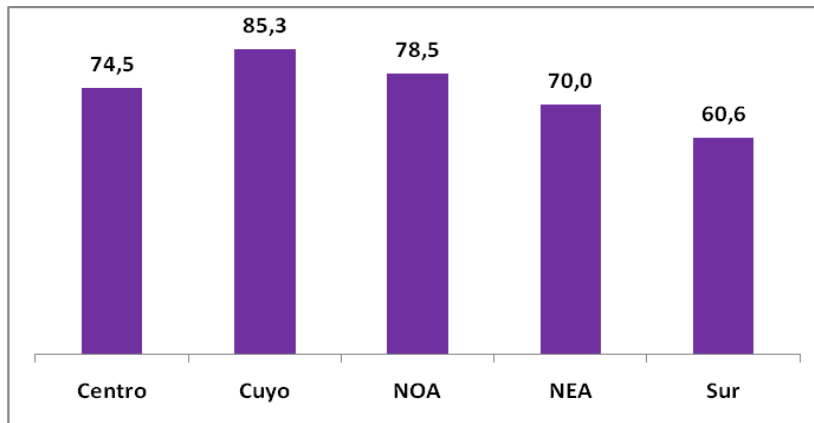
En relación a las principales sustancias de consumo, se identificó que el 73,9% (15712) de los pacientes registrados declararon consumo de marihuana alguna vez en la vida. Al comparar el consumo de marihuana con el del alcohol, vemos que esta última sustancia es la de mayor presencia en la historia de consumo de los pacientes en tratamiento: el 87,4% de los pacientes declararon haber consumido bebidas alcohólicas en algún momento de su vida y un 57% de los pacientes fuma o fumó tabaco en algún momento de su vida.

Gráfico 4.1
Prevalencia de vida de consumo de marihuana según sexo y grupo de edad.
Estudio Nacional en pacientes en centros de tratamiento. 2010.



La diferencia entre **sexos** indica un mayor consumo de marihuana en los varones (77,1%) que en las mujeres (59,6%). La prevalencia de consumo por grupos de edad muestra que la sustancia ha sido consumida por más del 87% de los pacientes que tienen hasta 29 años.

Gráfico 4.2
Prevalencia de vida de consumo de marihuana según región.
Estudio Nacional en pacientes en centros de tratamiento. 2010



En el gráfico anterior se observa que los pacientes del NEA y Sur son los que menores proporciones de consumo de marihuana presentan, aunque los porcentajes no bajan del 60%. La región de Cuyo muestra el porcentaje más alto de consumo de marihuana alguna vez en la vida.

El estudio arroja que las principales **drogas de inicio** son las sustancias legales, alcohol y tabaco, seguido de marihuana. El 40,8% de los pacientes comenzaron su historia de

consumo con alcohol y un 32,1% con tabaco. En relación a la sustancia de estudio, 2896 pacientes se iniciaron con marihuana representando un 13,6% del total de los casos.

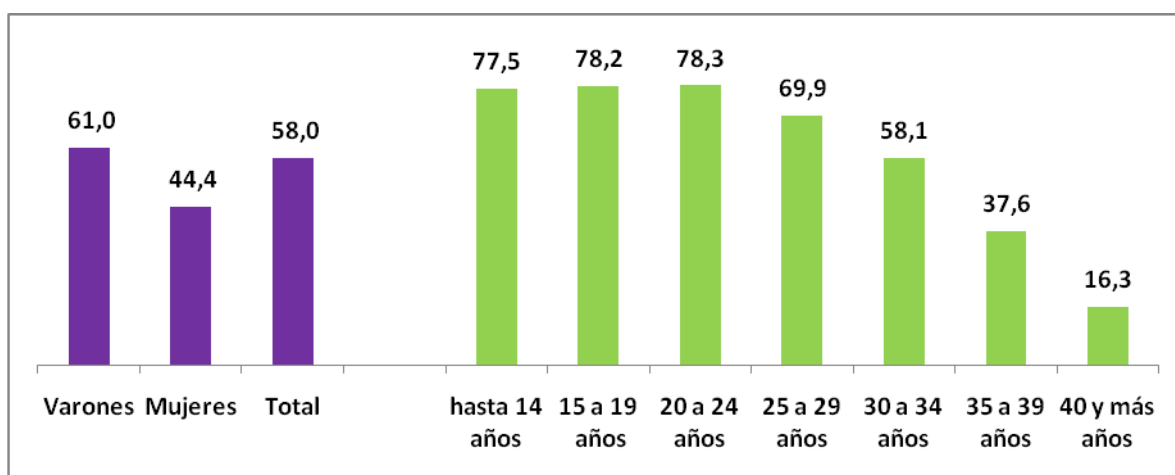
Cuadro 4.2
Porcentaje de pacientes cuya droga de inicio fue marihuana, según sexo.
Estudio nacional en pacientes en tratamiento. 2010.

varones	mujeres	total
15,2	6,6	13,6

Los varones consumieron marihuana como droga de inicio en mayor proporción que las mujeres y dicha sustancia aparece como tercera droga de inicio, después de alcohol y tabaco, en todas las regiones. Además, el promedio de edad de inicio del consumo de marihuana es de 14.9 años.

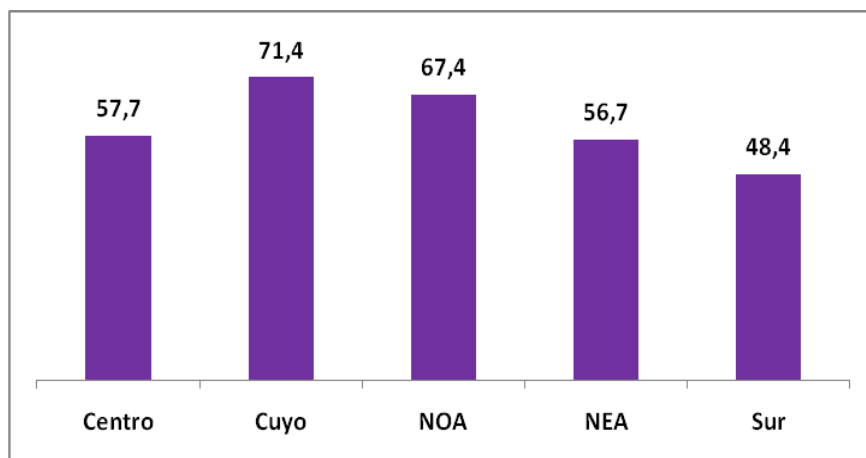
El consumo de marihuana en los 30 días previos al inicio del tratamiento es alto, tanto en varones como mujeres y en los pacientes de hasta 35 años.

Gráfico 4.3
Prevalencia de mes de consumo de marihuana de pacientes en centros de tratamiento, según sexo y grupo de edad. 2010



A medida que aumenta la edad de los pacientes disminuye la prevalencia de mes de marihuana; esta relación se invierte para el consumo de cocaína que se va incrementando a medida que aumenta la edad de los pacientes (hasta 34 años).

Gráfico 4.4
Prevalencia de mes de consumo de marihuana según región.
Estudio Nacional en pacientes en centros de tratamiento. 2010.



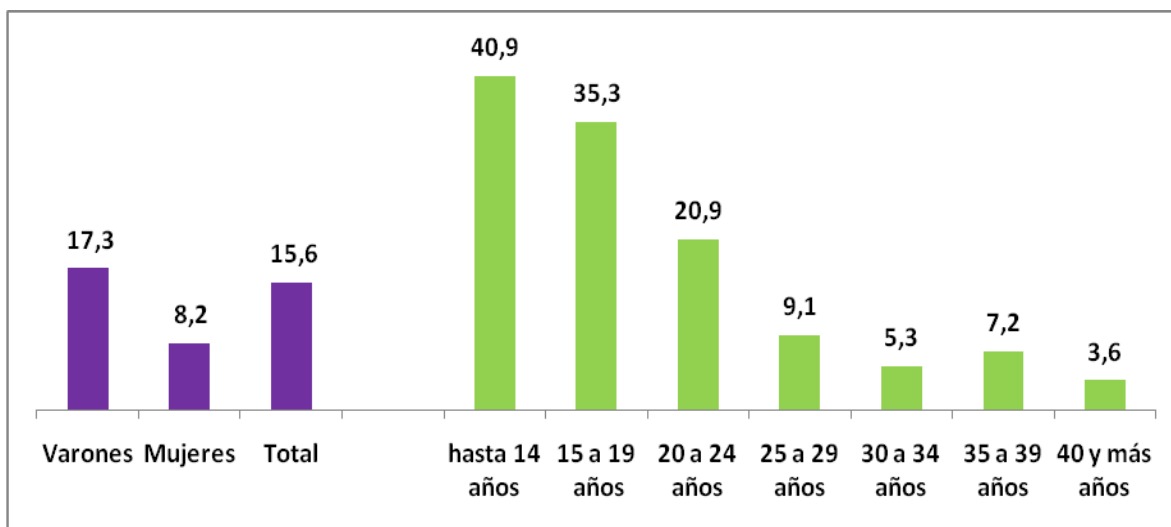
Al analizar el consumo actual de marihuana por región se observa que los pacientes del NEA y Sur son los que menores proporciones de consumo de la sustancia presentan. Cuyo presenta el porcentaje más alto de consumidores.

Respecto del policonsumo, el 53,1% de los pacientes declararon haber consumido una única sustancia en el momento de mayor consumo y el 46,8% (9961 pacientes) de los pacientes consumieron en forma simultánea dos o más sustancias en el momento de mayor consumo en el transcurso de un mes; de estos últimos, el 92% ha consumido esas sustancias en una misma salida. También se informa sobre la principal droga de uso para los pacientes que declararon haber consumido más de una sustancia en el momento de mayor consumo; se obtiene que el 18,5% de los pacientes (1835) declararon como sustancia de base marihuana.

Las sustancias principalmente involucradas en situaciones de policonsumo por los pacientes encuestados son alcohol (74,4%), cocaína (61,1%) y marihuana (54,1%).

Casi todos los pacientes identificaron la **droga de mayor consumo** en el período de tiempo que tuvo mayor consumo en el último mes, independientemente si hubo policonsumo o no. El 15,6% (3308) de los pacientes identificaron a la marihuana como la droga de mayor consumo. Al comparar con otras sustancias, se distinguen cocaína (37,5%), alcohol (25,5%) y pasta base (9,2%).

Gráfico 4.5
Porcentaje de pacientes que identifican a marihuana como droga de mayor consumo, según sexo y grupo de edad. Estudio nacional en pacientes en tratamiento. 2010



Los pacientes que tienen hasta 19 años, identifican a la marihuana como la droga de mayor consumo y son los varones quienes presentan el valor más alto de consumo (17,3%). Para los pacientes de las regiones NOA y NEA la principal droga de consumo es marihuana.

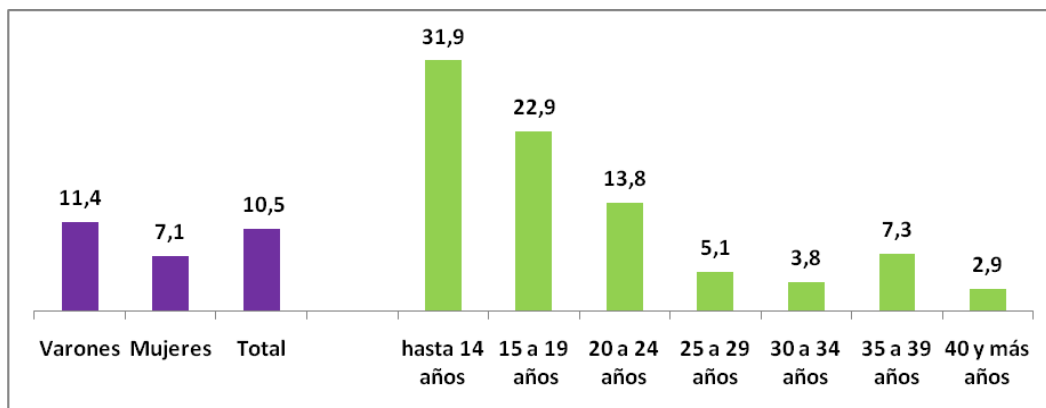
A continuación, se presentan los datos referidos a las tres **sustancias principales que motivaron el inicio del tratamiento actual**.

Cuadro 4.3
Porcentaje de pacientes según las tres principales drogas que motivan el tratamiento. Estudio nacional en pacientes en tratamiento. 2010

Sustancia	Casos	Porcentaje
Marihuana	2251	10,6
Cocaína	8073	38,0
Alcohol	4362	20,5

Los pacientes acuden a tratamiento motivados principalmente por el consumo de cocaína (38%). En segundo lugar se encuentran aquellos pacientes que iniciaron tratamiento por alcoholismo, representando al 20,5% del total, seguido por los pacientes que están en tratamiento por consumo de marihuana (10,6%).

Gráfico 4.6
Porcentaje de pacientes que demandan tratamiento por marihuana, según sexo y grupo de edad.
Estudio nacional en pacientes en tratamiento. 2010



Los varones solicitan tratamiento motivados por el consumo de marihuana en mayor medida que las mujeres al igual que los pacientes de menor edad.

El 9,9% de los pacientes consultados no identificaron una única sustancia por la cual se vieron motivados a comenzar tratamiento sino que se encuentran bajo tratamiento por la **combinación de varias sustancias**. Si bien la principal combinación de sustancias que dio lugar a que los pacientes iniciaron tratamiento es el uso de cocaína y alcohol (34%), alrededor de un 15% de los pacientes se vieron motivados a iniciar tratamiento por el consumo de marihuana y cocaína y por el consumo de marihuana y alcohol.

La consulta indagó sobre los **motivos** por los cuales los pacientes consumidores de marihuana decidieron iniciar un tratamiento.

Cuadro 4.4
Distribución de los pacientes que buscaron tratamiento por marihuana según motivos para el inicio del tratamiento. Estudio nacional en pacientes en tratamiento. 2010

Motivos	%
Mayor consumo	17,6
Dificultades para suspender consumo	6,4
Malestar físico	4,9
Problemas emocionales	14,3
Problemas en el entorno familiar/afectivo	28,2
Problemas en el ámbito laboral/educativo	3,4
Problemas económicos	0,3
Problemas con la justicia/policia	15,3
Pérdida del control de los actos bajo los efectos de la sustancia	5,1
Otros	4,6
Total	100,0 (n=2251)

Los problemas en el entorno familiar y afectivo representan casi el 30% en la motivación del inicio del tratamiento en los usuarios de marihuana. Por ser la droga de mayor consumo y por los problemas con la justicia o policiales son los otros motivos señalados como de mayor peso.

El cuestionario solicita al paciente que identifique de todas las drogas consumidas en la vida, cual es la que mayor daño le causó. Por **droga de mayor daño** se entiende aquella que le provoca o provocó, según la percepción del paciente, el mayor número de problemas personales, familiares, sociales, laborales, de estudio, etc. No se trata de la droga con la cual el sujeto ha tenido las experiencias psicotrópicas más intensas o más especiales, sino aquella que por su uso, le generó problemas. En el siguiente cuadro se presentan las tres principales drogas que mayor daño les han causado.

Cuadro 4.5
Porcentaje de pacientes según las tres principales drogas que identifican de mayor daño.
Estudio nacional en pacientes en tratamiento. 2010

Sustancia	Casos	Porcentaje
Marihuana	1727	8,2
Alcohol	4703	22,1
Cocaína	8959	42,2

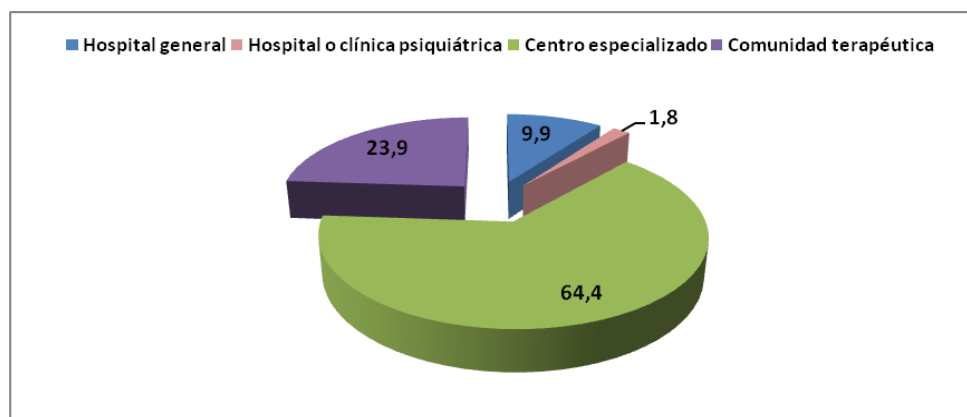
El 42,2% de los pacientes identificó como droga de mayor daño a la cocaína y el 22,2% de los pacientes mencionó a las bebidas alcohólicas como una de las más dañinas. Sólo el 8,2% de los pacientes considera que marihuana fue la droga de mayor daño en su historia de consumo.

Los pacientes identificaron la droga que más daño le causa, así como también la sustancia que los impulsó a ingresar al tratamiento actual. El 89,5% de los pacientes (17.056) declararon que la droga que más daño les causa es la misma que los motiva a iniciar tratamiento.

Resulta importante comparar que más del 90% de quienes iniciaron tratamiento motivados por el consumo de alcohol, solventes, cocaínas y pasta base y casi el total de quienes comienzan tratamiento por el consumo de opiáceos, identificaron a estas drogas como las de mayor daño. Solo alrededor del 60% de quienes comienzan tratamiento por consumo de tabaco y marihuana las identifican como las que le provocan mayor daño. Considerando que los motivos para la búsqueda de tratamiento por marihuana se refirieron a problemas en el entorno afectivo, frecuencia de consumo, problemas judiciales y problemas emocionales, vemos que las razones aparecen alejadas de percepción de nocividad atribuidas a la sustancia misma.

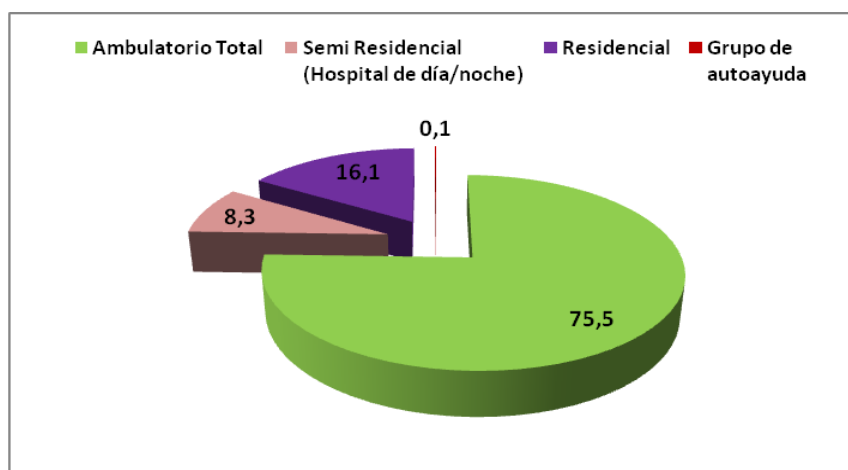
En el estudio de referencia se identifica el tipo de centro en que son atendidos los pacientes demandantes de tratamiento por consumo de drogas. En el gráfico siguiente se informa en qué tipo de centros se atienden los pacientes que iniciaron tratamiento por consumo de marihuana (10,5% del total de personas que demandaron tratamiento por consumo de drogas).

Gráfico 4.7
Distribución de los pacientes en tratamiento por marihuana, según características del centro. Estudio nacional en pacientes en tratamiento. 2010



La mayoría de los pacientes se encuentran bajo tratamiento en centros especializados (64,4%) y casi un 24% de los pacientes que consultaron por consumo de marihuana se encuentran atendidos en comunidades terapéuticas.

Gráfico 4.8
Distribución de los pacientes en tratamiento por marihuana, según tipo de tratamiento iniciado. Estudio nacional en pacientes en tratamiento 2010



En relación al tipo de tratamiento recibido, el peso del tratamiento ambulatorio es el mayor entre los pacientes que iniciaron tratamiento por consumo de marihuana (75,5%)

distanciándose del tratamiento residencial (16,1%) y residencial (8,3%) que arrojan valores notoriamente menores.

Del ***Estudio Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas y su relación con la comisión de delitos en población privada de libertad - 2009*** se obtuvieron algunos datos generales sobre la intención de los internos de dejar el consumo de drogas y su necesidad de recibir tratamiento por consumo de marihuana. Según los objetivos del estudio, se considera un asunto prioritario fortalecer el desarrollo de investigaciones que apunten a la adquisición de conocimientos para definir medidas y acciones específicas que orienten la estructuración de servicios y programas para la atención y tratamiento oportuno a personas con consumo problemático y que además, han cometido delitos. En la consulta no se listaron las diferentes sustancias vinculadas a la recepción de posibles tratamientos recibidos sino que se agruparon dentro del concepto “drogas” y “alcohol”.

Al consultar a las personas que consumieron alcohol y drogas alguna vez en la vida si tuvieron intención de dejar su consumo. El 49,6% de los entrevistados que consumieron alcohol, que representa una población de 17.413 personas, dijo haber intentado dejarlo. En el caso de quienes consumieron drogas, el 78,2% (21.441 personas) también tuvo esa intención

Específicamente sobre la sustancia del estudio, al preguntar a los internos sobre su necesidad actual de recibir tratamiento por consumo de marihuana, el 34% respondió afirmativamente.

Capítulo 5

Fenómenos asociados al consumo de marihuana

En este capítulo se presenta información relacionada con los fenómenos asociados al consumo de marihuana y que fueron abordados por diferentes estudios: las consultas de emergencia y la comisión de delitos. Para tal fin, se consultaron dos estudios específicos: el *Estudio Nacional sobre la asociación entre el consumo de sustancias y la consulta de emergencia* y el *Estudio Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas y su relación con la comisión de delitos en población privada de libertad*. Ambas investigaciones se realizaron durante el año 2009.

La consulta de emergencia asociada al consumo

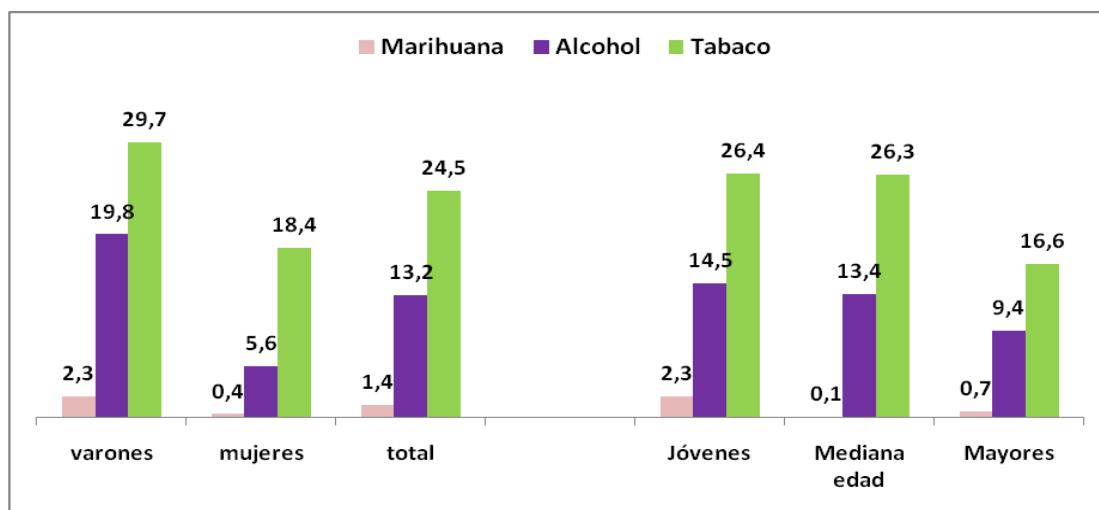
El *Estudio Nacional sobre la asociación entre el consumo de sustancias y la consulta de emergencia - 2009* es diseñado y coordinado por el OAD. El análisis de la información obtenida del estudio permitió estimar la asociación existente entre el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) ocurrido en las 6 horas anteriores a la consulta de emergencia y cuál fue el motivo de la consulta (accidentes, envenenamientos, sobredosis, intentos de suicidios, problemas respiratorios, cardiovasculares, episodios agudos clínicos o psicológicos). Es una ventana epidemiológica que duró una semana y se realizó en 24 salas de emergencia de hospitales públicos de capitales provinciales y de la CABA en las que se encuestaron a 12.004 pacientes. De esta manera, constituye una fuente de información sobre la problemática relacionada al uso de SPA y la atención médica de urgencia caracterizando a la población afectada con consumo reciente según sustancias utilizadas y consecuencias para la salud de los mismos. Permitió también establecer una medida del impacto en el sistema de salud como consecuencia del consumo y asimismo, la implementación de la ventana epidemiológica como una instancia de capacitación y sensibilización de los recursos humanos locales de los hospitales públicos y en el registro, sistematización y análisis de la información de base sobre el consumo de SPA.

A nivel general, se informa que la composición por sexo de las personas que asistieron a las guardias de los hospitales es relativamente homogénea (varones, 53% y mujeres, 47%). Si bien la edad promedio que se observa es de 35 años, la edad más frecuente es de 20 años. La mayoría de los pacientes (70,4%) ingresó a la sala de emergencia por motivos médicos generales (enfermedades en general), 21,3% lo hizo por accidentes (de tránsito, de trabajo o común o casero), 5,0% de los pacientes ingresaron por situaciones de violencia, y un 1,3% por motivos relacionados a sobredosis.

El cuestionario indagó sobre el consumo de SPA en las últimas 6 horas anteriores al ingreso a la sala de emergencia, y específicamente para el caso de marihuana, se indica una prevalencia del 1,4% (169 pacientes).

El tabaco fue la sustancia con más alto nivel de consumo en las últimas 6 horas anteriores a la consulta declarado por el 24,5% de los pacientes atendidos. Luego alcohol, consumido por un 13,2%; seguido por ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes, consumidos en un 2,0% y cocaína por el 0,6% de los pacientes.

Gráfico 5.1
Prevalencia (%) de consumo de marihuana, alcohol y tabaco en las últimas 6 horas anteriores al ingreso, según sexo y ciclo vital.
Estudio nacional en pacientes en salas de emergencia. 2009

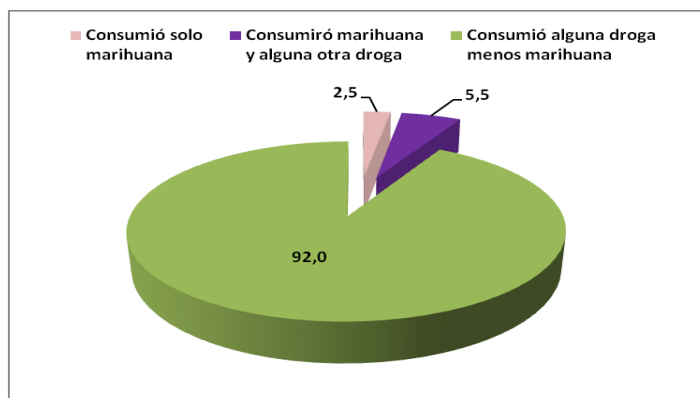


Observadas las tasas de consumo de SPA según el sexo, se puede establecer que entre los varones la prevalencia de consumo es mayor que en las mujeres en todas las sustancias. Según el estudio de referencia, esta distribución se invierte en el consumo de ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes, donde son las mujeres quienes consumen más que los varones.

En el gráfico anterior también se analizan los consumos comparativos según el ciclo vital de una persona ya que el mismo define un tipo de fenómeno vivencial en el que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales; a la vez que marca momentos determinantes y específicos en la vida presentando crisis esperadas y exigencias de adaptación particulares. En este sentido, resulta interesante conocer si el consumo de alguna sustancia varía de acuerdo al ciclo vital que la persona esté atravesando. De esta manera se han definido tres grupos de edades: los jóvenes (personas entre 12 y 30 años), mediana edad (personas entre 31 y 50 años) y los mayores (personas que tienen más de 51 años).

En el mismo gráfico se puede observar que las dos sustancias más consumidas (tabaco y alcohol) se presentan con mayor fuerza en las personas jóvenes y de mediana edad. En cuanto al consumo de marihuana puede notarse una mayor preferencia entre los jóvenes.

Gráfico 5.2
Tipo de sustancias consumidas (excluido tabaco).
Estudio nacional en pacientes en salas de emergencia. 2009



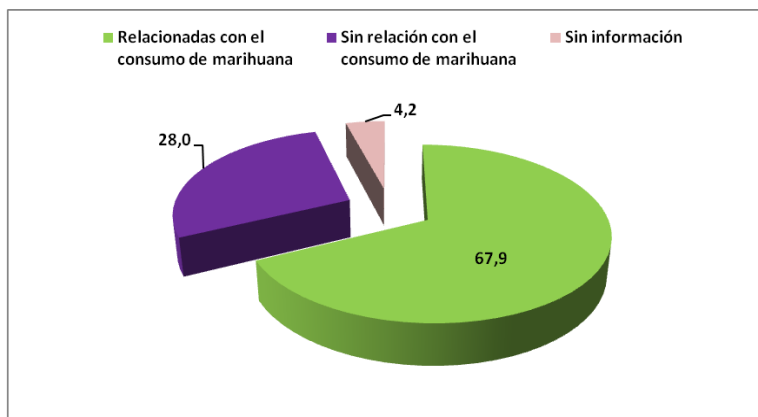
El 17.5% de los pacientes que ingresaron a la sala de emergencia consumió alguna sustancia psicoactiva excluyendo tabaco. De éstos, analizando el uso combinado o no de marihuana con otras sustancias, se observa que consumió sólo marihuana el 2,5%, mientras que el 5,5% consumió marihuana más alguna otra; y el 92% consumió alguna sustancia distinta a la marihuana.

Del total de pacientes que fumaron marihuana durante las 6 horas anteriores al ingreso a la sala de emergencia, que representa el 1.4% (169 pacientes), el 85,7% llegaron a la sala de emergencia en estado consciente mientras que el 7,7% lo hizo en estado de inconsciencia y el 6,5%, obnubilados.

De la totalidad de las consultas recibidas en las últimas 6 horas y cuya consulta estuvo vinculada al consumo de alguna sustancia psicoactiva, el 10,1% fue por consumo de marihuana. A modo de comparación, el 76,2% de las consultas vinculadas fue por consumo de alcohol y el 51,4% por uso de tabaco. Los datos nos indican que marihuana es la cuarta droga en importancia que estuvo presente en las consultas vinculadas a consumo.

Por otra parte, entre los pacientes con consumo de marihuana, casi el 68% de las consultas fueron por motivos asociadas a ese consumo.

Gráfico 5.3
Distribución de los pacientes con consumo de marihuana según si las consultas estuvieron vinculadas al consumo. Estudio nacional en pacientes en salas de emergencia. 2009



La información obtenida en este estudio y específicamente en este último gráfico, permiten a los hospitales públicos evaluar los costos de atención a pacientes con consumo problemático de marihuana.

El delito asociado al consumo

Según el *Estudio Nacional en población privada de libertad-2009*, la población encuestada en los establecimientos penales provinciales del país está constituida por personas mayores de 18 años de edad, de ambos sexos. El 96% de los mismos son varones y un 43,7% pertenece al grupo etario de 25 a 34 años de edad. Es una población joven, dos tercios de la población privada de libertad está por debajo de los 34 años.

Teniendo en cuenta la tipología de los delitos definida para el estudio, el 43,7% de la población privada de libertad cometió delitos integrados en la clasificación de “delitos contra la propiedad”, seguido de “delitos contra la vida” en un 24,1% y los “delitos contra la libertad” en un 18,8%. El 70,0% de los encuestados cometió el primer delito antes de los 30 años y el 30,0% corresponde a la franja de 15 a 20 años.

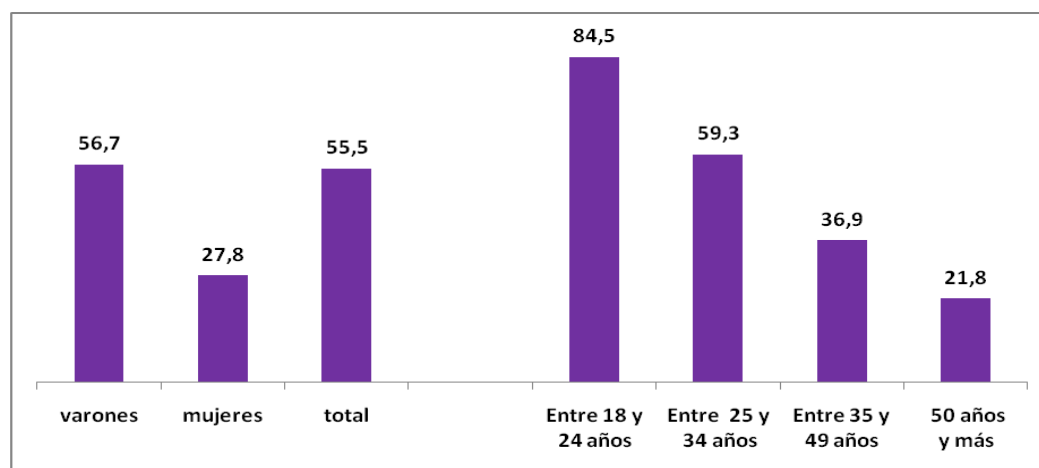
En los gráficos siguientes se informa sobre la magnitud del consumo de marihuana “alguna vez en la vida” en la población privada de libertad y se efectuó una comparación con los valores de consumo en población general¹⁵. También se indagó sobre los factores de riesgo y

¹⁵ Estos datos fueron obtenidos del “Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas. Argentina, 2006”, realizado por el OAD.

protección asociados al consumo de dicha sustancia psicoactiva y se presentan datos sobre la incidencia del consumo de marihuana en la comisión de delitos.

Prevalencia de Vida

Gráfico 5.4
Prevalencia (%) de vida de consumo de marihuana según sexo y edad. Estudio Nacional en población privada de libertad. 2009

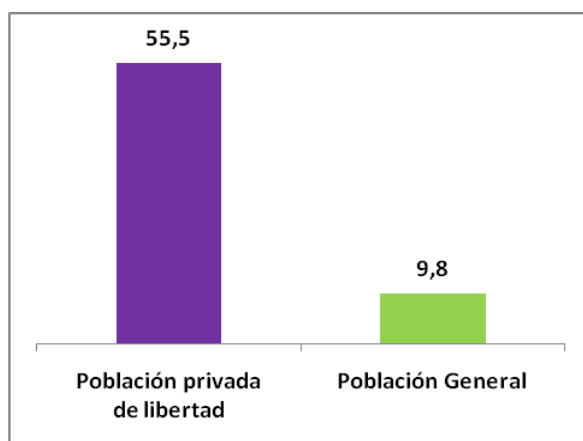


El 55,5% de la población privada de libertad consumió marihuana alguna vez en su vida, siendo los varones quienes más consumen y se observa una importante diferencia según la edad de la población consultada. El grupo etario de 18 a 34 años es el que presenta la tasa más alta de consumo -84,5%-, distribución que se asemeja a los resultados del estudio en población general. Se observa que el consumo va decreciendo a medida que aumenta la edad: alcanza una prevalencia de vida del 59,3% entre los 25 y 34 años, del 36,9% entre los 35 y 49 años y del 21,8% en la población de más de 50 años.

Al comparar los datos sobre el consumo de marihuana en población privada de libertad con población general, obtenidos estos últimos a partir del **Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años-2008**, se observan importantes diferencias:

Gráfico 5.5

Prevalencia (%) de VIDA de consumo de marihuana. Estudio Nacional en población privada de libertad – 2009 / Estudio Nacional en población general - 2008



Es notoriamente superior la tasa de consumo de marihuana en la población carcelaria en nuestro país al comparar el consumo con la población general, de 18 a 65 años (55,5% vs. 9,8%).

Edad de inicio

Cuadro 5.1

Medidas estadísticas de la edad de inicio del consumo de marihuana. Estudio Nacional en población privada de libertad. 2009

Media	Desvío estándar
16,2	4,7

Cuadro 5.2

Distribución de la población según edad de inicio en el consumo de marihuana. Estudio Nacional en población privada de libertad. 2009

Edad de inicio en el consumo de marihuana					
A los 14 años o antes	Entre los 15 y 17 años	Entre los 18 y 20 años	A partir de los 21 años	No recuerda o no responde	Total
38,7	33,5	15,6	9,4	2,9	100,0

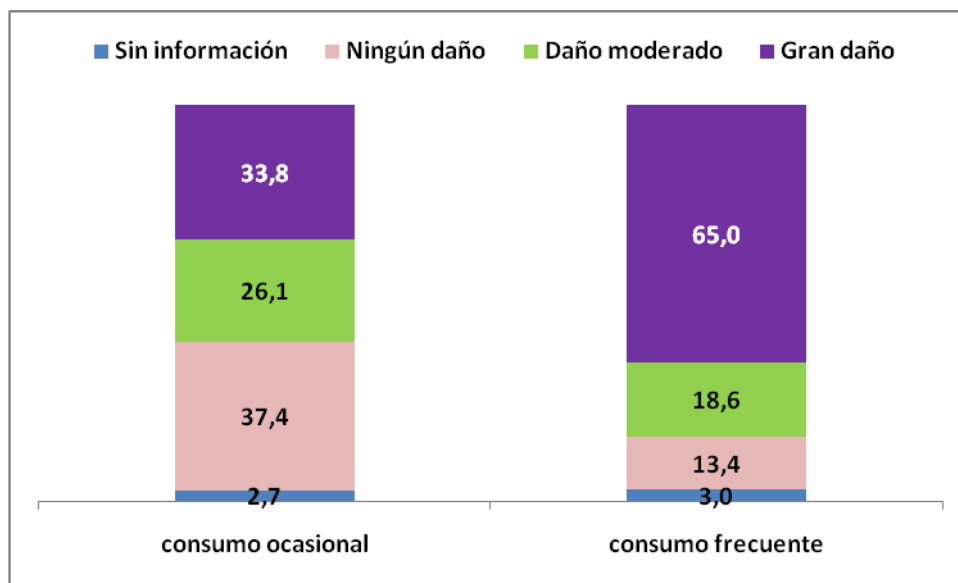
Los datos obtenidos en el estudio muestran que la edad de inicio promedio en el consumo de marihuana de la población privada de libertad se ubica en los 16 años y se detecta el porcentaje mayor en las franjas etarias situadas entre los 14 y los 17 años (72,2%).

El 78% de la población consultada afirma haberse iniciado con amigos.

Factores de riesgo-protección asociados al consumo

En cuanto a los factores de riesgo-protección asociados al consumo, se indagó sobre la percepción de riesgo de los internos ya que es un buen indicador de la tolerancia o no que presenta una población respecto del uso de sustancias. La población privada de libertad se caracteriza por una mayor vulnerabilidad social y presenta niveles de consumo muy superiores a la población general: consume 4 veces más cualquier droga ilícita y tiene un número 3.5 veces mayor de usuarios de marihuana.

Gráfico 5.6
Distribución de la muestra según percepción de riesgo del consumo de marihuana.
Estudio nacional en población privada de libertad. 2009



Los datos muestran que la percepción de gran riesgo ante el consumo frecuente de marihuana alcanza el 65% y un 13% de los encuestados afirman que consumir frecuentemente marihuana no conlleva ningún riesgo. De todas maneras y con una tasa similar que en población general, un 37,4% considera que consumir marihuana una o dos veces no produce ningún daño.

Relación entre el consumo de marihuana y la comisión de delitos

El estudio en población privada de libertad responde al objetivo principal de conocer la magnitud de la vinculación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la comisión de delitos. Se sostiene el término “vinculación” de manera intencional y con el propósito de evitar una lectura

que adjudique determinación o causalidad al consumo de alcohol o drogas en relación al delito cometido.

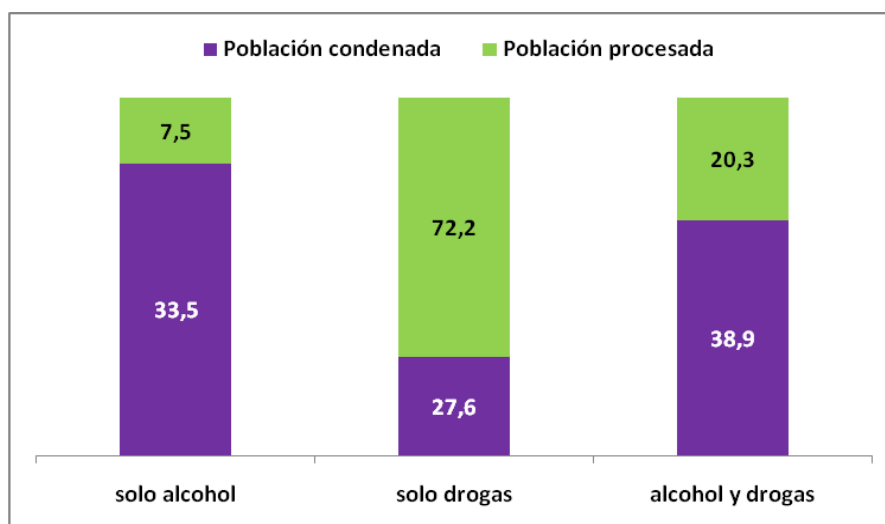
En el informe se presenta una tipología formada por cuatro categorías¹⁶ que permiten explicitar los sentidos de cada vinculación la cual es entendida como una aproximación metodológica que pretende estimar un fenómeno complejo y heterogéneo.

Tomando en cuenta que este documento tiene el propósito de informar sobre la problemática del consumo y del abuso de marihuana –y no de otras sustancias- la vinculación psicofarmacológica es la asociación de referencia por contemplar aquellos casos en los cuales se cometieron delitos habiendo consumido la sustancia y sin cuyo consumo no se hubiera cometido el delito.

Según los resultados del Estudio Nacional, 3.333 personas condenadas y 2785 personas procesadas¹⁷ cometieron delitos bajo los efectos de la sustancia. De esta manera, la vinculación psicofarmacológica involucró al 20,6% de la población con condena y al 23,6% de la población procesada.

En el gráfico siguiente se puede observar el patrón de consumo seguido por ambas poblaciones.

Gráfico 5.7
Patrón de consumo presente en el momento de la comisión de delitos con vinculación psicofarmacológica. Estudio Nacional en población privada de libertad. 2009



¹⁶ Ver en informe de referencia las cuatro vinculaciones detalladas: *Psicofarmacológica, Económica, Sistémica y Legal*.

¹⁷ En el caso de las personas procesadas, sin sentencia, se consideró para el análisis aquellos que cometieron algún delito con anterioridad y por el cual recibieron condena.

El *patrón de consumo de la población condenada* y asociado a la comisión del delito desde una vinculación psicofarmacológica es el abuso de alcohol en un 33,5%, la combinación de alcohol y drogas en casi el 39% de los casos y sólo debido al consumo de drogas en más de un cuarto.

En el *patrón de consumo en población procesada* cambia el tipo de sustancia utilizada, observándose que el 72,2% comete abuso de drogas, la combinación de alcohol y drogas está presente en el 20,3% de los casos y el valor más bajo obtenido es el de consumo de alcohol únicamente, en un 7,5%.

Considerando que el 20,6% de la población privada de libertad en condición jurídica de condenada y el 23,6% de los procesados cometieron delitos estando bajo los efectos de droga y/o alcohol, en el siguiente cuadro se especifican las sustancias consumidas durante la comisión del delito.

Cuadro 5.3
Tipo de sustancias consumidas durante la comisión de delitos con vinculación psicofarmacológica.
Estudio Nacional en población privada de libertad. 2009

Sustancias consumidas durante la comisión del delito	Porcentaje de condenados (N=3333)	Porcentaje de procesados (N=2785)
Alcohol	72,4	27,0
Tranquilizantes con pm	0,3	0,2
Tranquilizantes sin pm	27,8	52,9
Estimulantes	1,8	3,4
Solventes o inhalables	1,9	5,4
Marihuana	18,2	16,9
Pasta base/Paco	2,4	5,6
Cocaína	28,2	27,4
Alucinógenos	0,1	0,0
Otras Drogas	0,4	0,7

Los valores arrojan que un 18,2% de los internos condenados y el 16,9% de los internos procesados cometieron delitos bajo los efectos de marihuana. Resulta clarificador para el análisis mencionar que en los internos condenados la sustancia de mayor consumo fue el alcohol, con un porcentaje cercano al 73%, y en los internos procesados, la sustancia con mayor presencia en ocasión del delito fueron los tranquilizantes sin prescripción médica, en aproximadamente el 53% de los casos. Los datos nos muestran que la marihuana no es la sustancia mayoritariamente presente o elegida que pueda vincularse con el delito cometido.

Conclusiones

El informe elaborado tuvo como objetivo ofrecer un documento que centralice la mirada sobre la problemática del consumo y abuso de marihuana.

Según el proceso histórico recorrido en la utilización de la sustancia, la marihuana era considerada en varios países como un medicamento útil para diversas dolencias pero como resultado de la utilización con fines no médicos y por abuso de su consumo, la planta fue prohibida en casi todos los países del mundo occidental en los últimos 50 a 60 años. Investigaciones recientes y que están transitando una etapa experimental, comienzan a reconocerla como un medicamento por sus efectos clínicos en diversos trastornos. De todas formas, también produce reacciones adversas y perjudiciales para el ser humano ya que el THC (tetrahidrocannabinol) es una sustancia química producida por la misma planta, siendo la principal responsable de efectos dañinos y traumáticos sobre la salud humana. De tal manera, los debates relacionados con el *cannabis* siguen siendo los más polémicos entre los grupos que apoyan o se oponen a la legalización del consumo.

A nivel mundial, los consumidores de *cannabis* constituyen el principal grupo de consumidores de drogas ilícitas. Sigue siendo la sustancia ilícita más consumida y la que más se cultiva en el mundo. Si bien el consumo de marihuana está disminuyendo en América del Norte y ciertas partes de Europa, son mercados con un alto índice de consumo.

Además del cultivo en exteriores de *cannabis*, la tendencia mundial más significativa de la producción de *cannabis* en los últimos años ha correspondido al aumento de los cultivos en interiores, con fines comerciales, altamente lucrativos.

El consumo de marihuana en Argentina en población de 12 a 65 años (2010), muestra una prevalencia de vida del 8,1% y el consumo reciente indica que el 3,2% de esta misma población la consumió durante el último año. La edad promedio de inicio en el consumo de marihuana se ubica entre los 17 y 18 años, sin diferencias importantes entre las regiones. Entre los usuarios de marihuana del último año, se observa que un 20% de los mismos presenta problemas de adicción. Comparativamente, el uso de cocaína genera mayor adicción que el uso de marihuana, ya que más del 40% de los consumidores de cocaína en el último año presentan indicadores de adicción, fundamentalmente en aquellos usuarios que combinan diferentes sustancias para obtener el efecto deseado. Así, el consumo de *cannabis* se convierte en

potencialmente más perjudicial debido a que su efecto combinado con otras drogas puede ser muy diferente que cuando se la utiliza sola.

El consumo de marihuana en estudiantes de nivel medio muestra que el 14% de los estudiantes probó alguna vez algún tipo de droga ilícita y de ellas, la que tiene mayor prevalencia de vida es la marihuana (11,9%). Un 8,4% de los estudiantes consumieron marihuana durante el último año.

Otro de los estudios consultados para analizar el consumo de marihuana es el dirigido a población privada de libertad. Los resultados arrojan que el 55,5% de las personas consultadas consumieron la sustancia alguna vez en su vida. Es notoriamente superior la tasa de consumo de marihuana en la población carcelaria en nuestro país al comparar el consumo con la población general, de 18 a 65 años (55,5% vs. 9,8%). La edad de inicio promedio en el consumo de marihuana de la población privada de libertad se ubica en los 16 años y se detecta el porcentaje mayor en las franjas etarias situadas entre los 14 y los 17 años (72,2%).

Los valores arrojan que un 18,2% de los internos condenados y el 16,9% de los internos procesados cometieron delitos bajo los efectos de marihuana. Resulta clarificador para el análisis mencionar que en los internos condenados la sustancia de mayor consumo fue el alcohol, con un porcentaje cercano al 73%, y en los internos procesados, la sustancia con mayor presencia en ocasión del delito fueron los tranquilizantes sin prescripción médica, en aproximadamente el 53% de los casos. Los datos nos muestran que la marihuana no es la sustancia mayoritariamente presente o elegida que pueda vincularse con el delito cometido.

Según los estudios consultados, y también al compararlo con otras drogas, la marihuana presenta la percepción de gran riesgo más baja en relación al consumo ocasional, tanto de sustancias lícitas como ilícitas. Otros indicadores que muestra el estímulo para su consumo es la facilidad de acceso para comprar o proveerse de la droga y su permanente oferta en el mercado de comercialización de drogas.

Los problemas en el entorno familiar y afectivo representan casi el 30% en la motivación del inicio del tratamiento en los usuarios de marihuana y los pacientes que están en tratamiento por su consumo alcanzan al 10,5% de las personas con consumo de drogas. La sustancia de referencia ocupa un tercer lugar entre las sustancias principales que motivaron el inicio del tratamiento. La principal sustancia es la cocaína (38%) y le sigue el alcohol, que representa al 20,5%. Asimismo, el 9,9% de los pacientes consultados no identificaron una única

sustancia por la cual se vieron motivados a comenzar tratamiento sino que se encuentran bajo tratamiento por la combinación de varias sustancias.

La problemática general del consumo de marihuana debe ser analizada desde una perspectiva de la salud integral incluyendo a la persona y su entorno familiar, social y cultural, considerando que la percepción social del problema es imprescindible para identificar los factores que favorecen su uso y difusión.

Bibliografía

CARLINI, E.A. – RODRIGUES, E. – GALDURÓZ, J.C. (2005). (editores) *Cannabis sativa L. e sustancias canabinóides em medicina*. CEBRID (Centro brasileiro de informações sobre drogas psicotrópicas). Brasil.

COMISIÓN CLÍNICA DE LA DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (2009). *“Cannabis II”*. Madrid.

COMISIÓN INTERAMERICANA PARA EL CONTROL DEL ABUSO DE DROGAS-CICAD (2010). *Marihuana: perspectiva del Caribe*. Washington, DC.

Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes de Chile. (2007). *Marihuana: verdadero o falso* [versión electrónica]. Revista Hablemos: debate y acción, N°16, páginas 14 y 15. SEDRONAR, Presidencia de la Nación. Buenos Aires.

http://www.fundamericas.org.ar/hablemos_on_line.htm

Fundación de las Américas: Informe especial (Varios autores). *Marihuana: efecto negativo* [versión electrónica]. Revista Hablemos: debate y acción, N° 18, páginas 18 a 22, mayo de 2008. SEDRONAR, Presidencia de la Nación. Buenos Aires.

http://www.fundamericas.org.ar/hablemos_on_line.htm

GRUPO DE INVESTIGACIONES EN TOXICOLOGÍA ANALÍTICA Y ESTUDIOS FARMACOLÓGICOS (GITAEF Facultad de Farmacia y Bioanálisis-UNLA-Mérida, Venezuela). *Supermarihuana*. Revista Hablemos: debate y acción, N°32, páginas 30 a 35. SEDRONAR, Presidencia de la Nación. Buenos Aires.

Kalina, Eduardo. (2008). *Marihuana: un tabaco sin marca registrada* [versión electrónica]. Revista Hablemos: debate y acción, N° 20, páginas 4 y 5, octubre de 2008. SEDRONAR, Presidencia de la Nación. Buenos Aires. http://www.fundamericas.org.ar/hablemos_on_line.htm

NACIONES UNIDAS – ONUDD-Oficina contra la Droga y el Delito. *Informe Mundial sobre las drogas* (2010). Washington, DC. <http://www.unodc.org/>

NACIONES UNIDAS – ONUDD-Oficina contra la Droga y el Delito. *Informe Mundial sobre las drogas* (2009). Washington, DC. <http://www.unodc.org>

NACIONES UNIDAS – (ONUDD / CICAD) (2009-2010). *Informe Subregional sobre uso de drogas en población escolarizada. Segundo Estudio Conjunto. Información para el Diseño de las Estrategias Nacionales y Regionales sobre la Problemática de Drogas en Jóvenes.*

NACIONES UNIDAS – (ONUDD / CICAD) (2008). *Elementos orientadores para las políticas públicas sobre drogas en la Subregión. Primer Estudio comparativo sobre consumo de drogas y factores asociados en población de 15 a 64 años.*

OBSERVATORIO ARGENTINO DE DROGAS (2011). *Análisis de la tendencia en el consumo de sustancias psicoactivas en Argentina 2001-2010: población de 16 a 65 años.* SEDRONAR, Presidencia de la Nación, Buenos Aires.

OBSERVATORIO ARGENTINO DE DROGAS (2011). *Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas, Argentina 2010.* SEDRONAR, Presidencia de la Nación, Buenos Aires.

OBSERVATORIO ARGENTINO DE DROGAS (2011). *Estudio Nacional en pacientes en centros de tratamiento, Argentina 2010.* SEDRONAR, Presidencia de la Nación, Buenos Aires.

OBSERVATORIO ARGENTINO DE DROGAS (2009). *Cuarta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media.* SEDRONAR, Presidencia de la Nación, Buenos Aires.

OBSERVATORIO ARGENTINO DE DROGAS (2009). *Estudio Nacional sobre la asociación entre el consumo de sustancias y la consulta de emergencia.* SEDRONAR, Presidencia de la Nación, Buenos Aires.

OBSERVATORIO ARGENTINO DE DROGAS (2009). *Estudio Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas y su relación con la comisión de delitos en población privada de libertad.* SEDRONAR, Presidencia de la Nación, Buenos Aires.

OBSERVATORIO EUROPEO DE LAS DROGAS Y LAS TOXICOMANÍAS (2010). *El problema de la drogodependencia en Europa.* Portugal.

SCHWARTZ, Stephen /DALING, Janet (vs. autores). *Marihuana y cáncer testicular.* Revista Hablemos: debate y acción, N°23, página 36, julio de 2009. SEDRONAR, Presidencia de la Nación. Buenos Aires.