



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Facultad de Medicina

RESUMEN DE EVIDENCIA

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Hoja de coca, Amapola y otros

Hongos Psilocibios

Mescalina e Ibogaína

Ayahuasca

Cannabis

Unidad de Evidencia y Deliberación para la Toma de Decisiones

18/11/2024

Resumen de Evidencia

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Hoja de coca, Amapola y otros

Hongos Psilocibios

Mescalina e Ibogaína

Ayahuasca

Cannabis

18 de noviembre de 2024

Autores

- Daniel Felipe Patiño-Lugo, PhD, profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.
- Pamela Velásquez Salazar, MD, MSc, investigadora de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.
- David García, Politólogo, MSc, investigador de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.
- Viviana Vélez-Marín, MD, investigadora de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.
- Leydi Camila Rodríguez-Corredor, MSc, PhD (c), Investigadora de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.
- Mateo Correa-Delgado, Estudiante de Medicina de la Universidad de Antioquia.
- Isabel C. Marín-Orozco, MD, MSc, investigadora de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.
- Camilo Osorio-Caldera, Estudiante de Odontología, Universidad de Antioquia.
- Claudia Lorena Ramírez-Franco, Estudiante de Medicina, Universidad de Antioquia.
- Andrés Fernando González-Leyton, Estudiante de medicina, Universidad de Antioquia.
- Duber Ignacio Osorio-Bustamante, Profesor Facultad de Odontología Universidad de Antioquia.
- Paola Andrea Ramírez, MLS, Bibliotecóloga, Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Unidad de Evidencia y Deliberación para la Toma de Decisiones-UNED

La Unidad de Evidencia y Deliberación para la toma de Decisiones (UNED) de la Facultad de medicina de la Universidad de Antioquia aprovecha la mejor evidencia global y local disponible para producir resúmenes de evidencia. UNED también convoca a ciudadanos, investigadores, tomadores de decisiones y otros actores interesados a participar en diálogos deliberativos con el objetivo de informar la formulación de políticas sociales y en salud y de mejorar de la población colombiana.

Financiación

El resumen de evidencia fue financiado por el proyecto “Desarrollo, implementación y evaluación de una estrategia de transferencia del conocimiento para apoyar la toma de decisiones políticas informadas por la evidencia a nivel nacional en Colombia.” que a su vez es financiado por MinCiencias (Contrato: 394-2020; Código: 67300; fecha de inicio: 29/05/2020; Convocatoria: 844 del 2019). Los puntos de vista expresados en el resumen de evidencia son dadas por los autores y no deben tomarse como representación de la visión de los financiadores, ni de la Universidad de Antioquia.

Conflicto de interés

Los autores declaran que no tienen intereses profesionales o comerciales relevantes en el resumen de evidencia. El financiador no tuvo ningún papel en la identificación, selección, evaluación, síntesis o presentación de la evidencia científica presentada.

Citación

Patiño-Lugo DF, Velásquez-Salazar P, García D, Vélez-Marín V, Rodríguez-Corredor LC, Correa-Delgado M, Marín-Orozco IC, Osorio-Caldera CA, Ramírez-Franco CL, González-Leyton AF, Osorio-Bustamante DI, Ramírez P. Resumen de evidencia: Uso de plantas con propiedades psicoactivas en sistemas de salud. Medellín, Colombia. Unidad de Evidencia y Deliberación para la Toma de Decisiones, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. 18 de noviembre de 2024. 137 p.



This work is licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/> or send a letter to Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Facultad de Medicina

Unidad de Evidencia y Deliberación
para la toma de decisiones
UNED

CONTENIDO

ABREVIATURAS Y SIGLAS	6
GLOSARIO	9
MENSAJES CLAVE	12
¿Cuál es el problema?	12
¿Qué conocemos acerca de las opciones para abordar el problema?	12
¿Qué consideraciones de implementación deben tenerse en cuenta?	14
PROBLEMA	17
Opiniones de los ciudadanos sobre los desafíos clave relacionados con el uso de plantas con propiedades psicoactivas y sus derivados en sistemas de salud	18
TRES ELEMENTOS PARA ABORDAR EL PROBLEMA	19
Valores y preferencias de los ciudadanos relacionados con los tres elementos.....	20
Opción 1. Identificar la evidencia sobre los usos de las sustancias con propiedades psicoactivas	21
Resultados de la búsqueda de la evidencia.....	21
Hallazgos clave sobre la Opción 1.....	21
Usos terapéuticos de las plantas de coca, amapola, ayahuasca (Yagé) y hongos con propiedades psicoactivas (incluyendo alucinógenos) y sus derivados	21
Usos en alimentos y bebidas, incluyendo bebidas alcohólicas, de las plantas de cannabis, coca, amapola, ayahuasca (Yagé) y hongos con propiedades psicoactivas (incluyendo alucinógenos) y sus derivados	22
Otros usos de las plantas de cannabis, coca, amapola, ayahuasca (Yagé) y hongos con propiedades psicoactivas (incluyendo alucinógenos) y sus derivados	26
Otras sustancias con propiedades psicoactivas con potencial utilidad terapéutica, en alimentos y bebidas, que están siendo empleadas en otros países.....	26
Reporte de otros usos (diferentes a los terapéuticos) de las plantas y derivados de plantas con propiedades psicoactivas.....	27
Usos más frecuentes de las plantas psicoactivas.....	27
Opción 2. Estrategias para la incorporación en políticas y lineamientos de sistemas de salud de las plantas de Coca, Amapola, Ayahuasca (Yagé) y hongos con propiedades psicoactivas y sus derivados	28
Resultados de la búsqueda de la evidencia.....	28
Hallazgos clave sobre la opción 2	28
Opción 3. Identificar la evidencia sobre los posibles impactos evaluados de la incorporación de políticas y lineamientos sobre el uso de las plantas de Cannabis, Coca, Amapola, Ayahuasca (Yagé) y hongos con propiedades psicoactivas y sus derivados en sistemas de salud	31
Resultados de la búsqueda de la evidencia.....	31
Hallazgos clave sobre la Opción 3.....	31
CONSIDERACIONES DE IMPLEMENTACIÓN PARA LAS OPCIONES 1, 2 Y 3	34
Valores y preferencias de los ciudadanos relacionados con la implementación de los tres elementos	34
Hallazgos clave sobre las consideraciones de implementación	35
REFERENCIAS	37

ANEXOS	45
Anexo 1. Revisiones basadas en evidencia y otros estudios relevantes para la Opción 1	46
Anexo 2. Revisiones basadas en evidencia y otros estudios relevantes para la opción 2.....	78
Anexo 3. Revisiones basadas en evidencia y otros estudios relevantes para la opción 3.....	95
Anexo 4. Revisiones basadas en evidencia y otros estudios relevantes para las consideraciones de implementación: facilitadores, barreras y estrategias de implementación	110
Anexo 5. Búsqueda de la evidencia.....	116
Anexo 6. Diagrama de PRISMA	125
Anexo 7. Herramienta para evaluación de la calidad de revisiones sistemáticas (AMSTAR 2)	126
Anexo 8. Herramientas para evaluación de la calidad de estudios primarios del Joanna Briggs Institute (JBI)	135

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Resumen de las opiniones y experiencias de los ciudadanos acerca del problema	18
Tabla 2. Resumen de las opiniones y experiencias de los ciudadanos acerca de los elementos	20
Tabla 3. Revisiones sistemáticas según sustancia y condición	23
Tabla 4. Farmacocinética de los principales psicoactivos	28
Tabla 5. Resumen de las opiniones y experiencias de los ciudadanos acerca de las consideraciones de implementación	34

CUADROS

Cuadro 1. Antecedentes del resumen de evidencia	16
Cuadro 2. Movilizando la evidencia de investigación acerca de los elementos para abordar el problema	19

ABREVIATURAS Y SIGLAS

5D-ASC	5 Dimensions of Altered States of Consciousness (5 Dimensiones de Estados de Conciencia Alterados)
AAQ-II	Acceptance and Action Questionnaire-II (Cuestionario de Aceptación y Acción)
AASE	Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale (Escala de Autoeficacia para la Abstinencia del Alcohol)
AE	Evento adverso por las siglas en inglés
AMRS	Adjective Mood Rating Scale (Escala de Evaluación del Estado de Ánimo con Adjetivos)
AUD	Trastorno por consumo de alcohol
AUT	Alternative Uses Test (Prueba de Usos Alternativos)
BAI	Beck Anxiety Inventory (Inventario de Ansiedad de Beck)
BDI	Beck Depression Inventory (Inventario de Depresión de Beck)
BFI	Big Five Inventory (Inventario de los Cinco Grandes)
BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale (Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica)
BRMAS	Bech-Rafaelsen Mania Scale (Escala de Manía Bech-Rafaelsen)
BRMES	Bech-Rafaelsen Melancholia Scale (Escala de Melancolía Bech-Rafaelsen)
BSI-18	Brief Symptom Inventory-18 (Inventario Breve de Síntomas – 18)
CANMAT	Tratamientos para el Estado de Ánimo y Trastornos de Ansiedad
CAPE	Community Assessment of Psychic Experience (Evaluación Comunitaria de la Experiencia Psíquica)
CBD	Cannabidiol
CES-D	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos)
CESD-SF	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos)
CEQ	Cuestionario de Experiencia Psicodélica
CFS	Cognitive Flexibility Scale (Escala de Flexibilidad Cognitiva)
CGI-S	Clinical Global Impression – Severity (Impresión Clínica Global – gravedad)
CIS-R	Entrevista Clínica Programada – Edición Revisada
CM	Cannabis medicinal
CND	Consejo Nacional de Discapacidad
CR	Cannabis recreativo
CSSRS-SII	Columbia-Suicide Severity Rating Scale – Suicidal Ideation (Escala de gravedad de Suicidio de Columbia)
DASS-21	Depression, Anxiety and Stress Scale-21 (Escala de Estrés, Ansiedad y Depresión de 21 ítems)
DEER-T	Dynamic Emotional Expression Recognition Task (Tarea de Reconocimiento de Expresión Emocional Dinámica)
DERS	Difficulties in Emotion Regulation Scale (Escala de Dificultades en la Regulación Emocional)
DMT	N,N-dimetiltriptamina
DPES	Dispositional Positive Emotions Scale (Escala de Emociones Positivas Disposicionales)
DS-II	Demoralization-Scale II (Escala de Desmoralización II)
DTS	(Escala de Trascendencia de la Muerte)
EBI	Inventario de Avance Emocional
EC	Ensayo clínico
ECA	Ensayo controlado aleatorizado
EE	Empatía emocional
EEA	Escala de Evaluación de Alucinógenos
EOLA	Experiencias Orientadas a la Vida y la Muerte
EQ	(Cuestionario de Experiencia)
EVA	Escalas Visuales Análogas
FACIT-SWB	Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being (Evaluación Funcional de la Terapia de Enfermedades Crónicas - Bienestar Espiritual)
FFMQ	Five Facet Mindfulness Questionnaire (Cuestionario de Cinco Facetas de Atención plena)
FFMQ-24	Five Facet Mindfulness Questionnaire (Cuestionario de Cinco Facetas de la Atención Plena – Versión Corta)
FFMQ-SF	Five Facet Mindfulness Questionnaire (Cuestionario de Cinco Facetas de la Atención Plena - Forma Corta)
GAF	Global Assessment of Functioning (Evaluación Global del Funcionamiento)
GRID-HAM-D	GRID-Hamilton Depression Rating Scale (Escala de Evaluación de la Depresión Hamilton-GRID)
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale (Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria)
HAM-A	Hamilton Anxiety Rating Scale (Escala de Evaluación de la Ansiedad Hamilton)
HAM-D	Hamilton Depression Rating Scale (Escala de Depresión de Hamilton)
HPPD	Trastorno de la percepción persistente por alucinógenos
HRS	Hallucinogen Rating Scale (Escala de Evaluación de Alucinógenos)
ICG	Inventory of Complicated Grief (Inventario de Duelo Complicado)
ICEERS	Centro Internacional de Enseñanza, Investigación y Servicios Etnobotánicos por sus siglas en inglés
ICIA	Inventario del Centro de Investigación de Adicciones

IDPC	Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas
JIFE	Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacentes
LC/BL	(Lista de Quejas/Beschwerde liste)
LSD	dietilamida del ácido lisérgico
MADRS	Montgomery - Asberg Depression Rating Scale (Escala de Depresión de Montgomery-Åsberg)
MDMA	3,4-metilenedioximetanfetamina
MEQ-30	Mystical Experience Questionnaire (Cuestionario de Experiencia Mística)
MET	Multifaceted Empathy Test (Prueba de Empatía Multifacética)
MDD	Trastorno depresivo mayor
MM	Marihuana medicinal
MMPI	Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota)
MoCA	Montreal cognitive assessment (Evaluación Cognitiva de Montreal)
MQoL-R	McGill Quality of Life Questionnaire-Revised (Cuestionario de calidad de Vida de McGill)
MR	Marihuana recreativa
MS	Escala de Misticismo
NR6	Nature Relatedness Scale (Escala de Conexión con la Naturaleza)
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de la Naciones Unidas
OR	<i>Odds ratio</i>
ORa	<i>Odds ratio</i> ajustado
PACS	Penn Alcohol Craving Scale (Escala de Deseo de Abstinencia del Alcohol de Penn)
PANAS	Positive and Negative Affect Schedule (Escala de Afecto Positivo y Negativo)
PANAS-X	Positive and Negative Affect Schedule - Expanded Form (Escala de Afecto Positivo y Negativo - X)
PAP	Psicoterapia asistida con psilocibina
PCL-5	PTSD Checklist for DSM-5 (Cuestionario de Lista de Síntomas de Estrés Postraumático-5)
PCT	(Prueba de Conceptos Visuales)
PCR	Proteína C-reactiva
PEQ	Persisting Effects Questionnaire (Cuestionario de Efectos Persistentes)
PIL	Purpose In Life test (Test de Propósito en la Vida)
PHQ-9	Patient Health Questionnaire-9 (Cuestionario de Salud del Paciente - 9 ítems)
POFLE	Prediction Of Future Life Events (Tarea de Predicción de Eventos Futuros - sesgos cognitivos en la depresión)
POMS	Profile of Mood States (perfil de estados de ánimo)
POS	Plan Obligatorio de Salud
PPQ-5	(Cuestionario de Perspectivas Políticas)
SP	Psicodélicos serotoninérgico.
PSA-45	Psychoticism scale of the Symptoms Assessment- 45 (Escala de evaluación de síntomas psicóticos-45)
PTG	Post-traumatic growth (cancer)
PTSD	Desorden por estrés postraumático
QIDS	Quick Inventory of Depressive Symptomatology (Inventario Rápido de Sintomatología Depresiva)
QIDS-SR	Quick Inventory of Depressive Symptomatology self-reported (Inventario Rápido de Sintomatología Depresiva- autoreportada)
QUIDS SI	Escala de Atributos de Ideación Suicida
QSU	Questionnaire on Smoking Urges (Cuestionario sobre Urgencias para Fumar)
SASE	(Escala de Autoeficacia para la Abstinencia del Tabaco)
SAD	Trastorno de ansiedad social
SC	Versión corta del cuestionario de Autocompasión
SCL-90-R	Symptom Checklist-90-R (Lista de Síntomas-90-Revisada)
SIB	Comportamiento suicida autolesivo
SHAPS	Snaith-Hamilton pleasure scale (Escala de Placer Snaith Hamilton)
SIDAS+QIDS-SI	Item Quick Inventory of Depressive Symptomatology - Self-Rep (Escala de Atributos de Ideación Suicida + Ítem QUIDS SI)
SF-36	Medical Outcomes Study 36-item Short-Form (Forma corta de la lista de desenlaces médicos de 36 ítems)
SoCQ	States of Consciousness Questionnaire (Cuestionario de Estados de Conciencia)
SOCRATES 8ª	Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (Escala de Preparación para el Cambio y Deseo de Tratamiento)
SR	Self-report (autoreporte)
SPA	Sustancias psicoactivas
STAI	State-Trait Anxiety Inventory (Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger)
SWLS	Satisfaction with Life Scale (Escala de Satisfacción con la Vida)
TAS	Tellegen Absorption Scale (Escala de Absorción Tellegen)
TCA	Trastornos de conducta alimentaria

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

TCI-R-67	Temperament and Character Inventory-Revised-67 (Inventario de Temperamento y Carácter Revisado-67)
TDC	Trastorno Dismórfico Corporal
TDR	Trastorno depresivo resistente al tratamiento
TEPT	Terapia de exposición prolongada
THC	tetrahidrocannabinol
TLFB	Time-Line Follow Back (Registro de días de consumo de alcohol Timeline Follow Back)
TMT	Trail Making Test (Prueba Trail-Making)
TOC	Desorden obsesivo compulsivo
TTCT	Tests of Creative Thinking (Pruebas Torrance de Pensamiento Creativo Torrance)
UNICRI	Instituto Interregional de las Naciones Unidas para Investigaciones sobre la Delincuencia y la Justicia
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session
ONUDD	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana
WCST	Wisconsin Card Sorting Test (Prueba de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin)
WEMWBS	Escala de bienestar mental de Warwick-Edimburgo
WHOQOL-Bref	WHO Quality of Life-Bref (Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud - Versión Breve)
WSWS	Wisconsin Withdrawal Scale (Escala de Abstinencia al Tabaco de Wisconsin)
YBOCS	Obsessive Compulsive Scale (Escala Yale-Brown para el Trastorno Obsesivo Compulsivo Yale-Brown)
YMRS	Young Mania Rating Scale (Escala de Evaluación de la Manía en Jóvenes)

GLOSARIO

Sobre la clasificación de EPOC

Cambios relacionados a la prestación de servicios: Cambios relacionados con la prestación de la atención en salud relacionados con el cómo, cuándo, dónde y quién proporciona esta atención.

Cambios relacionados con la financiación: Cambios en la forma en cómo se recaudan los fondos, los esquemas de seguros, en cómo se compran los servicios y el uso de incentivos o desincentivos financieros dirigidos.

Cambios relacionados a la gobernanza: Reglas o procesos que afectan la forma en que se ejercen el poder, particularmente respecto a la autoridad, rendición de cuentas, apertura, participación y coherencia.

Estrategias de implementación: Intervenciones diseñadas para generar cambios en las organizaciones sanitarias, el comportamiento de los profesionales o el uso de los servicios en salud por parte de los beneficiarios de la atención.

Sobre sustancias psicoactivas y estupefacientes

Abuso: Es el uso personal de droga, prescrita por ella misma y con fines no médicos (1).

Abuso. Es el uso indebido de drogas o medicamentos con fines no médicos (2).

Adicción o Drogadicción: Dependencia de una droga con aparición de síntomas físicos cuando se suprime (1).

Cultivo: Actividad destinada al desarrollo de una plantación en los términos descritos en el literal anterior (1).

Dependencia psicológica: Necesidad repetida de consumir una droga, no obstante sus consecuencias (1).

Dosis para uso personal: Cantidad de estupefacientes que una persona porta o conserva para su propio consumo. No es dosis para uso personal, el estupefaciente que la persona lleve consigo, cuando tenga como fin su distribución o venta, cualquiera que sea su cantidad (1).

Dosis terapéutica: Cantidad de droga o de medicamento que un médico prescribe según las necesidades clínicas de su paciente (1).

Droga: Es toda sustancia que introducida en el organismo vivo modifica sus funciones fisiológicas (1).

Estupefaciente: Sustancia con alto potencial de dependencia y abuso (2). Droga no prescrita médicamente, que actúa sobre el sistema nervioso central produciendo dependencia (1).

Materia prima o droga de control especial: Sustancias farmacológicamente activa cualquiera que sea su origen, que produce efectos mediatos o inmediatos de dependencia física o psíquica en el ser humano, o aquella que haya sido catalogada como tal en los convenios internacionales y aceptada por la Comisión Revisora de productos Farmacéuticos del Ministerio de Salud (3).

Medicamento de control especial: Droga o mezcla de drogas con adición de sustancias similares, preparada para presentarse en forma farmacéutica y que puede producir dependencia física o psíquica (3).

Medicamento sometido a fiscalización de uso humano o veterinario: Preparado farmacéutico obtenido a partir de uno o más principios activos de control especial, catalogados como tal en las convenciones de estupefacientes en 1961, precursores en 1988 y psicotrópicos en 1971, o por el Gobierno Nacional, con o sin sustancias auxiliares presentado bajo forma farmacéutica definida, que se utiliza para la prevención, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación de las enfermedades de los seres vivos

Monopolio del Estado: Derecho poseído de exclusividad por el Estado

Plantación: Conjunto de plantas, en número superior a veinte, de las que pueden extraerse drogas que causen dependencia (1).

Precursores químicos: Sustancia o mezcla de sustancias a partir de las cuales se producen, sintetizan u obtienen drogas que crean dependencia (2).

Prevención: Conjunto de actividades encaminadas a reducir y evitar el mal uso de sustancias y medicamentos que puedan causar dependencia (2).

Principio activo: Compuesto o mezcla de compuestos que tienen acción farmacológica (2).

Recetario oficial: Documento oficial autorizado por la entidad competente, de carácter personal e intransferible que utilizan los prescriptores de salud para la formulación de los medicamentos de control especial y de monopolio del Estado (2).

Rehabilitación: Actividad conducente a la reincorporación útil del farmacodependiente a la sociedad (1).

Sustancia psicotrópica: Droga que actúa sobre el sistema nervioso central produciendo efectos neuro-psicofisiológicos (2).

Toxicomanía: Dependencia a sustancias médicamente calificadas como tóxicas (1).

Tratamiento: Conjunto de métodos de intervención encaminados a contrarrestar los efectos producidos por la droga (1).

Sobre usos terapéuticos

Actividad terapéutica: Acciones encaminadas a la prevención, diagnóstico y tratamiento satisfactorio de enfermedades físicas y mentales, para el alivio de síntomas de enfermedades y la modificación o regulación beneficiosa del estado físico y mental del organismo (4).

Advertencia: Llamado de atención, generalmente incluido en la rotulación, sobre algún riesgo particular asociado al consumo de los productos fitoterapéuticos (4).

Contraindicación: Situación clínica o régimen terapéutico en el cual la administración de un producto fitoterapéutico debe ser evitada (4).

Eficacia: Condición de un medicamento para producir los efectos propuestos, determinada por métodos científicos (5).

Estabilidad: Condición de un principio activo o de un medicamento, de mantener en el tiempo sus propiedades originales dentro de las especificaciones establecidas, en relación a su identidad, concentración o potencia, calidad, pureza y apariencia física (5).

Estado bruto: Aquel en que el material proveniente de la planta medicinal no ha sufrido transformaciones físicas, ni químicas (4).

Excipiente: Aplicable a los medicamentos y las preparaciones farmacéuticas a base de recursos naturales. Es aquel compuesto o mezcla de compuestos que en las concentraciones presentes en una forma farmacéutica, no presenta actividad farmacológica significativa. El

excipiente sirve para dar forma, tamaño y volumen a un producto y para comunicarle estabilidad, biodisponibilidad, aceptabilidad y facilidad de administración de uno o más principios activos. En la medida en que los excipientes afectan la liberación del principio activo, ellos pueden afectar la actividad farmacológica del producto a través de cambios en su biodisponibilidad (5).

Exudados: Líquidos, células u otras sustancias celulares que usualmente se expulsan lentamente desde los vasos sanguíneos de los tejidos inflamados.

Fármaco: Es el principio activo de un producto farmacéutico (5).

Indicaciones: Estados patológicos o padecimientos a los cuales se aplica un medicamento.

Inocuidad: Es la ausencia de toxicidad o reacciones adversas de un medicamento (5).

Interacciones: Influencia que tiene un medicamento, alimento u otra sustancia sobre el comportamiento o la eficacia de otro medicamento (5).

Lista básica de recurso natural de uso medicinal: Listado de recursos naturales de uso medicinal, aprobado por el Ministerio de Salud con criterios de seguridad y eficacia (5).

Material de la planta medicinal: Planta entera, fresca o desecada, incluyendo talofitas, especialmente líquenes, hongos superiores y algas, partes o productos de dicha planta. También se consideran ciertos exudados que no han sido sometidos a un tratamiento específico, que no generan riesgos para la salud y el medio ambiente y que se utilizan para la elaboración de productos fitoterapéuticos. A dicho material se le ha atribuido y comprobado actividad terapéutica mediante el conocimiento tradicional, estudios científicos, literatura científica o evaluación clínica (4).

Medicamento: Preparado farmacéutico obtenido a partir de principios activos, con o sin sustancias auxiliares, presentado bajo forma farmacéutica que se utiliza para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación de la enfermedad. Los envases, rótulos, etiquetas y empaques hacen parte integral del medicamento, por cuanto éstos garantizan su calidad, estabilidad y uso adecuado (5).

Medicamento esencial: Aquel que reúne características de ser el más costo efectivo en el tratamiento de una enfermedad, debido a su eficacia y seguridad farmacológica, por dar una respuesta más favorable a los problemas de mayor relevancia en el perfil de morbilidad de una comunidad y porque su costo se ajusta a las condiciones de la economía del país. Corresponden a los contenidos en el listado de medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, POS, del Sistema de Seguridad Social en Salud (5).

Medicamento nuevo: Aquel cuyo principio activo no ha sido incluido en el Manual de Normas Farmacológicas o aquel que, estando incluido en él corresponda a nuevas asociaciones o dosis fijas, o a nuevas indicaciones, o nuevas formas farmacéuticas, modificaciones que impliquen cambios en la farmacocinética, cambios en la vía de administración o en las condiciones de comercialización (5).

Plantas medicinales aceptadas con fines terapéuticos: Plantas medicinales aceptadas con fines terapéuticos, que se encuentran incluidas en el listado de plantas medicinales aceptadas con fines terapéuticos, atendiendo a criterios de seguridad y eficacia (4).

Preparación farmacéutica a base de recurso natural: Producto medicinal empacado y etiquetado, cuyos ingredientes activos están formados por cualquier parte de los recursos naturales de uso medicinal o asociaciones de éstos, en estado bruto o en forma farmacéutica, que se utiliza con fines terapéuticos. Si el recurso natural de uso medicinal se combina con sustancias activas, inclusive constituyentes aislados y químicamente definidos, no se considerarán preparaciones farmacéuticas a base de recursos naturales (5).

Preparaciones farmacéuticas con base en plantas medicinales: Producto fitoterapéutico elaborado a partir de material de la planta medicinal, o preparados de la misma, a la cual se le ha comprobado actividad terapéutica y seguridad farmacológica y que está incluido en las normas farmacológicas colombianas o en el listado de plantas medicinales para productos fitoterapéuticos de la categoría preparaciones farmacéuticas con base en plantas medicinales. Su administración se realiza para indicaciones definidas y se utiliza para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación de la enfermedad (4).

Preparación magistral: Producto farmacéutico para atender una prescripción médica de un paciente individual, que requiere de algún tipo de intervención técnica de variada complejidad (Guía para las visitas de buenas prácticas de elaboración de preparaciones magistrales, 2019) (6).

Producto fitoterapéutico: Producto medicinal empacado y etiquetado, cuyas sustancias activas provienen de material de la planta medicinal o asociaciones de estas, presentado en forma farmacéutica que se utiliza con fines terapéuticos. También puede provenir de extractos, tinturas o aceites. No podrá contener en su formulación principios activos aislados y químicamente definidos. Los productos obtenidos de material de la planta medicinal que hayan sido procesados y obtenidos en forma pura no serán clasificados como producto fitoterapéutico (4).

Reacción adversa: Reacción nociva y no deseada que se presenta después de la administración de un producto fitoterapéutico a dosis utilizadas normalmente para obtener una actividad terapéutica (4).

Recurso natural utilizado en las preparaciones farmacéuticas: Conjunto de materiales o sustancias proveniente de organismos vivos o minerales que posee propiedades terapéuticas -sin riesgos para la salud, cuando se utiliza en forma adecuada- comprobadas mediante estudios científicos, literatura científica o comprobación clínica que respalden el uso tradicional (5).

Registro sanitario: Acto administrativo expedido por el INVIMA, una vez verifica el cumplimiento de los requisitos técnico-legales establecidos en el presente decreto, el cual faculta a una persona natural o jurídica para producir, comercializar, importar, exportar, envasar, procesar o expender productos fitoterapéuticos (4).

Seguridad: Característica de un medicamento según la cual puede usarse sin mayores posibilidades de causar efectos tóxicos injustificables. La seguridad de un medicamento es una característica relativa (5).

Sustancias activas: Ingredientes de los productos fitoterapéuticos que tienen actividad terapéutica. En el caso de productos fitoterapéuticos cuyas sustancias activas hayan sido identificadas, se debe normalizar su preparación a través de extractos estandarizados, indicando: solvente, método de extracción y marcadores a cuantificar, para lo cual se debe disponer de métodos analíticos adecuados que

los cuantifiquen. En los casos en que no se puedan identificar las sustancias activas, se puede considerar que todo el material de la planta medicinal, parte de esta o su preparación constituye la sustancia activa (4).

Uso tradicional: Uso medicinal o relacionado con la salud de sustancias activas presentes en las plantas medicinales, con pruebas documentales que demuestran que las se han utilizado durante tres o más generaciones. En los casos en que el uso sea registrado como tradición oral y no escrita, las pruebas se obtendrán recurriendo a un profesional competente o a grupos indígenas o comunidades afrocolombianas que mantengan dicha historia (4).

Sobre otros usos

Alimento: Producto natural o artificial, elaborado o no, que ingerido aporta al organismo humano los nutrientes y la energía necesaria para el desarrollo de los procesos biológicos. Se entienden incluidas en la presente definición las bebidas no alcohólicas y aquellas sustancias con que se sazonan algunos comestibles, y que se conocen con el nombre genérico de especias (7).

Bebida alcohólica: Producto apto para consumo humano que contiene una concentración no inferior a 2,5 grados alcoholimétricos y no tiene indicaciones terapéuticas (8).

Certificado oficial: Documento expedido por el organismo de certificación oficial de un país exportador o importador (8).

Certificado sanitario: Documento expedido por la autoridad sanitaria competente con el fin de certificar la aptitud del consumo humano de las bebidas alcohólicas o sus materias primas importadas o exportación (8).

Composición básica: En el campo de los cosméticos y de los productos de aseo, higiene y limpieza y otros de uso doméstico, es el conjunto de las características primarias al producto (5).

Cosmético: Formulación de aplicación local, fundamentada en conceptos científicos, destinada al cuidado y mejoramiento de la piel humana y sus anexos, sin perturbar las funciones vitales, sin irritar, sensibilizar, o provocar efectos secundarios indeseables atribuibles a su absorción sistémica (5).

Ingredientes primarios: Elementos constituyentes de un alimento o materia prima para alimentos, que una vez sustituido uno de estos, el producto deja de ser tal para convertirse en otro (7).

Ingredientes secundarios: Elementos constituyentes de un alimento o materia prima para alimentos, incluidos los aditivos alimentarios, que de ser sustituidos, pueden determinar el cambio de las características del producto, aunque este continúe siendo el mismo (7).

Insumo: Sustancia natural o artificial, procesada o no que se utiliza como elemento auxiliar en la elaboración de bebidas alcohólicas. Incluye además, el envase, rótulos y etiquetas (8).

Materia prima: Sustancias naturales o artificiales, elaboradas o no, empleadas por la industria de alimentos para su utilización directa, fraccionamiento o conversión en alimentos para consumo humano (8). A pesar de que las materias primas pueden o no sufrir transformaciones tecnológicas, estas deben ser consideradas como alimento para consumo humano.

Producto de aseo y limpieza: Formulación cuya función principal es aromatizar el ambiente, remover la suciedad y propender por el cuidado de utensilios, objetos, ropas o áreas que posteriormente estarán en contacto con el ser humano (5).

Producto de higiene: Formulación que posee acción desinfectante demostrable y puede o no reunir las condiciones de los productos de aseo y limpieza (5).

Toxicidad: Capacidad del producto de generar directamente una lesión o daño a un órgano o sistema (5).

Sobre la regulación específica del cannabis

Cannabis: Sumidades, floridas o con fruto, de la planta de cannabis con excepción de las semillas y las hojas no unidas a las sumidades, de las cuales no se ha extraído la resina, cualquiera que sea el nombre con que se las designe (9).

Cannabis psicoactivo: Sumidades (extremo superior de la planta) floridas o con fruto de la planta de cannabis con excepción de las semillas y las hojas no unidas a las sumidades, de las cuales no se ha extraído la resina, cualquiera que sea el nombre con que se las designe, cuyo contenido de tetrahidrocannabinol (THC) es igual o superior al 1 % en peso seco incluyendo sus isómeros, sales y formas ácidas (9).

Cáñamo: Variedad de la planta de cannabis, cuyo contenido de tetrahidrocannabinol (THC) incluyendo sus isómeros, sales y formas ácidas, es inferior a 1 % en peso seco, sujeto al régimen de licenciamiento de cultivo de plantas de cannabis no psicoactivo (en inglés «hemp») (9).

Derivado no psicoactivo fiscalizado: Aceites, resinas, tinturas y extractos crudos purificados o procesados obtenidos a partir del cannabis y/o del componente vegetal cuyo contenido de tetrahidrocannabinol (THC), incluidos sus isómeros, sales y formas ácidas, sea igual o superior al límite de fiscalización establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social, y menor al 1 % de THC (10).

Extracto crudo: Sustancia primaria obtenida del proceso inicial de transformación del cannabis, sea este aceite, resina o tintura, entre otros (10).

Límite de fiscalización: Cantidad máxima de tetrahidrocannabinol (THC) (incluyendo sus isómeros, sales y formas ácidas) que clasifica a los medicamentos como de control especial y sustancias fiscalizadas. Se clasificarán como medicamentos de control especial aquellos que contengan una cantidad igual o superior a 2mg de THC (incluyendo sus isómeros, sales y formas ácidas) en formas de presentación dosificada, tales como tabletas, cápsulas o similares, o por cada gramo o mililitro en caso de soluciones, cremas y similares, por debajo de este límite se considerarán productos no fiscalizados (10).

Peso de cannabis en base seca: Resultado que se obtiene de restarle al peso del cannabis húmedo, el peso de humedad que se encuentra en su interior (10).

Planta de cannabis: Especie herbácea de la familia Cannabaceae (11).

MENSAJES CLAVE

¿Cuál es el problema?

En Colombia, luego del cambio en la tendencia política del Gobierno Nacional en 2022, la agenda política nacional ha incluido una corriente que busca un cambio en el enfoque de las políticas de drogas. En el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026, se propone la formulación e implementación de una política nacional de drogas que supere el prohibicionismo y esté basada en un enfoque participativo y territorial que permita resolver las causas estructurales de este problema (12).

A raíz de esto, el Gobierno Nacional se enfrenta a la necesidad de identificar, formular e implementar diferentes acciones que permitan hacer un uso adecuado de las sustancias psicoactivas cuando estas tengan utilidad para tratar distintas condiciones de salud, al mismo tiempo que se respeten las garantías y derechos de los pacientes y distintas comunidades que tienen algún tipo de arraigo cultural con las sustancias ancestrales para ellos (por ejemplo, la hoja de coca para algunas tribus indígenas).

¿Qué conocemos acerca de las opciones para abordar el problema?

Opción 1. Identificar la evidencia sobre los usos de las sustancias con propiedades psicoactivas

La evidencia para esta opción proviene de 32 revisiones sistemáticas y cinco revisiones de alcance.

1.1. Usos terapéuticos de las plantas de coca, amapola, ayahuasca (yagé) y hongos con propiedades psicoactivas (incluyendo alucinógenos) y sus derivados

- La psilocibina tiene evidencia de resultados benéficos en pacientes con trastornos depresivos (TD) y ansiedad, tanto primarios como asociados a enfermedades crónicas como el cáncer y los trastornos por uso de sustancias (TUS). Pudiese ser efectivo para el manejo de la migraña y cefaleas en racimos, con resultados contradictorios para eventos suicidas (especialmente si se usa con otros psicodélicos) y trastorno obsesivo compulsivo (TOC). La evidencia es insuficiente para trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y trastornos dismórficos corporales (TDC) (20 revisiones).
- La ayahuasca (yagé) mostró beneficios en el manejo de TD, con evidencia limitada en trastornos de ansiedad. Pudiera tener beneficios en los TCA y TUS (12 revisiones).
- Para la hoja de coca y amapola no se encontró evidencia en revisiones sistemáticas. En estudios pequeños, el consumo de opio se asoció a enfermedad cerebrovascular isquémica (ECV) y mortalidad secundaria a esta, con resultados contradictorios en el aumento de glicemia en pacientes con diabetes tipo 2 y sin evidencia sobre el comportamiento suicida (3 revisiones).

1.2. Usos en alimentos y bebidas, incluyendo bebidas alcohólicas, de las plantas de cannabis, coca, amapola, ayahuasca (yagé) y hongos con propiedades psicoactivas (incluyendo alucinógenos) y sus derivados

- No se encontraron revisiones sistemáticas sobre usos en alimentos y bebidas de estas plantas.

1.3. Otros usos de las plantas de cannabis, coca, amapola, ayahuasca (yagé) y hongos con propiedades psicoactivas (incluyendo alucinógenos) y sus derivados

- En personas sanas, la psilocibina pudiera ser beneficiosa en los puntajes de pruebas neuropsicológicas que valoran calidad de vida, con resultados contradictorios sobre el estado de ánimo. No se encontraron beneficios en estas pruebas para depresión, manía, psicosis, y empatía en esta misma población (20 revisiones)
- La ayahuasca puede tener beneficios en las pruebas neuropsicológicas sobre indicadores generales de psicopatología y síntomas depresivos (12 revisiones).
- No se encontraron revisiones sistemáticas sobre otros usos para las plantas de coca y amapola.

1.4. Otras sustancias con propiedades psicoactivas con potencialidad o utilidad terapéutica, en alimentos y bebidas, que estén siendo empleadas por otros países

- La mezcalina tiene escasa evidencia en pacientes con trastornos mentales y TUS, puede mejorar las relaciones interpersonales, comprensión de la enfermedad y algunos síntomas vegetativos y psicóticos. La evidencia es contradictoria para uso de alcohol (8 revisiones).
- La Ibogaína en personas con TUS ha mostrado mejorar las relaciones interpersonales, estado de ánimo y abstinencia, así como disminuir el deseo de consumo y síntomas relacionados al uso de sustancias (9 revisiones).
- La yohimbina parece tener efectos sinérgicos benéficos al combinarla con psicoterapia en la reducción de los síntomas ansiosos para tratamiento de claustrofobia y desorden de estrés postraumático, con resultados controversiales sobre el miedo a volar (una revisión).

Teniendo en cuenta lo anterior, y dada la escasa evidencia proveniente de revisiones sistemáticas sobre hoja de coca, amapola, cannabis y ayahuasca sobre otros usos de estas plantas, se amplió la búsqueda incluyendo 119 estudios (primarios, revisiones sistemáticas y no sistemáticas) para la construcción de un mapa de brechas de evidencia (*EGM* por las siglas en inglés) de los diferentes usos de estas plantas (*EGM* Otros usos de plantas con propiedades psicoactivas). Entre los usos más frecuentes se destacan: el tradicional (43 estudios), la investigación biomédica y farmacéutica (40 estudios) y la utilización en alimentos y bebidas (10 estudios).

Opción 2. Estrategias para la incorporación en políticas y lineamientos de sistemas de salud de las plantas de Cannabis, Coca, Amapola, Ayahuasca (Yagé) y hongos con propiedades psicoactivas y sus derivados

La evidencia para esta opción proviene de 14 reportes o informes de organizaciones, 8 documentos de carácter legislativo (leyes, decretos, actos administrativos), dos políticas públicas y dos revisiones narrativas.

- La evidencia presenta dos enfoques para tratar la comercialización y consumo de sustancias psicoactivas: uno prohibicionista (represiva) y otro centrado en tratar el consumo y la comercialización desde los derechos de las personas y comunidades.
- EE. UU. y el Reino Unido mantienen un enfoque prohibicionista, guiado por la convención única de estupefacientes de Naciones Unidas que considera productos de fiscalización a todas las sustancias clasificadas en las listas I, II, III, y IV. Por lo tanto, la comercialización y uso para efectos medicinales y científicos está prohibida.
- Distintas organizaciones internacionales han comenzado a abogar por un enfoque centrado en la salud pública que no restrinja el acceso a medicamentos útiles para tratar diferentes condiciones en salud. Argumentan la necesidad de preservar activamente las medicinas ancestrales de diferentes comunidades que, debido a fiscalización internacional, son utilizadas en la clandestinidad.
- En la ciudad de Denver (EE. UU.) se promulgó una ley para regular el uso de drogas desde un enfoque compasivo con las medicinas naturales.

Opción 3. Identificar la evidencia sobre los posibles impactos evaluados de la incorporación de políticas y lineamientos sobre el uso de las plantas de Cannabis, Coca, Amapola, Ayahuasca (Yagé) y hongos con propiedades psicoactivas y sus derivados en sistemas de salud

La evidencia para esta opción proviene de 18 documentos, incluyendo dos revisiones sistemáticas, una revisión de alcance y 15 estudios primarios.

3.1. Planta de cannabis

- **Impacto en salud:** la legalización de la marihuana medicinal y recreativa (MM y MR) ha mostrado disminuir el consumo y la prescripción de opioides y pareciera tener efectos positivos sobre las tasas de mortalidad por su uso. De otro lado, ha aumentado las consultas a servicios de urgencias y salud mental por intoxicación y envenenamiento por cannabis y alteraciones conductuales y psiquiátricas relacionadas a su consumo entre

jóvenes y adolescentes en EE. UU, Canadá y en diversos países de África, además pareciera aumentar los accidentes de tráfico por el consumo en conductores.

- **Impacto social:** posterior a la legalización del cannabis, su uso en adolescentes presenta resultados diferenciales según los grupos de edad, la etnia y el nivel de escolaridad que se encuentran cursando, en ocasiones asociado a disminución y en otras a aumento del consumo. No es claro el efecto de la legalización sobre el consumo de alcohol y otras drogas ilícitas. Hay un impacto mayormente positivo sobre el desempeño laboral (disminución de ausencias laborales e incapacidades) y la actividad criminal relacionada con asaltos, robos, violaciones, vandalismo y crímenes en la frontera; y negativo sobre el desempeño académico en EE. UU.
- Hay un efecto negativo de los cultivos ilícitos de cannabis asociados a las leyes restrictivas en los países africanos que favorecen la financiación de grupos armados al margen de la ley y terroristas, aumentando las actividades violentas y el control sobre las comunidades. Como efecto indirecto de las medidas para lograr la erradicación de cultivos y combatir estos grupos ilegales, se ha documentado el desarrollo de otras actividades ilegales y los abusos contra los derechos humanos.
- **Impacto económico:** está asociado a la no legalización del uso de cannabis en países africanos. Los cultivos ilícitos de la planta causan erosión del suelo con un impacto en los cultivos legales y afectación de los recursos hídricos. Asimismo, la guerra contra el cannabis y otras drogas consume gran parte de los recursos gubernamentales. Por otro lado, la necesidad de ingresos económicos lleva a algunos países a explorar el potencial económico del cannabis y considerar su regulación para generar ingresos y estabilidad socioeconómica.

3.2. Otras plantas psicoactivas: No se encontraron revisiones o estudios primarios que evaluaran el impacto de la implementación de políticas asociadas al consumo de hongos con propiedades psicoactivas y sus derivados, ayahuasca, coca, amapola, mezcalina, Iboñaína, yohimbina en los sistemas de salud.

¿Qué consideraciones de implementación deben tenerse en cuenta?

Facilitadores generales

- La formulación e implementación de políticas de drogas con enfoque en reducción de daños, gracias a los esfuerzos de distintos activistas, grupos de expertos y pacientes que han llevado el tema al debate público.
- Reconocimiento de la hoja de coca como sustancia con gran relevancia cultural y médica en los indígenas de las zonas andinas.
- La implementación de medidas encaminadas a educar y supervisar el consumo de drogas en personas con problemas de adicción o con determinadas condiciones en salud.

Barreras generales

- Las medidas prohibicionistas en torno al uso de sustancias psicoactivas, puesto que crean impedimentos legales para el acceso por parte de pacientes que las requieren por sus propiedades medicinales y de las comunidades en las cuales su uso forma parte de su identidad cultural.
- El alto costo de la psilocibina, a pesar de haber sido aprobada para algunas condiciones en algunos países, no es cubierta por el sistema de salud y esto dificulta el acceso por parte de los pacientes.

Estrategias de implementación generales

- Desarrollar estrategias de mitigación de riesgos, reducción de daños y control de la seguridad que puedan aplicarse de forma significativa en medio de las estructuras reguladoras que se proponen para el uso legal de psicodélicos.
- Desarrollar alianzas público-privadas que permitan aprovechar las capacidades de los organismos gubernamentales y las contribuciones de un consorcio formado por las partes interesadas de la sociedad civil que promueven e informan estos esfuerzos.
- *Categoría- Intervenciones dirigidas a organizaciones sanitarias*
- Los programas de prevención se deberían basar en pruebas disponibles sobre su efectividad y costo-efectividad y cumplir con estándares internacionales mínimos de calidad. Los objetivos de la prevención del uso de drogas deberían ser realistas y basarse en una evaluación sincera de las realidades locales y los recursos disponibles. Asimismo, se deberían centrar en minimizar los factores de riesgo y reforzar los factores protectores en la vida de las personas y los grupos destinatarios.
- Los programas de prevención del consumo de drogas deberían ser objeto de evaluaciones científicas de procesos y resultados a corto y largo plazo, con el fin de evaluar la efectividad y el impacto de las intervenciones, y crear planes de mejora.

Consideraciones de implementación para la planta de cannabis

Dos revisiones sistemáticas de baja calidad y dos estudios primarios de alta calidad contenían información sobre barreras y facilitadores para la opción 3, ninguno describió estrategias de implementación.

Opción 3

- **Facilitadores a nivel del sistema, organizacional e individual:** a nivel del sistema encontramos la despenalización y legalización parcial del uso personal y el cultivo privado de marihuana, la implementación de disposiciones específicas para la MM, la investigación sobre los impactos de las políticas de drogas y el consumo de cannabis, el establecimiento de programas educativos preventivos de seguridad vial sobre el manejo de vehículos automotores bajo el efecto del cannabis y la implementación de una estrategia integral dirigida a fortalecer los programas de educación y prevención en adolescentes sobre uso del cannabis. A nivel organizacional e individual está apoyar las coaliciones comunitarias para adoptar intervenciones basadas en la evidencia mejorando la salud de los adolescentes.
- **Barreras a nivel del sistema, organizacional e individual:** a nivel del sistema se reporta la falta de claridad en la legislación acerca del cannabis y de instalaciones de tratamiento, educación y rehabilitación adecuadas y suficientemente financiadas. A nivel organizacional e individual se encontró que los profesionales de la salud tenían reservas para apoyar la legalización del uso de MM, percibían altos riesgos asociado a su uso y no sentían confianza al hablar con los pacientes sobre los beneficios y riesgos.

Cuadro 1. Antecedentes del resumen de evidencia

Este resumen moviliza la evidencia científica global y local sobre un problema, tres elementos para abordarlo y las consideraciones claves para su implementación. Siempre que sea posible, el resumen de evidencia sintetiza la evidencia científica obtenida de revisiones sistemáticas de la literatura y, en ocasiones, de estudios de investigación individuales. Una revisión sistemática es un resumen de estudios que abordan una pregunta claramente formulada utilizando métodos estructurados y explícitos para identificar, seleccionar y evaluar los estudios de investigación, con una posterior recopilación de los datos de los estudios incluidos. El resumen de evidencia no contiene recomendaciones que requieran que los autores emitan juicios basados en sus valores y preferencias personales, evitando anticiparse a las deliberaciones sobre cuáles son los valores y preferencias importantes para realizar dichos juicios.

La preparación del resumen de evidencia involucra cinco pasos:

- 1.** *Realizar un contacto entre la Unidad de Evidencia y Deliberación para la Toma de Decisiones (UNED) de la Universidad de Antioquia y la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (MSPS);*
- 2.** *Desarrollar y perfeccionar los términos de referencia del resumen de evidencia, de acuerdo con las necesidades del tomador de decisiones. Esto involucra en especial el alcance del problema y las opciones para abordarlo;*
- 3.** *Identificar, seleccionar, evaluar y sintetizar la evidencia relevante acerca del problema, opciones y consideraciones para la implementación;*
- 4.** *Redactar el resumen de evidencia de tal manera que la evidencia científica recolectada se presente de manera concisa y en un lenguaje asequible; y*
- 5.** *Finalizar el resumen de evidencia incorporando las sugerencias y conocimientos de varios revisores de méritos.*

Los tres elementos para abordar el problema pueden buscarse simultáneamente o de forma secuencial, y cada elemento puede recibir mayor o menor atención con respecto a los demás, de acuerdo con la evidencia disponible.

Este documento fue preparado para informar un diálogo posterior entre actores interesados en este tema, contexto en el cual la evidencia científica es una de muchas consideraciones. Las opiniones y experiencias de los participantes y el conocimiento tácito que aportarán a los temas en cuestión son fundamentales. Estos diálogos tienen como objetivos generar ideas, las cuales sólo pueden surgir cuando todos aquellos que participarán o se verán afectados por las futuras decisiones alrededor del tema, se sienten a trabajar juntos. Además, generar acciones por parte de quienes participarán en estos espacios y revisarán el resumen del diálogo y los videos de los participantes.

PROBLEMA

A partir de la década de los 60's, la comunidad internacional adoptó un enfoque prohibicionista para hacer frente al uso y comercialización de sustancias psicoactivas. Por medio de la Convención Única sobre Estupefacientes de Naciones Unidas (1961), los estados firmantes (entre ellos Colombia) adoptaron una normativa internacional que pretendió restringir la posesión, consumo, comercio, distribución, importación, exportación, fabricación y producción de drogas con propiedades psicoactivas con fines médicos y científicos. Esto llevó a la clasificación de las sustancias psicoactivas en cuatro listas, según su riesgo y potencial de adicción. El cannabis, la hoja de coca, el opio, la psilocibina, la ibogaína, y la mezcalina en estas listas, por ende, están sujetas a fiscalización internacional. En el 2020, el gobierno colombiano aprobó la resolución 315 por medio de la cual se actualizaron los listados de sustancias sometidas a fiscalización en el país, incluyendo las sustancias nombradas anteriormente.

Sin embargo, diferentes organizaciones no gubernamentales y algunos estados alrededor del mundo han propuesto y adoptado enfoques alternativos menos restrictivos, más participativos y basados en el control de daños para regular la producción, acceso y consumo de las sustancias psicoactivas. El gobierno de Bolivia, por ejemplo, desarrolló un enfoque participativo para la regulación de la producción de hoja de coca, teniendo como eje los derechos fundamentales de los campesinos cocalleros. En Denver (EE. UU.) se celebró un referendo que legalizó el uso de psilocibina para el tratamiento de diferentes condiciones clínicas, acompañado de estrategias y acciones encaminadas a educar a la población acerca de la efectividad, seguridad y los usos de la sustancia.

En Colombia, luego del cambio de Gobierno Nacional en 2022, la agenda política nacional busca un cambio de enfoque en las políticas de drogas. En el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026, se propone la formulación e implementación de una política nacional de drogas que supere el prohibicionismo y esté basada en un enfoque participativo y territorial que permita resolver las causas estructurales de este problema (12).

Por esta razón, el Gobierno Nacional enfrenta la necesidad de identificar, formular e implementar diferentes acciones que permitan hacer un uso adecuado de las sustancias psicoactivas cuando estas puedan ser de utilidad para tratar distintas condiciones de salud, al mismo tiempo que respete las garantías y derechos de los pacientes y distintas comunidades que tienen algún tipo de arraigo cultural con las sustancias ancestrales para ellos (por ejemplo, la hoja de coca para algunas tribus indígenas).

Este resumen de evidencia hace parte de una serie de publicaciones sobre las plantas con propiedades psicoactivas: hongos psilocibios, ayahuasca (yagé), mezcalina (peyote), Ibogaína, amapola, yohimbina y cannabis. Se presenta información respecto a:

- 1) los usos terapéuticos y otros usos de estas sustancias psicoactivas;
 - 2) las estrategias para la incorporación de políticas y lineamientos enfocados en los sistemas de salud relativos al uso de estas sustancias; y
 - 3) el impacto de las distintas políticas o programas enfocados en el manejo de drogas sobre los sistemas de salud.
- Finalmente, se expone la evidencia sobre algunas consideraciones para la implementación como barreras, facilitadores y estrategias de implementación para cada uno de estos aspectos.

Opiniones de los ciudadanos sobre los desafíos clave relacionados con el uso de plantas con propiedades psicoactivas y sus derivados en sistemas de salud

Se realizó un panel de ciudadanos el 11 de octubre del 2024 que tuvo lugar en San Juan de Putumayo en el Cabildo Indígena Mayor Inga. La invitación a participar del evento fue compartida a través de WhatsApp por un miembro de la comunidad designado por la Gobernación del Cabildo y estaba dirigida a los ciudadanos que quisieran aportar sus opiniones frente al tema. Un total de 33 personas asistieron al evento. Una semana antes de la realización del panel, se les envió una versión del resumen de evidencia en lenguaje simple y una serie de videos cortos preparados a partir del resumen de evidencia general.

El panel fue moderado por integrantes de la UNED e incluyó deliberación sobre el problema, los tres elementos y consideraciones de implementación, con el objetivo de proporcionar un espacio para compartir y debatir sus opiniones sobre el tema, con la garantía de usar la información utilizada durante la reunión, con la condición de no revelar ni la identidad ni la afiliación de los participantes. El panel fue grabado previo consentimiento de los participantes y algunos integrantes de la UNED realizaron la relatoría del evento.

En la Tabla 1 se resumen los principales desafíos y percepciones identificados por los ciudadanos frente al problema. Los asistentes al panel expresaron preocupaciones sobre la industrialización y comercialización de estas plantas, así como la importancia del rol de los taitas y la preservación de los usos tradicionales.

Tabla 1. Resumen de las opiniones y experiencias de los ciudadanos acerca del problema

Percepciones y desafíos	Descripción
Respeto a los Usos Tradicionales	La comunidad rechaza el uso de la planta para fines industriales, comerciales o recreativos que no sean medicinales o espirituales. Consideran que estos usos desvirtúan el propósito sagrado de la planta.
Riesgos de Industrialización y Comercialización	Existe preocupación sobre la industrialización de la planta, lo que podría llevar a su uso en la producción de drogas ilícitas. También creen que la comercialización fuera de su contexto cultural y sin supervisión adecuada de los taitas puede tener graves consecuencias para los consumidores, incluyendo efectos adversos graves.
Papel de los Taitas	Solo los taitas deben manejar la planta. La comunidad advierte sobre personas que se hacen pasar por taitas, especialmente en el extranjero, lo cual ha llevado a incidentes peligrosos.
Protección Cultural	La planta representa una parte fundamental de la cultura y la medicina ancestral. Su uso para otros fines, como fertilizantes o productos cosméticos, es visto como una amenaza a la preservación de la medicina tradicional y al uso sagrado de la planta.

TRES ELEMENTOS PARA ABORDAR EL PROBLEMA

Aunque pueden existir muchas aproximaciones para deliberar acerca de los usos de sustancias psicoactivas y las políticas formuladas para sus usos en los sistemas de salud, en esta sección decidimos presentar tres elementos potenciales de una aproximación comprehensiva para abordar el problema. Los tres elementos fueron desarrollados y refinados a través de consultas con el comité directivo y los informantes clave que entrevistamos durante el desarrollo de este resumen de evidencia.

Los elementos son:

- **Elemento 1.** Identificar la evidencia sobre los usos de las plantas con propiedades psicoactivas
- **Elemento 2.** Estrategias para la incorporación de políticas y lineamientos en los sistemas de salud de las plantas de Coca, Amapola, Ayahuasca (Yagé) y hongos con propiedades psicoactivas y sus derivados.
- **Elemento 3.** Identificar la evidencia sobre los posibles impactos de la incorporación de políticas y lineamientos en los sistemas de salud sobre las plantas de Cannabis, Coca, Amapola, Ayahuasca (Yagé), hongos con propiedades psicoactivas y sus derivados, mezcalina, Ibogaína y yohimbina.

Los elementos pueden considerarse por separado o en conjunto, o podrían extraerse componentes de cada uno para crear un nuevo (cuarto) elemento. Se presentan por separado para fomentar las deliberaciones sobre sus componentes, la importancia o prioridad relativa de cada uno, su interconexión, el potencial o la necesidad de secuenciarlos y su viabilidad. El enfoque principal en esta sección es revisar lo que se sabe de estos elementos basados en los resultados de las revisiones sistemáticas y, en algunos casos, estudios primarios o reportes.

Los resultados completos de la serie Uso de sustancias psicoactivas en sistemas de salud pueden ser consultados por sustancia psicoactiva en los siguientes documentos: Ayahuasca, Cannabis, Hongos psilocibios, Mezcalina e Ibogaína, y Hoja de Coca y Amapola.

También se remite a una publicación anterior donde se evaluaron los elementos 1 y 2 asociados a cannabis: “Resumen de evidencia: Consideraciones para el uso del Cannabis medicinal: Fiscalización, efectividad, seguridad y apoyo para pacientes, profesionales y comunidad”.

Cuadro 2. Movilizando la evidencia de investigación acerca de los elementos para abordar el problema

La búsqueda de evidencia científica se realizó en PubMed, EMBASE, BIREME y SCIELO.

Los resultados de las búsquedas de bases de datos fueron evaluados por dos revisores para la inclusión por título y resumen. Además, fueron revisados portales de recursos sobre el tema en organizaciones internacionales.

Luego se hizo simultáneamente la revisión en texto completo, la extracción de la información y la evaluación de la calidad.

Para cada revisión sistemática incluida en la síntesis se documentó el enfoque de la revisión, los hallazgos clave, el año de la última búsqueda de la literatura (como un indicador de cuán reciente es), la información sobre beneficios, riesgos, costos, y la proporción de estudios realizados en Colombia y Latinoamérica. Para los artículos primarios; el diseño del estudio, el enfoque, la metodología empleada, los hallazgos clave, la información sobre beneficios, riesgos, costos, el país de procedencia. Para los recursos web; el tipo de recurso, el país de procedencia, la organización o autor y los hallazgos principales.

La calidad de la evidencia se evaluó con el instrumento AMSTAR II para las revisiones y las herramientas de Joanna Briggs Institute para los artículos primarios.

Luego se utilizó esta información extraída, para desarrollar una síntesis de los hallazgos clave de los recursos incluidos.

La extracción de información completa puede ser consultada en los Anexos 1- 4. Las estrategias de búsqueda en el Anexo 5 y la evaluación de calidad en el Anexo 6.

Valores y preferencias de los ciudadanos relacionados con los tres elementos

La Tabla 2 presenta un resumen de los valores y preferencias de los ciudadanos acerca de los elementos clave considerados para abordar el problema. Se destacan el valor cultural y espiritual de la ayahuasca, el reconocimiento necesario del conocimiento ancestral y la necesidad de políticas que limiten su uso a contextos tradicionales.

Tabla 2. Resumen de las opiniones y experiencias de los ciudadanos acerca de los elementos

Elemento	Percepciones y desafíos	Descripción
Elemento 1	Ayahuasca como Planta Sagrada y Medicinal:	La comunidad Inga considera la ayahuasca una planta con propiedades curativas y espirituales, pero creen que debe ser administrada exclusivamente por los taitas (médicos tradicionales) para asegurar un uso seguro y efectivo, evitando efectos adversos graves.
	Reconocimiento del Conocimiento Ancestral:	La comunidad valora más el conocimiento espiritual y ancestral que los estudios científicos. Para ellos, la planta tiene un valor sagrado que va más allá de la evidencia científica.
	Riesgos de Usos Inadecuados:	Existe una preocupación por los efectos adversos, incluso letales, si la ayahuasca se utiliza fuera del contexto adecuado. Los taitas son quienes poseen el conocimiento para manejar estos riesgos y tratar posibles efectos adversos.
Elemento 2	Restricciones para Uso y Comercialización:	La Ayahuasca debe usarse solo en contextos comunitarios bajo la administración de los taitas. La comunidad rechaza su comercialización y uso indiscriminado, temiendo su prohibición si se extiende fuera de su contexto medicinal.
	Necesidad de Reconocimiento del Gobierno:	La comunidad expresa la necesidad de que el gobierno reconozca oficialmente el papel de los taitas y el valor de sus conocimientos ancestrales. Este reconocimiento sería esencial para proteger la planta y evitar su uso indebido fuera de la comunidad.
	Preocupación por el Uso Inadecuado y los Falsos Taitas:	Existe una inquietud sobre personas que se hacen pasar por taitas para comercializar la medicina, lo que podría llevar a un mal uso y efectos adversos. La comunidad señala que este fenómeno es especialmente preocupante en lugares como Medellín, donde el libre comercio de la Ayahuasca se ha vuelto más popular.
	Solicitudes de Protección Legal:	Los participantes solicitan que el gobierno emita regulaciones específicas para evitar que la Ayahuasca sea comercializado o usado sin supervisión. Quieren medidas que protejan el uso de la planta dentro de sus comunidades y que eviten la monetización de esta medicina sagrada.
	Impacto de la Monetización en la Percepción Pública:	Hay una preocupación de que la monetización y el uso inadecuado de la Ayahuasca afecten negativamente la percepción pública, llevando a su prohibición o desprestigio. Los participantes resaltan que, dentro de su comunidad, la Ayahuasca se usa sin fines lucrativos y como un acto de agradecimiento.

Opción 1. Identificar la evidencia sobre los usos de las sustancias con propiedades psicoactivas

Resultados de la búsqueda de la evidencia

Mediante la búsqueda de la literatura se identificaron 143 reportes en bases de datos. Durante la evaluación en texto completo se excluyeron 48 reportes (tres no fueron encontrados en texto completo, dos por el lenguaje de la publicación, 11 por no abordar las intervenciones de interés, 26 por no corresponder a síntesis sistemáticas y seis por no evaluar desenlaces de interés).

Se realizó evaluación de la calidad con AMSTAR II en los 95 reportes seleccionados, encontrándose dos revisiones sistemáticas de alta calidad (13-14), trece de moderada calidad (15-27), diez de baja calidad (28-37), Cuarenta y cuatro de calidad críticamente baja (38-81); adicionalmente una revisión de alcance de alta calidad (82), tres de calidad moderada (83-85), dieciocho de baja calidad (86-103), y cuatro de calidad críticamente baja (104-107).

La **Tabla 1** representa las revisiones sistemáticas encontradas para esta opción y su calidad identificada por colores (Alta en verde; Moderada en amarillo; Baja en naranja; y Críticamente baja en rojo).

La información contenida en la serie proviene de treinta y dos revisiones sistemáticas, incluyendo dos de alta calidad (13-14), cinco de moderada calidad (16,17,23,24,27), cuatro de baja calidad (28,35-37), diez y seis de calidad críticamente baja (21,46,48,55-58,62,63,65-67,70,73,79,81); una revisión de alcance de alta calidad (82), una de moderada calidad (85), dos de baja calidad (88,103) y una de calidad críticamente baja (104).

La selección de estos documentos se realizó teniendo en cuenta tres criterios: 1) la condición evaluada; 2) el año de publicación; y 3) la calidad de la evidencia (la evidencia proviene de las revisiones más recientes y de mejor calidad).

Hallazgos clave sobre la Opción 1

Usos terapéuticos de las plantas de coca, amapola, ayahuasca (Yagé) y hongos con propiedades psicoactivas (incluyendo alucinógenos) y sus derivados

Psilocibina

La evidencia proviene de veinte revisiones sistemáticas y dos de alcance. Existe incertidumbre frente a la efectividad del uso de psilocibina para múltiples condiciones dada por la calidad moderada, baja y críticamente baja de la mayoría de los estudios encontrados.

- Existe evidencia sobre los beneficios del uso de psilocibina en terapia asistida inmediata para pacientes con trastorno depresivo (TD) mayor recurrente al ser comparada con pacientes en lista de espera de 8 semanas para este tratamiento, con mejoría de los síntomas depresivos a las semanas 1 y 4 y a los meses 6 y 12. No se encontraron diferencias para estos síntomas al compararse el uso de la psilocibina con el escitalopram a la semana 6. El resto de la evidencia proviene de estudios no controlados en los cuales se documentaron mejorías en síntomas depresivos.
- En trastornos de la salud mental secundarios a enfermedades sistémicas, principalmente cáncer, el uso de psilocibina comparado con niacina o con dosis muy bajas de psilocibina (como placebo), mejora los síntomas depresivos y de ansiedad asociados al cáncer. Estos beneficios se mantuvieron a largo plazo (4,5 años). También se encontraron mejorías en síntomas de estrés postraumático, síndrome de estrés postraumático (PTSD) y calidad de vida.

- Los resultados fueron contradictorios para los desenlaces de alteraciones del estado de ánimo y eventos suicidas, aunque algunos estudios reportaron mejoría en la ideación suicida e intento suicida, este efecto se perdió si se consumía psilocibina con otros psicodélicos.
- No se encontraron diferencias para pruebas de rendimiento neurocognitivo.
- La evidencia en trastornos por uso de sustancias (TUS) proviene de pocos estudios de antes y después, donde se encontraron beneficios en los síntomas de abstinencia y disminución del deseo de consumo en participantes con dependencia a alcohol y tabaquismo.
- Se encontraron resultados contradictorios para los desenlaces de síntomas asociados a trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).
- La evidencia es insuficiente para determinar si existen beneficios del uso de psilocibina en trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y trastorno dismórfico corporal (TDC)
- La psilocibina podría tener beneficios para el manejo profiláctico y abortivo de la cefalea en racimos y la migraña.
- Los eventos adversos (AE) reportados en la literatura son principalmente síntomas gastrointestinales como náuseas y vomito, neurológicos como cefalea (a corto y largo plazo), psicológicos como episodios de ansiedad aguda o paranoia transitoria y cardiovasculares como aumento de la presión arterial. Todos se resolvieron sin intervención médica.

Ayahuasca

La calidad baja y críticamente baja de la mayoría de los estudios encontrados limita la certeza del papel de la ayahuasca en el tratamiento de diversas condiciones médicas.

- Al ser comparada con placebo, el uso de ayahuasca en pacientes con TD presenta beneficios en la reducción de los síntomas depresivos a una semana. Existen posibles beneficios sobre el estado de ánimo y el riesgo suicida.
- La evidencia es limitada (un pequeño ECA) en trastornos de ansiedad sin encontrarse beneficios de su uso en esta condición.
- El uso ayahuasca podría tener beneficios en TCA, aunque la evidencia es muy limitada (tres estudios retrospectivos pequeños).
- Podrían existir beneficios de la ayahuasca en TUS, pero la evidencia es limitada y proviene escasos estudios observacionales retrospectivos.
- Entre los AE agudos de la ayahuasca los síntomas más frecuentes son los gastrointestinales (nausea y vómito) y neurológicos (cefalea y mareos).

Hoja de coca y amapola

- No se encontraron revisiones sistemáticas sobre usos terapéuticos de las plantas de coca y amapola.
- El uso de opio está asociado con enfermedad cerebrovascular isquémica (ECV) y mortalidad, pero no con discapacidad por ECV.
- No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en HbA1C al comparar el abuso con el no abuso de opio.
- El uso patológico de opioides se encontró asociado con el comportamiento suicida no fatal (autoagresión) en un estudio iraní.

Usos en alimentos y bebidas, incluyendo bebidas alcohólicas, de las plantas de cannabis, coca, amapola, ayahuasca (Yagé) y hongos con propiedades psicoactivas (incluyendo alucinógenos) y sus derivados

No se encontraron revisiones sistemáticas sobre usos en alimentos y bebidas de hongos psilocibios, planta de coca, amapola y planta de cannabis.

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tabla 3. Revisiones sistemáticas según sustancia y condición

Condición	Adicción	Depresión	Ansiedad	TOC	Trastornos mentales secundarios a enfermedad	Funcionamiento neuropsicológico y otros efectos psicológicos y psiquiátricos	Efectos adversos	Farmacocinética y farmacodinámica
Ayahuasca	Sharma et al., 2023	Galvão-Coelho et al., 2021	Galvão-Coelho et al., 2021	Khan et al., 2023 ¹		Ko et al., 2022	Breeksema et al., 2022	
	Rodríguez et al., 2021	Leger et al., 2022	Leger et al., 2022	Wong et al., 2023 ³		Wong et al., 2023	2023_Evens	
	Breeksema et al., 2020	Breeksema et al., 2020	Breeksema et al., 2020	Breeksema et al., 2020 ¹		Golden et al., 2022	Houle et al 1., 2021	
	Wong et al., 2023	Wong et al., 2023	Wong et al., 2023	Romeo et al., 2021 ¹		Goldberg et al., 2020	dos Santos et al., 2017	
	Gómez-Busto et al., 2020	Romeo et al., 2020	dos Santos et al., 2016	Bender et al., 2022 ¹		Costa et al., 2023		
	Romeo et al., 2021	dos Santos et al., 2016	Gómez-Busto et al., 2020	Van Amsterdam et al., 2022 ¹		O'callaghan et al., 2020		
	Bender et al., 2022	Gómez-Busto et al., 2020	Romeo et al., 2021	Zeifman et al., 2021 ²		Bouso et al., 2018		
	Calleja-Conde et al., 2022	Romeo et al., 2021	Bender et al., 2022	dos Santos et al., 2018 ¹		dos Santos et al., 2016		
	Nunes et al., 2016	Bender et al., 2022	vanAmsterdam et al., 2022	Ledwos et al., 2023 ³		Basedow et al., 2021		
	Begola et al., 2019	Rosenblat et al., 2023	Evens et al., 2023			Jungaberle et al., 2018		
	dos Santos et al., 2016	Evens et al., 2023	Muttoni et al., 2019			Aday et al., 2021		
	Andersen et al., 2020	Kuburi et al., 2022	dos Santos et al., 2016			Evens et al., 2023		
	Aday et al., 2020	Sakurai et al., 2022	Andersen et al., 2020			Gonçalves et al., 2023		
	dos Santos et al., 2018	Ko et al., 2023	Rucker et al., 2016					
	Novak et al., 2023	Aday et al., 2020						
	Begola et al., 2019	dos Santos et al., 2018						
	Muttoni et al., 2019							
	dos Santos et al., 2016							
	Andersen et al., 2020							
	Rucker et al., 2016							
	Aday et al., 2020							
	dos Santos et al., 2018							
Mezcalina	Wong et al., 2023	Wong et al., 2023	Wong et al., 2023	Wong et al., 2023 ¹		Wong et al., 2023	2023_Evens	Henríquez-Hernández et al., 2023
	Calleja-Conde et al., 2022	Rosenblat et al., 2023		Zeifman et al., 2021 ²		Golden et al., 2022		
				Basedow et al., 2021 ²		Evens et al., 2023		
						Basedow et al., 2021		
Ibogaína/ Noribogaína	Sharma et al., 2023	Breeksema et al., 2020	Breeksema et al., 2020	Breeksema et al., 2020 ¹		Polito y Liknaitzky, 2022	Ona et al., 2022	
	Breeksema et al., 2020	Wong et al., 2023	Wong et al., 2023	Wong et al., 2023 ¹		Wong et al., 2023	Doyle et al., 2022	
	Wong et al., 2023	Kock et al., 2022	Kock et al., 2022	Zeifman et al., 2021 ²				
	Kock et al., 2022	Begola et al., 2019						
	Begola et al., 2019							
Opio				Breet et al., 2018 ²			Breet et al., 2018	
							Mardi, 2022	
							Ojo et al., 2018	
Yohimbina				Herteinstein et al., 2021 ³				

¹ TOC

² Riesgo y comportamiento suicida

³ Fobias específicas

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Condición	Adicción	Depresión	Ansiedad	TOC	Trastornos mentales secundarios a enfermedad	Funcionamiento neuropsicológico y otros efectos psicológicos y psiquiátricos	Efectos adversos	Farmacocinética y farmacodinámica
Psilocibina	Sharma et al., 2023	Kisely et al., 2023	Kisely et al., 2023	Kisely et al., 2023 ¹	Yu et al., 2021	Ko et al., 2022	Breeksema et al., 2022	Henríquez-Hernández et al., 2023
	Horton et al., 2021	Galvão-Coelho et al., 2021	Leger et al., 2022	2023_Khan ⁴	Lehto et al., 2022	Polito y Liknaitzky, 2022	Aday et al., 2021	Sarparast et al., 2022
	Breeksema et al., 2020	Horton et al., 2021	Galvão-Coelho et al., 2021	Horton et al., 2021 ¹	Maia et al., 2022	Costa et al., 2023	Verstegen et al., 2020	
	van der Meer et al., 2023	Perez et al., 2023	Horton et al., 2021	Breeksema et al., 2020 ¹	Reiche et al., 2018	Goldberg et al., 2020	Doyle et al., 2022	
	Gómez-Busto et al., 2020	Goldberg1 et al., 2020	Goldberg1 et al., 2020	Romeo et al., 2021 ¹	Vargas et al., 2020	Bonnieux et al., 2023	Evens et al., 2023	
	Bender et al., 2022	Li et al., 2022	Breeksema et al., 2020	Bender et al., 2022 ¹	Schimmers et al., 2021	Golden et al., 2022		
	Romeo et al., 2021	Leger et al., 2022	IsHak et al., 2023	Van Amsterdam et al., 2022 ¹	Crowe et al., 2023	O'callaghan et al., 2020		
	vanAmsterdam et al., 2022	Yu et al., 2022	Gómez-Busto et al., 2020	Hodge et al., 2023 ¹	Rosset al., 2018	Bouso et al., 2018		
	Hodge et al., 2023	Breeksema et al., 2020	Romeo et al., 2021	Zeifman et al., 2021 ²	Sicignano et al., 2023	Trope et al., 2019		
	Evens et al., 2023	Simonsson et al., 2023	Bender et al., 2022	Thomas et al., 2017 ¹	White et al., 2023	Basedow et al., 2021		
	Crowe et al., 2023	Romeo et al., 2020	vanAmsterdam et al., 2022	dos Santos et al., 2018 ¹	Wang et al., 2023	2023_Crowe		
	Calleja-Conde et al., 2022	IsHak et al., 2023	Hodge et al., 2023	Castro Santos et al., 2021 ¹	Evens et al., 2023	Jungaberle et al., 2018		
	Begola et al., 2019	Gómez-Busto et al., 2020	Evens et al., 2023	Evens et al., 2023 ¹		Irizarry et al., 2023		
	Cavarra et al., 2022	Romeo et al., 2021	Weston et al., 2020	Ledwoś et al., 2023 ⁴		Rocha et al., 2019		
	dos Santos et al., 2016	Bender et al., 2022	Muttoniet al., 2019	Rusanen et al., 2022 ⁵		Aday et al., 2021		
	Andersen et al., 2020	vanAmsterdam et al., 2022	dos Santos et al., 2016			Evens et al., 2023		
	Aday et al., 2020	Hodge et al., 2023	Andersen et al., 2020					
	Thomas et al., 2017	Rosenblat et al., 2023	Aday et al., 2020					
	dos Santos et al., 2018	Evens et al., 2023	Thomas et al., 2017					
	Castro Santos et al., 2021	Crowe et al., 2023	dos Santos et al., 2018					
	Phan et al., 2023	Cao et al., 2019	Castro Santos et al., 2021					
		Psiuk et al., 2021						
		Kuburi et al., 2022						
	Psiuk et al., 2022							
	Sakurai et al., 2022							
	Dawood Hristova et al., 2023							
	Lee et al., 2023							
	Wieckiewicz et al., 2021							
	Ko et al., 2023							

⁴ TCA y TCD

⁵ Cefaleas

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

		Begola et al., 2019 Cavarra et al., 2022 Muttoni et al., 2019 dos Santos et al., 2016 Andersen et al., 2020 Aday et al., 2020 Thomas et al., 2017 dos Santos et al., 2018 Castro Santos et al., 2021					
Opio			Breet et al., 2018 ²			Breet et al., 2018 Mardi, 2022 Ojo et al., 2018	
Yohimbina			Herteinstein et al., 2021 ⁶				

⁶ Fobias específicas

Otros usos de las plantas de cannabis, coca, amapola, ayahuasca (Yagé) y hongos con propiedades psicoactivas (incluyendo alucinógenos) y sus derivados

Psilocibina

- Se documentaron posibles beneficios del uso de psilocibina en participantes sanos en las pruebas neuropsicológicas sobre calidad de vida.
- Los resultados del uso de psilocibina en participantes sanos en las pruebas de funcionamiento neuropsicológico sobre estado de ánimo y ansiedad son contradictorios.

Ayahuasca

- La evidencia es escasa, pero reporta posibles beneficios en participantes sanos en las pruebas neuropsicológicas sobre indicadores generales de psicopatología y síntomas depresivos.
- Los resultados en pruebas neuropsicológicas de creatividad, atención y regulación emocional son contradictorios. No se han encontrado beneficios en las pruebas neuropsicológicas de bienestar y calidad de vida y pruebas sobre ansiedad.

Hoja de coca y amapola

No se encontraron revisiones sistemáticas sobre otros usos de las plantas de coca y amapola.

Otras sustancias con propiedades psicoactivas con potencial utilidad terapéutica, en alimentos y bebidas, que están siendo empleadas en otros países

Mezcalina

La evidencia sobre mezcalina proviene de ocho revisiones sistemáticas de calidad críticamente baja a baja.

- La evidencia sobre mezcalina es escasa. En pacientes con diversos trastornos mentales y TUS se ha encontrado mejoría en las relaciones interpersonales, la comprensión de la enfermedad y algunos síntomas vegetativos y psicóticos.
- Existen resultados contradictorios en el efecto de consumo de alcohol en pacientes con TUS con el uso de mezcalina.
- El uso de mezcalina no se ha asociado con diferencias significativas en diversas pruebas de funcionamiento neuropsicológico.
- Entre los AE asociados al uso de mezcalina los más frecuentemente reportados corresponden a alteraciones gastrointestinales y psicológicas.

Ibogaína

La evidencia sobre Ibogaína y Noribogaína proviene de nueve revisiones sistemáticas de calidad críticamente baja a moderada.

- En pacientes con TUS se ha documentado mejoría en las relaciones interpersonales, estado de ánimo y abstinencia. Además, disminución en el deseo de consumo y síntomas relacionados con el uso de sustancias.
- El uso de Ibogaína no ha sido asociado con diferencias significativas en diversas pruebas de funcionamiento neuropsicológico.
- Entre los AE asociados al uso de Ibogaína los más frecuentemente reportados corresponden a alteraciones gastrointestinales y neurológicas. Se han documentado AE graves incluyendo prolongación del QT y requerimiento de admisión a UCI e incluso muerte, aunque en estos casos se ha documentado uso concomitante de otras sustancias como heroína, opioides y cannabis.

Yohimbina

- El uso de yohimbina como potenciador de la psicoterapia en el tratamiento de claustrofobia y TEPT puede tener beneficios en la reducción de la ansiedad.
- La evidencia sobre el uso de yohimbina como potenciador de la psicoterapia en la fobia a volar presenta resultados controversiales en cuanto a sus beneficios en la reducción de los síntomas de ansiedad.

Reporte de otros usos (diferentes a los terapéuticos) de las plantas y derivados de plantas con propiedades psicoactivas

Dado que la evidencia proveniente de revisiones sistemáticas sobre usos en alimentos, bebidas y otros usos diferentes a los terapéuticos de la hoja de coca, amapola, cannabis y ayahuasca es muy escasa; se determinó mediante la estrategia de búsqueda realizada, identificar adicionalmente los estudios primarios y revisiones no sistemáticas que reportaran estos usos como parte de un análisis exploratorio que muestre los campos en investigación en los cuales es necesario hacer estudios más exhaustivos. Se encontraron un total de 119 estudios (entre estudios primarios, revisiones sistemáticas y otras revisiones) con este objetivo. La visualización gráfica de estos hallazgos puede ser consultada en el EGM Otros usos de plantas con propiedades psicoactivas.

Entre la evidencia encontrada, cannabis, kratom, hongos, coca, sanguinarine y salvia fueron las sustancias sobre las que se reportaron de forma más frecuente diversos usos (41, 12, 8, 7, 6 y 5 estudios respectivamente). Otras sustancias que fueron informadas en menos de cinco estudios incluyeron ayahuasca, hamalas, celidonia mayor o golondrina, entre otras.

Para el caso del cannabis, la investigación biomédica (12 estudios), cosmética e higiene (5 estudios) y el uso tradicional (4 estudios) fueron los usos más comunes. Otros usos reportados fueron alimentos y bebidas; construcción, energética y textil.

Para la planta Kratom, la investigación biomédica y el uso tradicional fueron los únicos usos encontrados (8 y 4 estudios respectivamente).

Finalmente, para la hoja de coca se evidenció que sus principales usos fueron en las categorías: alimentos y bebidas, uso tradicional, investigación biomédica y agricultura (3, 2, 1 y 1 estudio, respectivamente).

Usos más frecuentes de las plantas psicoactivas

Se destacan dentro de los usos más comunes el uso tradicional (43 estudios), la investigación biomédica y farmacéutica (40 estudios); y los alimentos y bebidas (10 estudios).

En el uso tradicional, como medicina tradicional y uso religioso, las sustancias más utilizadas fueron la salvia, la ayahuasca, la planta kratom y el cannabis.

Respecto a la investigación biomédica y farmacéutica, en las enfermedades psiquiátricas y como analgésicos se describieron los principales usos para el cannabis, kratom, hongos, sanguinarine y celidonia mayor o golondrina (12, 8, 5, 4 y 4 estudios, respectivamente). Dentro de otros usos en este campo resaltan: 1) anestésico (coca y kratom), 2) anticancerígeno (amapola y hongos), antidepresivo (cannabis y kratom), antimicrobiano (sanguinarine, celidonia mayor o golondrina), antiviral (kratom y celidonia mayor o golondrina) y para enfermedades neurológicas (cannabis).

En lo relacionado a alimentos y bebidas, el uso en los aspectos asociados a la nutrición ocupó el lugar más frecuente y se reportaron dos estudios en los que se utilizó cannabis y amapola. Entre otros se encontraron, por ejemplo, los suplementos, té, goma de mascar (coca) y como especia (nuez moscada).

Los diferentes documentos de la serie también proveen alguna información sobre la farmacología de las diferentes sustancias (ver **tabla 2**).

Tabla 4. Farmacocinética de los principales psicoactivos (73)

Sustancia	Vía	Vida Media Biológica	Tiempo de Inicio de los Efectos Psicoactivos	Tiempo hasta Máximos Efectos Psicoactivos	Duración Total de los Efectos Psicoactivos
Psilocibina	Oral	2–3 h	15–45 min	1–3 h	4–8 h
	IV	1–1.5 h	1–2 min	3–15 min	1–2 h
Ayahuasca	Oral	1–4 h	20–45 min	1–2 h	3–5 h
Mezcalina	Oral	4–6 h	30–60 min	2–4 h	10–14 h

Opción 2. Estrategias para la incorporación en políticas y lineamientos de sistemas de salud de las plantas de Coca, Amapola, Ayahuasca (Yagé) y hongos con propiedades psicoactivas y sus derivados

Esta opción se enfoca en las estrategias identificadas en la evidencia y diferentes legislaciones, que han sido utilizadas para incorporar arreglos en la gobernanza, financiación, prestación de servicios e implementación en políticas en los sistemas de salud sobre las plantas de coca, amapola, ayahuasca y hongos con propiedades psicoactivas y sus derivados.

Resultados de la búsqueda de la evidencia

Luego de eliminar los duplicados, la búsqueda de la literatura identificó nueve reportes en bases de datos y 47 reportes en otros recursos. Durante la evaluación en texto completo se excluyeron 27 reportes (tres por no abordar las intervenciones de interés, 22 por no corresponder a la población o contexto de interés y dos por presentar un diseño diferente a los de interés). La información contenida en este resumen proviene de tres legislaciones (108–110), tres políticas públicas (111–113); 18 reportes de organizaciones (114–131) y dos revisiones sistemática de calidad críticamente baja (132,133).

Hallazgos clave sobre la opción 2

Cambios relacionados a la gobernanza

Categoría- autoridad y rendición de cuentas para las políticas de salud

Este apartado presenta la evidencia relativa a la normatividad internacional y nacional, y de políticas públicas en salud sobre la regulación de sustancias psicoactivas. Se identificaron dos tipos de políticas respecto a la producción, comercialización y consumo de drogas: una prohibicionista y un enfoque alternativo centrado en la tradición cultural y la salud pública.

Desde 1961, cuando se celebró la Conferencia de las Naciones Unidas para la adopción de un protocolo sobre sustancias sicotrópicas, se adoptó por parte de los estados firmantes una normatividad internacional que pretendió limitar la posesión, consumo, comercio, distribución, importación, exportación, fabricación y producción de drogas con fines médicos y científicos. Entre las resoluciones formuladas en la conferencia y adoptadas en la convención, resaltan la invitación a los estados firmantes a aplicar las medidas de fiscalización internacional plasmadas en el protocolo y, en lo relativo a drogas anfetamínicas, llevar a cabo investigaciones sobre sustancias menos nocivas que puedan sustituir dichas drogas.

Esta conferencia también definió unas listas de sustancias sometidas a fiscalización internacional, dependiendo de sus riesgos para la salud y la probabilidad de adicción. En la lista I se encuentran las sustancias que son muy adictivas o de probable uso indebido, en la II aquellas menos adictivas y cuyo uso indebido es menos probable, en la III se agrupan las sustancias que contienen cantidades bajas de estupefacientes, y la IV se incluyen determinados estupefacientes enumerados en la lista I, pero que no tienen uso terapéutico y son particularmente adictivos. La hoja de coca, el cannabis, la amapola, los hongos psilocibios hacen parte de la lista I. Sin embargo, en 2020 la OMS reconoció el carácter terapéutico del CBD, uno de los componentes fundamentales del cannabis (134).

Otros temas reglamentados en la convención de 1961 fueron:

- *La limitación del uso a los fines médicos y científicos:* recomendó limitar para fines médicos y científicos el uso de sustancias incluidas en la lista I. Para las sustancias de las listas II, III y IV, recomendó hacer uso con autorización legal.
- *Prescripciones médicas:* recomendó que las sustancias de las listas I, II y IV solo sean dispensadas con fórmula médica para el uso en particulares. Además, se insistió en que los estados firmantes deben asegurar que los profesionales facultados para formular estas sustancias sigan las exigencias de buenas prácticas médicas y la reglamentación necesaria.

Diversos países han formulado políticas de drogas direccionadas por la normatividad de la convención de 1961. Como un estado participante de la convención, Colombia ha formulado e implementado diferentes políticas con un enfoque regulatorio basado en lo pactado en dicha convención. Por ejemplo, en 1993 la ley excluyó del Plan Obligatorio de Salud (POS) las patologías crónicas de las adicciones a las sustancias psicoactivas y en 2002 se expidió la Ley 745 que considera el consumo de sustancias psicoactivas como un acto ilegal (135). Sin embargo, también se han formulado políticas en contravía de este enfoque como son la Sentencia C-221 de 1993 de la Corte Constitucional que sentó las bases para la comprensión del enfoque de derechos en las adicciones, que se fundamenta en la reducción de daños, el acto legislativo 02 (2009) que despenaliza la dosis personal de cannabis; o la Ley 1566 de 2012 que vinculó al POS el manejo de la patología crónica de las adicciones (135).

Otro país que ha dirigido la política de drogas según esta convención es el Reino Unido. La ley sobre el uso indebido de drogas de 1971 estipula que las sustancias clasificadas en las listas I y II son consideradas drogas controladas y deben ser sometidas a fiscalización y controles para su prescripción (109). No obstante, en su actualización de 2001 se permitió la posesión y el suministro legal de drogas controladas con fines médicos o de investigación, y abarca la prescripción, administración, custodia, dispensación, mantenimiento de registros, destrucción y eliminación de medicamentos controlados para evitar su desvío para uso indebido (136). En este sentido menos restrictivo, en 2012 se produjeron cambios normativos relacionados al suministro de sustancias controladas, dotando a enfermeros y farmacéuticos para mezclar y administrar drogas controladas a pacientes con prescripción médica y en 2022 este país publicó una lista de las drogas más comunes controladas por la legislación inglesa, encontrándose en la lista I la psilocibina y el cannabis (137).

En igual sentido, 2001 Perú firmó el Decreto Supremo No 023-2001-Salud, que adoptó los parámetros de fiscalización internacional a productos expuestos en las listas de las convenciones internacionales control de drogas, quedando prohibida la producción, fabricación, exportación, importación, comercio y uso de las sustancias de la lista IA y IB (113).

A pesar de la tendencia prohibicionista de estas convenciones, en las últimas décadas ha ganado fuerza en la agenda internacional y de algunos Estados, los enfoques de política de drogas orientados a la salud, el derecho al libre desarrollo de la personalidad y los conocimientos ancestrales. El Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (IDPC) ha publicado diversos documentos que incentivan este tipo de enfoque:

Guía sobre políticas de drogas de 2016: trata temas claves relacionados con la salud pública, desde la clasificación de sustancias y acceso a medicamentos esenciales hasta la prevención de las drogas, reducción

de daños y servicios de tratamiento (114). Propone un enfoque para el control de drogas orientado al desarrollo que contemple:

- Analizar las leyes y políticas en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), para asegurar que la fiscalización de drogas sea abordada de una manera holística incluyendo factores sociales y políticos propios de los territorios y no solo centrada en el comercio de drogas. Esto incluye orientar las políticas de drogas para reducir las externalidades negativas asociadas al mercado de estas como la inseguridad, la corrupción, la violencia o los daños a la salud.
- Replantear las políticas que buscan la erradicación forzada de cultivos ilícitos. Esto involucra avanzar en modelos regulatorios para el cultivo de coca, amapola y cannabis que respeten los usos culturales, tradicionales y lícitos de estas plantas.
- Eliminar las sanciones penales a consumidores y pequeños agricultores que participan en el cultivo de plantas ilícitas, con penas para delitos relacionados con drogas.
- Implicar a las comunidades locales en el diseño, ejecución, monitoreo y evaluación en las políticas de control de cultivos ilícitos, con lo cual se busca involucrar a las comunidades indígenas en el diseño e implementación de cualquier acción o política de drogas que les afecte.
- Reconocer el carácter cultural, ancestral, histórico y los potenciales beneficios que tienen algunas plantas catalogadas en las listas de sustancias sujetas a control internacional (114).
- Reporte de 2016: proponía a la OMS participar de manera más activa en diversos aspectos de la política drogas y a priorizar la salud en el debate mundial del manejo de drogas, considerando que dicha institución debería tomar un liderazgo político en materia de drogas y salud, garantizando el acceso a las sustancias reguladas para fines médicos y científicos para los estado miembros (125). Argumenta que la razón principal de la creación del régimen de control de drogas fue la salud y el bienestar humano y, por lo tanto, esta debería ser el factor central en estas políticas (125).
- Reporte de 2023: realizado en conjunto con el Centro Internacional de Enseñanza, Investigación y Servicios Etnobotánicos (ICEERS) donde resaltan la necesidad *“de preservar activamente las medicinas y prácticas tradicionales, incluso mediante la modificación de las leyes, políticas y prácticas que criminalizan las plantas ancestrales y su uso tradicional”* (122).

En algunos países ya se han adoptado enfoques alternativos para el control de las drogas. En EE. UU. el Estado de Colorado en 2022 promulgó la Ley de Salud de la Medicina Natural que estableció un nuevo enfoque compasivo hacia las medicinas naturales, luego de que la ciudad de Denver aprobara la iniciativa 301 (I-301) en 2019 que despenalizó la posesión de hongos psilocibios (138). Esta ley busca: 1) adoptar las medicinas tradicionales desde un enfoque de salud pública, eliminando las sanciones penales para el uso personal de personas mayores de 21 años y permitir el acceso regulado a esta población; y 2) promover de educación pública sobre el uso de medicinas naturales, sus beneficios, AE y fines terapéuticos. El estado de Oregón también ha adoptado políticas que promueven el uso de plantas psicoactivas con fines médicos y de investigación.

En este sentido, los gobiernos australiano, peruano y tailandés han promulgado políticas públicas o leyes relacionadas con el uso de las plantas con propiedades psicoactivas en la investigación y el uso médico, en mayor o menor medida.

Categoría. Autoridad y rendición de cuentas para las organizaciones:

En 2009, la Comisión de Drogas Narcóticas de la Oficina de las Naciones Unidas para las Drogas y el Delito desarrolló la “Declaración política y el plan de acción sobre cooperación internacional en favor de una estrategia integral y equilibrada para contrarrestar el problema mundial de las drogas” que fue adoptada por parte de los estados miembros la, que figuran en la presente publicación” (124).

Esta declaración prendió generar una integración interestatal para contrarrestar el incremento de cultivos ilícitos y servir como mecanismo de monitoreo en la erradicación de este estos cultivos. El plan de acción

estableció como objetivo para 2019 la eliminación o reducción considerable de los cultivos ilícitos de arbustos de coca y plantas de cannabis en los estados miembros. Con este objetivo se establecieron mecanismos de cooperación internacional que incluían apoyo financiero y político para estudiar, vigilar y verificar la extensión y erradicación de los cultivos ilícitos. También determinó que los estados miembros y organizaciones internacionales deben monitorear y evaluar el avance de los programas de erradicación (124).

Categoría. Autoridad y responsabilidad de los productos comerciales:

La Enmienda a la Ley HR. 118283, emitida por el Congreso de EE. UU. (1979) define la reglamentación en relación con sustancias controladas contenidas en las listas II, III, y IV, considerando que solo pueden ser distribuidas o dispensadas con una prescripción escrita u oral emitida por un profesional médico. Asimismo, faculta al fiscal general para controlar y clasificar sustancias en diversas listas de sustancias prohibidas, basado en factores como el potencial de abuso, uso médico y riesgo para la salud pública. Al estar incluidas en la lista I de sustancias controladas por su potencial para el abuso y por no tener un uso médico aceptado, la hoja de coca (cualquier derivado o preparación), el opio y sus derivados, la mezcalina y la psilocibina (de hongos psilocibios) están prohibidas en los EE. UU. (116).

Opción 3. Identificar la evidencia sobre los posibles impactos evaluados de la incorporación de políticas y lineamientos sobre el uso de las plantas de Cannabis, Coca, Amapola, Ayahuasca (Yagé) y hongos con propiedades psicoactivas y sus derivados en sistemas de salud

Esta opción se enfoca en identificar la evidencia disponible en revisiones sistemáticas, estudios de evaluación de impacto, y reportes en diferentes legislaciones, que han sido utilizados para evaluar el impacto de las políticas de sistemas de salud sobre plantas de cannabis, coca, amapola, ayahuasca y hongos con propiedades psicoactivas y sus derivados.

Resultados de la búsqueda de la evidencia

La búsqueda de la literatura arrojó 23 reportes únicos. En la evaluación en texto completo se excluyeron cinco (tres por desenlace no pertinente, dos por tipo de estudio). La evidencia que evaluó el impacto de las políticas y estrategias asociadas al uso de cannabis sobre los sistemas de salud se basa en dos revisiones sistemáticas (139-140) de calidad baja (valorada por AMSTAR II), una revisión de alcance (141) de calidad moderada baja (valorada por AMSTAR II) y quince estudios primarios (142–156) que incluyeron nueve cuasi-experimentos (146,157–164), un estudio de cohorte (165), tres de corte transversal (166–168) y un estudio de modelado (169). La calidad de estos estudios primarios se evaluó con las herramientas del JBI según el tipo de estudio, 14 de ellos puntuaron con alta calidad y uno con moderada (154).

Hallazgos clave sobre la Opción 3

Planta de cannabis

Impacto en la atención en salud

- Todos los estudios reportaron una disminución del uso de opioides en los estados de que aprobaron el uso de marihuana medicinal (MM) o recreativa (MR). Esto se evidenció en el consumo, la prescripción,

en el manejo de condiciones en la población general y para dolor crónico. Esta reducción fue independiente del tipo de aseguramiento en salud y la especialidad médica.

- Aunque los resultados son contradictorios, la mayoría de los estudios encontraron un efecto positivo sobre las tasas de mortalidad por sobredosis de opioides y admisiones a centros de tratamiento relacionada con consumo de opioides, tanto para la legalización del consumo de MM como para MR.
- En los jóvenes y adolescentes en Colorado (EE. UU.) y Ontario y Alberta (Canadá) hubo un aumento de las consultas a urgencias posterior a la legalización de la MM. Asimismo, en dos hospitales de EE. UU. se observó que posterior a la apertura de dispensarios de cannabis, a medida que la legalización avanzaba en el tiempo, había un aumento en la positividad de las pruebas para cannabis, aunque hubo una disminución en la positividad de las estas para las personas de 18-29 años.
- La mayoría de los estudios concluyen que hay un incremento en el consumo entre personas en accidentes de tráfico luego de la legalización de la MM y MR, aunque no es claro el efecto en la mortalidad. Estos estudios, sin embargo, mostraron que el consumo de alcohol mientras se conduce permaneció como la mayor amenaza y más prevalente para la seguridad de las vías.
- En los países africanos se reportó que del 12% al 40% de los jóvenes en hospitales psiquiátricos fueron diagnosticados con psicosis por cannabis o drogas, siendo los TUS más frecuentes entre personas de 15 a 44 años, con educación primaria o secundaria, y desempleadas. Los resultados en un estudio en EE. UU. encontraron un aumento en las evaluaciones anuales de salud conductual y consultas al servicio de urgencias por alteraciones conductuales relacionadas al consumo de cannabis posterior a la legalización.

Impacto social

- El uso de marihuana en adolescentes asociado a la legalización presenta resultados diferenciales según los grupos de edad, la etnia y el nivel de escolaridad que se encuentran cursando, llevando en ocasiones a disminución y en otras a aumento del consumo.
- No es claro el efecto de la legalización de la marihuana sobre el consumo de alcohol y cigarrillo, pues se ven afectados por diversos factores socioeconómicos. Parece relacionarse a una disminución en el consumo alcohol en los estudiantes de secundaria y menores de 20 años y a un aumento en mayores de 50 años, con mayores ingresos mensuales y nivel educativo. Con respecto al cigarrillo, la evidencia sugiere que hay una disminución en el consumo en adolescentes, hispanos y aquellos con escolaridad menor a educación secundaria y un aumento en los adultos con edad igual o mayor a 50 años, casados, afroamericanos y aquellos con un nivel educativo universitario o mayor.
- Los resultados de la asociación con otras drogas ilícitas (cocaína, heroína, metanfetaminas y tranquilizantes) y la legalización del uso de cannabis son conflictivos.
- Entre los desenlaces positivos de la legalización de la MM asociados al desempeño laboral se encontró un incremento del trabajo a tiempo completo y las horas condicionales y no condicionales trabajadas entre los adultos mayores (51 años o más), disminución de las ausencias relacionadas a condiciones de salud, del número esperados de muertes en el lugar de trabajo 5 años y en la probabilidad de que el trabajador solicitara compensaciones laborales.
- La evidencia del impacto de la legalización del uso de MM y MR sobre el desempeño académico es principalmente negativo, encontrando una disminución en la probabilidad de graduarse de secundaria y universidad, y menores logros académicos universitarios.
- En estudios en EE. UU. no se encontró un aumento de la actividad criminal (crímenes violentos, crímenes a la propiedad, arrestos, crímenes en la frontera), sin embargo, se reportaron diferencias entre los estados que legalizaron las políticas.
- La legalización del consumo de cannabis no tiene un impacto significativo en las tasas de remisión para tratamiento de los adultos dentro del sistema penal. La disminución de referencias para tratamiento se asoció más a un cambio anual en el tiempo que a cambios en las políticas de legalización.

- Los ingresos generados por el cultivo ilegal de cannabis se utilizan para financiar grupos armados no estatales (GANE) aumentando sus actividades violentas y su influencia en varios países africanos. También son utilizados por grupos separatistas independentistas, jefes tribales, partidos políticos y se ha sugerido que puede financiar grupos terroristas.
- La presión para eliminar la financiación de los GANE desde el cultivo ilegal de cannabis ha llevado, por un lado, al desarrollo y sostenimiento de otras industrias ilegales como la minería ilegal, la explotación forestal, el tráfico de otras drogas y de personas. Por otro lado, los esfuerzos de erradicación y combatir a los GANE a menudo involucran operativos militares a gran escala que pueden resultar en abusos contra los derechos humanos.

Impacto económico

- El aumento del cultivo ilícito de cannabis acelera la erosión del suelo con un impacto en el rendimiento de los cultivos legales. Las nuevas variedades híbridas de cannabis que requieren más agua ponen en peligro el futuro del desarrollo económico lícito e ilícito debido al consumo de los recursos acuíferos.
- La guerra contra el cannabis en países como Sudáfrica, Marruecos, Mauritania y Etiopía ha representado costos entre los US\$ 335 mil y US\$ 223,7 millones en cada país entre 2014 y 2015.
- La necesidad de ingresos económicos lleva a algunos países a explorar el potencial económico del cannabis y considerar su regulación como un medio para generar ingresos y estabilidad socioeconómica.

Otras plantas con propiedades psicoactivas

No se encontraron revisiones o estudios primarios que evaluaran el impacto de la implementación de políticas asociadas al consumo de hongos con propiedades psicoactivas y sus derivados, ayahuasca, coca, amapola, mezcalina o Ibogaína en los sistemas de salud.

CONSIDERACIONES DE IMPLEMENTACIÓN PARA LAS OPCIONES 1, 2 Y 3

Valores y preferencias de los ciudadanos relacionados con la implementación de los tres elementos

La Tabla 3 resume las opiniones y preferencias de los ciudadanos sobre las consideraciones de implementación para las políticas relacionadas con la ayahuasca. Los ciudadanos proponen políticas que respeten el conocimiento ancestral, limiten la comercialización y garanticen la capacitación adecuada para su administración. La comunidad subraya la importancia de la consulta directa y la colaboración entre autoridades y comunidades indígenas para proteger las prácticas tradicionales y asegurar el uso seguro y responsable de la planta sagrada.

Tabla 5. Resumen de las opiniones y experiencias de los ciudadanos acerca de las consideraciones de implementación

Consideraciones de implementación	Descripción
Creación de una Política de Protección para las Comunidades	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento del Conocimiento Ancestral: Es esencial que el gobierno reconozca la sabiduría de los médicos tradicionales (taitas), quienes están entrenados dentro de sus comunidades para usar la ayahuasca de forma segura y con fines curativos y espirituales. • Limitación del Uso Fuera de las Comunidades: La política debe restringir el uso de la ayahuasca fuera de las comunidades indígenas y asegurar que su uso se limite a fines terapéuticos y curativos. • Restricciones a la Comercialización e Industrialización: La comunidad considera importante que se prohíba el uso comercial e industrial de la ayahuasca, ya que este tipo de prácticas desvirtúan su valor sagrado. • Existe una necesidad de crear políticas específicas que respeten y protejan los usos ancestrales de la ayahuasca, garantizando que el conocimiento indígena sea respetado y reconocido en el sistema de salud.
Involucramiento de los Tomadores de Decisiones con las Comunidades	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda que los formuladores de políticas se acerquen a las comunidades indígenas para comprender mejor cómo estas se relacionan con la ayahuasca desde sus creencias y prácticas tradicionales. • Es importante que las decisiones sobre el uso de la ayahuasca se discutan directamente con las comunidades para respetar sus tradiciones y necesidades culturales. • La comunidad valora estos ejercicios de consulta y espera que sus voces sean escuchadas por el gobierno para proteger sus prácticas y medicina tradicional
Control del Uso Recreativo y Capacitación de los Administradores	<ul style="list-style-type: none"> • Se propone implementar políticas para controlar el uso recreativo de la Ayahuasca y regular que solo personas capacitadas dentro de las comunidades indígenas (como los taitas) puedan administrarlo. • Este control ayudaría a evitar la proliferación de “falsos taitas” que pueden hacer un uso inadecuado de la planta, poniendo en riesgo a los consumidores y ocasionando efectos adversos graves, incluso la muerte.

Hallazgos clave sobre las consideraciones de implementación

En este apartado se describen las barreras, facilitadores y estrategias de implementación que son generales a todas las sustancias con propiedades psicoactivas. Para conocer las consideraciones de implementación para cada sustancia en particular remitirse al documento de la serie que trata dicha sustancia.

Facilitadores

Un informe del *The Global Commission on Drugs Policy* (170) identifica como un facilitador el espacio que ha ganado en la agenda política internacional la formulación e implementación de políticas de drogas con enfoque en reducción de daños, esto gracias a los esfuerzos que han tenido distintos activistas, grupos de expertos y pacientes en llevar el tema al debate público.

Un reporte del ICEERS (171) destaca la importancia que tuvo el reconocimiento, por parte de Foro Permanente de la ONU para las Cuestiones Indígenas, de la hoja de coca como una sustancia de gran relevancia cultural y médica para los indígenas de las regiones andinas de América del Sur. Esto es un reconocimiento para la tradición del mascado de coca que tienen estos pueblos y un paso hacia la despenalización de esta sustancia en algunas jurisdicciones.

En países como Canadá, Australia o algunos Estados de EE. UU. esto ha facilitado la implementación de medidas encaminadas a educar y supervisar el consumo de drogas en personas con problemas de adicción o con determinadas condiciones en salud.

Barreras

Dos reportes de organizaciones no gubernamentales (114,170) señalan la falta de iniciativa por parte de organizaciones como la OMS o la ONU para reclamar un mayor papel en el desarrollo de las políticas de drogas, lo cual ha limitado el cambio de un enfoque prohibicionista y de justicia penal respecto al uso de sustancias psicoactivas.

La fiscalización internacional de algunas sustancias psicoactivas ha dificultado la implementación de políticas públicas que buscan reducir los daños y mejorar la atención en salud de personas con problemas de adicción.

El ICEERS (171) señala como una barrera las medidas prohibicionistas que han tomado algunos países en torno al uso de sustancias psicoactivas, puesto que crean impedimentos legales para acceso de los pacientes que las requieren por sus condiciones médicas y de las comunidades en las cuales su uso forma parte de su identidad cultural.

Estrategias de implementación

Las políticas públicas encaminadas a regular los psicodélicos deben generar confianza entre los múltiples grupos interesados, principalmente aquellos que históricamente han visto vulnerados sus derechos por hacer uso de sustancias controladas (por ejemplo los grupos indígenas (132)).

Este tipo de políticas requieren *“desarrollar estrategias de mitigación de riesgos, reducción de daños y control de la seguridad que puedan aplicarse de forma significativa en medio de las estructuras reguladoras que se proponen para el uso legal de psicodélicos”* (132).

Se propone desarrollar alianzas público-privadas que permitan aprovechar las capacidades de los organismos gubernamentales y las contribuciones de un consorcio formado por las partes interesadas de la sociedad civil que promueven e informan estos esfuerzos como son los departamentos y agencias federales, nacionales, funcionarios de gobiernos estatales y regionales comprometidos con la aplicación de políticas públicas, representantes de comunidades indígenas que tradicionalmente utilizan sustancias psicodélicas en sus prácticas curativas, investigadores académicos, representantes de grupos seculares y

religiosos de practicantes de psicodélicos, representantes de organizaciones no gubernamentales y coaliciones de pacientes. Dichas alianzas facilitan el abordaje de cuestiones de seguridad, ética y reglamentación a partir de los conocimientos de las partes involucradas.

Categoría. Intervenciones dirigidas a organizaciones sanitarias

La Guía sobre Políticas de Drogas de 2016 publicada por el IDPC plantea una serie de recomendaciones para tratar el tema de la prevención de la adicción a drogas (114):

- Los programas de prevención deben basarse en las pruebas disponibles sobre su efectividad y costo-efectividad, y estar en consonancia con los estándares internacionales mínimos de calidad.
- La prevención del consumo de drogas se debe entender como parte de un enfoque integral centrado en la salud frente al uso y dependencia a las drogas, asociado a la reducción de daños, el tratamiento de la dependencia y los servicios de atención y apoyo. Esta prevención debería centrarse en minimizar los factores de riesgo y reforzar los de protección en la vida de las personas y/o los grupos destinatarios.
- La prevención del consumo de drogas debe evitar aumentar el estigma social y la marginalización de las personas que usan drogas.
- Los objetivos de la prevención del uso de drogas deberían ser realistas y basarse en una evaluación sincera de las realidades locales y los recursos disponibles.
- Los programas de prevención del consumo de drogas deberían ser objeto de evaluaciones científicas de procesos y resultados a corto y largo plazo, con el fin de evaluar la efectividad y el impacto de las intervenciones, y debería incluir mecanismos para adaptar los programas a nuevos patrones de uso y a nuevas realidades sobre el terreno.

REFERENCIAS

1. Colombia. Congreso de la República. Ley 30 de 1986 Por la cual se adopta el Estatuto Nacional de Estupefacientes y se dictan otras disposiciones. 31 de enero de 1989. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/LEY-0030-DE-1986.pdf>
2. Colombia. Ministerio de Protección Social. Resolución 1478 de 2006 por la cual se expiden normas para el control, seguimiento y vigilancia de la importación, exportación, procesamiento, síntesis, fabricación, distribución, dispensación, compra, venta, destrucción y uso de sustancias sometidas a fiscalización, medicamentos o cualquier otro producto que las contengan y sobre aquellas que son monopolio del Estado. 10 de mayo de 2006. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20670>
3. Colombia. Presidencia de la República. Decreto 3788 de 1986 por el cual se reglamenta la ley 30 de 1986 o estatuto nacional de estupefacientes. 31 de diciembre 1986. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=32793>
4. Colombia. Presidencia de la República. Decreto 1156 de 2018 Por el cual se reglamenta el régimen de registro sanitario de productos fitoterapéuticos y se dictan otras disposiciones. 6 de julio de 2018. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=87281>
5. Colombia. Presidencia de la República. Decreto 677 de 1995 por el cual se reglamenta parcialmente el Régimen de Registros y Licencias, el Control de Calidad, así como el Régimen de Vigilancia Sanitaria de Medicamentos, Cosméticos, Preparaciones Farmacéuticas a base de Recursos Naturales, Productos de Aseo, Higiene y Limpieza y otros productos de uso doméstico y se dictan otras disposiciones sobre la materia. 26 de abril de 1995. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=9751>
6. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 780 de 2016 por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. 6 de mayo de 2016. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf
7. Colombia. Presidencia de la República. Decreto 3075 de 1997 Por la cual se reglamenta parcialmente la Ley 9 de 1979 y se dictan otras disposiciones. Derogado por el art. 21, Decreto Nacional 539 de 2014. 23 de diciembre de 1997. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=3337>
8. Colombia. Presidencia de la República. Decreto 1686 de 2012 por el cual se establece el reglamento técnico sobre los requisitos sanitarios que se deben cumplir para la fabricación, elaboración, hidratación, envase, almacenamiento, distribución, transporte, comercialización, expendio, exportación e importación de bebidas alcohólicas destinadas para consumo humano. 9 de agosto de 2012. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=65622>
9. Colombia. Presidencia de la República. Decreto 811 de 2021, or el cual se sustituye el Título 11 de la Parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con el acceso seguro e informado al uso del cannabis y de la planta de cannabis. 23 de julio 2021 Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=167086>
10. Colombia. Ministerios de Justicia y del Derecho, de Agricultura y Desarrollo rural y, de Salud y Protección social. Resolución 227 de 2022 por la cual se reglamenta el Decreto 811 de 2021 que sustituye el Titufo 11 de la Parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, en relación con las licencias, cupos y autorizaciones para el acceso seguro e informado al uso del cannabis y de la planta de cannabis, sus derivados y productos, y se establecen otras disposiciones. 18 de febrero de 2022. Disponible en: <https://www.minjusticia.gov.co/normatividad-co/Resoluciones/Resoluci%C3%B3n%20227%20de%202022.pdf>
11. Colombia. Congreso de la República. Ley 1787 de 2016 Por medio de la cual se reglamenta el Acto Legislativo 02 de 2009. 6 de julio de 2016. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=80394>
12. Colombia. Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026. Colombia potencia mundial de la vida. Bogotá, mayo 2023. 848 p. Disponible en: <https://www.dnp.gov.co/plan-nacional-desarrollo/pnd-2022-2026>
13. Yu CL, Yang FC, Yang SN, Tseng PT, Stubbs B, Yeh TC, et al. Psilocybin for End-of-Life Anxiety Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatry Investig.* octubre de 2021;18(10):958-67.
14. Kisely S, Connor M, Somogyi AA, Siskind D. A systematic literature review and meta-analysis of the effect of psilocybin and methylenedioxyamphetamine on mental, behavioural or developmental disorders. *Aust N Z J Psychiatry.* marzo de 2023;57(3):362-78.
15. Perez N, Langlest F, Mallet L, De Pieri M, Sentissi O, Thorens G, et al. Psilocybin-assisted therapy for depression: A systematic review and dose-response meta-analysis of human studies. *Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol.* noviembre de 2023;76:61-76.
16. Sharma R, Batchelor R, Sin J. Psychedelic Treatments for Substance Use Disorder and Substance Misuse: A Mixed Methods Systematic Review. *J Psychoactive Drugs.* 2023;55(5):612-30.
17. Khan I, Jaura TA, Tukruna A, Arif A, Tebha SS, Nasir S, et al. Use of Selective Alternative Therapies for Treatment of OCD. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2023;19:721-32.
18. Maia LO, Beausant Y, Garcia ACM. The Therapeutic Potential of Psychedelic-assisted Therapies for Symptom Control in Patients Diagnosed With Serious Illness: A Systematic Review. *J Pain Symptom Manage.* junio de 2022;63(6):e725-38.

19. Li NX, Hu YR, Chen WN, Zhang B. Dose effect of psilocybin on primary and secondary depression: a preliminary systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 1 de enero de 2022;296:26-34.
20. Leger RF, Unterwald EM. Assessing the effects of methodological differences on outcomes in the use of psychedelics in the treatment of anxiety and depressive disorders: A systematic review and meta-analysis. *J Psychopharmacol Oxf Engl.* enero de 2022;36(1):20-30.
21. Ko K, Knight G, Rucker JJ, Cleare AJ. Psychedelics, Mystical Experience, and Therapeutic Efficacy: A Systematic Review. *Front Psychiatry.* 2022;13:917199.
22. Yu CL, Liang CS, Yang FC, Tu YK, Hsu CW, Carvalho AF, et al. Trajectory of Antidepressant Effects after Single- or Two-Dose Administration of Psilocybin: A Systematic Review and Multivariate Meta-Analysis. *J Clin Med.* 11 de febrero de 2022;11(4):938.
23. Galvão-Coelho NL, Marx W, Gonzalez M, Sinclair J, de Manincor M, Perkins D, et al. Classic serotonergic psychedelics for mood and depressive symptoms: a meta-analysis of mood disorder patients and healthy participants. *Psychopharmacology (Berl).* febrero de 2021;238(2):341-54.
24. Polito V, Likhaitzky P. The emerging science of microdosing: A systematic review of research on low dose psychedelics (1955-2021) and recommendations for the field. *Neurosci Biobehav Rev.* agosto de 2022;139:104706.
25. Goldberg SB, Pace BT, Nicholas CR, Raison CL, Hutson PR. The experimental effects of psilocybin on symptoms of anxiety and depression: A meta-analysis. *Psychiatry Res.* febrero de 2020;284:112749.
26. Goldberg SB, Shechet B, Nicholas CR, Ng CW, Deole G, Chen Z, et al. Post-acute psychological effects of classical serotonergic psychedelics: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med.* diciembre de 2020;50(16):2655-66.
27. Horton DM, Morrison B, Schmidt J. Systematized Review of Psychotherapeutic Components of Psilocybin-Assisted Psychotherapy. *Am J Psychother.* 1 de diciembre de 2021;74(4):140-9.
28. Breet E, Goldstone D, Bantjes J. Substance use and suicidal ideation and behaviour in low- and middle-income countries: a systematic review. *BMC Public Health.* 24 de abril de 2018;18(1):549.
29. Romeo B, Hermand M, Pétillion A, Karila L, Benyamina A. Clinical and biological predictors of psychedelic response in the treatment of psychiatric and addictive disorders: A systematic review. *J Psychiatr Res.* mayo de 2021;137:273-82.
30. Romeo B, Karila L, Martelli C, Benyamina A. Efficacy of psychedelic treatments on depressive symptoms: A meta-analysis. *J Psychopharmacol Oxf Engl.* octubre de 2020;34(10):1079-85.
31. Vargas AS, Luís Â, Barroso M, Gallardo E, Pereira L. Psilocybin as a New Approach to Treat Depression and Anxiety in the Context of Life-Threatening Diseases-A Systematic Review and Meta-Analysis of Clinical Trials. *Biomedicine.* 5 de septiembre de 2020;8(9):331.
32. van der Meer PB, Fuentes JJ, Kaptein AA, Schoones JW, de Waal MM, Goudriaan AE, et al. Therapeutic effect of psilocybin in addiction: A systematic review. *Front Psychiatry.* 2023;14:1134454.
33. IsHak WW, Garcia P, Pearl R, Dang J, William C, Totlani J, et al. The Impact of Psilocybin on Patients Experiencing Psychiatric Symptoms: A Systematic Review of Randomized Clinical Trials. *Innov Clin Neurosci.* 2023;20(4-6):39-48.
34. Simonsson O, Carlbring P, Carhart-Harris R, Davis AK, Nutt DJ, Griffiths RR, et al. Assessing the risk of symptom worsening in psilocybin-assisted therapy for depression: A systematic review and individual participant data meta-analysis. *Psychiatry Res.* septiembre de 2023;327:115349.
35. Zeifman RJ, Singhal N, Breslow L, Weissman CR. On the Relationship between Classic Psychedelics and Suicidality: A Systematic Review. *ACS Pharmacol Transl Sci.* 9 de abril de 2021;4(2):436-51.
36. Breeksema JJ, Niemeijer AR, Krediet E, Vermetten E, Schoevers RA. Psychedelic Treatments for Psychiatric Disorders: A Systematic Review and Thematic Synthesis of Patient Experiences in Qualitative Studies. *CNS Drugs.* septiembre de 2020;34(9):925-46.
37. Ona G, Rocha JM, Bouso JC, Hallak JEC, Borràs T, Colomina MT, et al. The adverse events of ibogaine in humans: an updated systematic review of the literature (2015-2020). *Psychopharmacology (Berl).* junio de 2022;239(6):1977-87.
38. Dos Santos RG, Osório FL, Crippa JAS, Riba J, Zuardi AW, Hallak JEC. Antidepressive, anxiolytic, and antiaddictive effects of ayahuasca, psilocybin and lysergic acid diethylamide (LSD): a systematic review of clinical trials published in the last 25 years. *Ther Adv Psychopharmacol.* junio de 2016;6(3):193-213.
39. Rucker JJ, Jelen LA, Flynn S, Frowde KD, Young AH. Psychedelics in the treatment of unipolar mood disorders: a systematic review. *J Psychopharmacol Oxf Engl.* diciembre de 2016;30(12):1220-9.
40. dos Santos RG, Bouso JC, Alcázar-Córcoles MÁ, Hallak JEC. Efficacy, tolerability, and safety of serotonergic psychedelics for the management of mood, anxiety, and substance-use disorders: a systematic review of systematic reviews. *Expert Rev Clin Pharmacol.* septiembre de 2018;11(9):889-902.
41. Jungaberle H, Thal S, Zeuch A, Rougemont-Bücking A, von Heyden M, Aicher H, et al. Positive psychology in the investigation of psychedelics and entactogens: A critical review. *Neuropharmacology.* noviembre de 2018;142:179-99.
42. Ross S. Therapeutic use of classic psychedelics to treat cancer-related psychiatric distress. *Int Rev Psychiatry Abingdon Engl.* agosto de 2018;30(4):317-30.
43. Begola MJ, Schillerstrom JE. Hallucinogens and Their Therapeutic Use: A Literature Review. *J Psychiatr Pract.* septiembre de 2019;25(5):334-46.
44. Cao B, Zhu J, Zuckerman H, Rosenblat JD, Brietzke E, Pan Z, et al. Pharmacological interventions targeting anhedonia in patients with major depressive disorder: A systematic review. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 8 de junio de 2019;92:109-17.
45. Rocha JM, Osório FL, Crippa JAS, Bouso JC, Rossi GN, Hallak JEC, et al. Serotonergic hallucinogens and recognition of facial emotion expressions: a systematic review of the literature. *Ther Adv Psychopharmacol.* 2019;9:2045125319845774.

46. Aday JS, Davis AK, Mitzkovitz CM, Bloesch EK, Davoli CC. Predicting Reactions to Psychedelic Drugs: A Systematic Review of States and Traits Related to Acute Drug Effects. *ACS Pharmacol Transl Sci.* 9 de abril de 2021;4(2):424-35.
47. Andersen KAA, Carhart-Harris R, Nutt DJ, Erritzoe D. Therapeutic effects of classic serotonergic psychedelics: A systematic review of modern-era clinical studies. *Acta Psychiatr Scand.* febrero de 2021;143(2):101-18.
48. Hertenstein E, Trinca E, Schneider CL, Wunderlin M, Fehér K, Riemann D, et al. Augmentation of Psychotherapy with Neurobiological Methods: Current State and Future Directions. *Neuropsychobiology.* 2021;80(6):437-53.
49. Weston NM, Gibbs D, Bird CIV, Daniel A, Jelen LA, Knight G, Goldsmith D, Young AH, Rucker JJ. Historic psychedelic drug trials and the treatment of anxiety disorders. *Depress Anxiety.* 2020 Dec;37(12):1261-1279.
50. Tandon N, Yadav SS. Safety and clinical effectiveness of *Withania Somnifera* (Linn.) Dunal root in human ailments. *J Ethnopharmacol.* 12 de junio de 2020;255:112768.
51. Castro Santos H, Gama Marques J. What is the clinical evidence on psilocybin for the treatment of psychiatric disorders? A systematic review. *Porto Biomed J.* 2021;6(1):e128.
52. Basedow LA, Kuitunen-Paul S. Motives for the use of serotonergic psychedelics: A systematic review. *Drug Alcohol Rev.* septiembre de 2022;41(6):1391-403.
53. Psiuk D, Nowak E, Cholewa K, Łopuszańska U, Samardakiewicz M. The Potential Role of Serotonergic Hallucinogens in Depression Treatment. *Life Basel Switz.* 29 de julio de 2021;11(8):765.
54. Więckiewicz G, Stokłosa I, Piegza M, Gorczyca P, Pudło R. Lysergic Acid Diethylamide, Psilocybin and Dimethyltryptamine in Depression Treatment: A Systematic Review. *Pharm Basel Switz.* 12 de agosto de 2021;14(8):793.
55. Mardi P. Opium abuse and stroke in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Front Neurol.* 2022;13:855578.
56. Sarparast A, Thomas K, Malcolm B, Stauffer CS. Drug-drug interactions between psychiatric medications and MDMA or psilocybin: a systematic review. *Psychopharmacology (Berl).* junio de 2022;239(6):1945-76.
57. Breeksema JJ, Kuin BW, Kamphuis J, van den Brink W, Vermetten E, Schoevers RA. Adverse events in clinical treatments with serotonergic psychedelics and MDMA: A mixed-methods systematic review. *J Psychopharmacol Oxf Engl.* octubre de 2022;36(10):1100-17.
58. Calleja-Conde J, Morales-García JA, Echeverry-Alzate V, Bühler KM, Giné E, López-Moreno JA. Classic psychedelics and alcohol use disorders: A systematic review of human and animal studies. *Addict Biol.* noviembre de 2022;27(6):e13229.
59. Cavarra M, Falzone A, Ramaekers JG, Kuypers KPC, Mento C. Psychedelic-Assisted Psychotherapy-A Systematic Review of Associated Psychological Interventions. *Front Psychol.* 2022;13:887255.
60. Kuburi S, Di Passa AM, Tassone VK, Mahmood R, Lalovic A, Ladha KS, et al. Neuroimaging Correlates of Treatment Response with Psychedelics in Major Depressive Disorder: A Systematic Review. *Chronic Stress Thousand Oaks Calif.* 2022;6:24705470221115342.
61. Psiuk D, Nowak EM, Dycha N, Łopuszańska U, Kurzepa J, Samardakiewicz M. Esketamine and Psilocybin-The Comparison of Two Mind-Altering Agents in Depression Treatment: Systematic Review. *Int J Mol Sci.* 28 de septiembre de 2022;23(19):11450.
62. Rusanen SS, De S, Schindler EAD, Arto VA, Storvik M. Self-Reported Efficacy of Treatments in Cluster Headache: a Systematic Review of Survey Studies. *Curr Pain Headache Rep.* agosto de 2022;26(8):623-37.
63. Crowe M, Manuel J, Carlyle D, Lacey C. Experiences of psilocybin treatment for clinical conditions: A qualitative meta-synthesis. *Int J Ment Health Nurs.* agosto de 2023;32(4):1025-37.
64. Dawood Hristova JJ, Pérez-Jover V. Psychotherapy with Psilocybin for Depression: Systematic Review. *Behav Sci Basel Switz.* 31 de marzo de 2023;13(4):297.
65. Evens R, Schmidt ME, Majić T, Schmidt TT. The psychedelic afterglow phenomenon: a systematic review of subacute effects of classic serotonergic psychedelics. *Ther Adv Psychopharmacol.* 2023;13:20451253231172254.
66. Gonçalves J, Luís Á, Gallardo E, Duarte AP. A Systematic Review on the Therapeutic Effects of Ayahuasca. *Plants Basel Switz.* 7 de julio de 2023;12(13):2573.
67. Henríquez-Hernández LA, Rojas-Hernández J, Quintana-Hernández DJ, Borkel LF. Hofmann vs. Paracelsus: Do Psychedelics Defy the Basics of Toxicology?-A Systematic Review of the Main Ergolamines, Simple Tryptamines, and Phenylethylamines. *Toxics.* 3 de febrero de 2023;11(2):148.
68. Irizarry R, Winczura A, Dimassi O, Dhillon N, Minhas A, Larice J. Psilocybin as a Treatment for Psychiatric Illness: A Meta-Analysis. *Cureus.* noviembre de 2022;14(11):e31796.
69. Ko K, Kopra EI, Cleare AJ, Rucker JJ. Psychedelic therapy for depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 1 de febrero de 2023;322:194-204.
70. Ledwos N, Rodas JD, Husain MI, Feusner JD, Castle DJ. Therapeutic uses of psychedelics for eating disorders and body dysmorphic disorder. *J Psychopharmacol Oxf Engl.* enero de 2023;37(1):3-13.
71. Lee HJ, Tsang VW, Chai BS, Lin MC, Howard A, Uy C, et al. Psilocybin's Potential Mechanisms in the Treatment of Depression: A Systematic Review. *J Psychoactive Drugs.* 29 de junio de 2023;1-15.
72. Phan AN, Terry GE. Systematic review and rationale of using psychedelics in the treatment of cannabis use disorder. *Front Psychiatry.* 2023;14:1144276.
73. Rosenblat JD, Husain MI, Lee Y, McIntyre RS, Mansur RB, Castle D, et al. The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Task Force Report: Serotonergic Psychedelic Treatments for Major Depressive Disorder. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* enero de 2023;68(1):5-21.
74. Rossi GN, Hallak JEC, Baker G, Dursun SM, Dos Santos RG. The effects of ketamine and classic hallucinogens on neurotrophic and inflammatory markers in unipolar treatment-resistant depression: a systematic

- review of clinical trials. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* febrero de 2023;273(1):129-55.
75. Sicignano D, Snow-Caroti K, Hernandez AV, White CM. The Impact of Psychedelic Drugs on Anxiety and Depression in Advanced Cancer or other Life-threatening Disease: A Systematic Review With Meta-analysis. *Am J Clin Oncol.* 1 de junio de 2023;46(6):236-45.
76. Wang Y, Sun H, Ji Q, Wei J, Zhu P. Systematic Review of Interventions for Demoralization in Patients With Cancer. *J Nerv Ment Dis.* 1 de abril de 2023;211(4):314-26.
77. White CM, Weisman N, Dalo J. Psychedelics for Patients With Cancer: A Comprehensive Literature Review. *Ann Pharmacother.* septiembre de 2023;57(9):1062-75.
78. Muttoni S, Ardisino M, John C. Classical psychedelics for the treatment of depression and anxiety: A systematic review. *J Affect Disord.* 1 de noviembre de 2019;258:11-24.
79. Ojo O, Wang XH, Ojo OO, Ibe J. The Effects of Substance Abuse on Blood Glucose Parameters in Patients with Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 29 de noviembre de 2018;15(12):2691.
80. Aday JS, Mitzkovitz CM, Bloesch EK, Davoli CC, Davis AK. Long-term effects of psychedelic drugs: A systematic review. *Neurosci Biobehav Rev.* junio de 2020;113:179-89.
81. Basedow LA, Riemer TG, Reiche S, Kreutz R, Majić T. Neuropsychological Functioning in Users of Serotonergic Psychedelics - A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Pharmacol.* 2021;12:739966.
82. Lehto RH, Miller M, Sender J. The Role of Psilocybin-Assisted Psychotherapy to Support Patients With Cancer: A Critical Scoping Review of the Research. *J Holist Nurs Off J Am Holist Nurses Assoc.* septiembre de 2022;40(3):265-80.
83. Costa MÁ. A Dose of Creativity: An Integrative Review of the Effects of Serotonergic Psychedelics on Creativity. *J Psychoactive Drugs.* 2023;55(3):299-309.
84. Rodrigues LS, Rossi GN, Rocha JM, L Osório F, Bouso JC, Hallak JEC, et al. Effects of ayahuasca and its alkaloids on substance use disorders: an updated (2016-2020) systematic review of preclinical and human studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* junio de 2022;272(4):541-56.
85. Capaldi JM, Shabani J, Finster LB, Asher A, Wertheimer JC, Zebrack BJ, et al. Post-traumatic stress symptoms, post-traumatic stress disorder, and post-traumatic growth among cancer survivors: a systematic scoping review of interventions. *Health Psychol Rev.* 12 de enero de 2023;1-34.
86. dos Santos RG, Osório FL, Crippa JAS, Hallak JEC. Antidepressive and anxiolytic effects of ayahuasca: a systematic literature review of animal and human studies. *Rev Bras Psiquiatr Sao Paulo Braz.* 1999. marzo de 2016;38(1):65-72.
87. Gómez-Busto FJ, Ortiz MI. Virtual Reality and Psychedelics for the Treatment of Psychiatric Disease: A Systematic Literature Review. *Clin Neuropsychiatry.* diciembre de 2020;17(6):365-80.
88. Wong S, Yu AY, Fabiano N, Finkelstein O, Pasricha A, Jones BDM, et al. Beyond Psilocybin: Reviewing the Therapeutic Potential of Other Serotonergic Psychedelics in Mental and Substance Use Disorders. *J Psychoactive Drugs.* 24 de agosto de 2023;1-17.
89. dos Santos RG, Bouso JC, Hallak JEC. Ayahuasca, dimethyltryptamine, and psychosis: a systematic review of human studies. *Ther Adv Psychopharmacol.* abril de 2017;7(4):141-57.
90. Bouso JC, dos Santos RG, Alcázar-Córcoles MÁ, Hallak JEC. Serotonergic psychedelics and personality: A systematic review of contemporary research. *Neurosci Biobehav Rev.* abril de 2018;87:118-32.
91. Reiche S, Hermle L, Gutwinski S, Jungaberle H, Gasser P, Majić T. Serotonergic hallucinogens in the treatment of anxiety and depression in patients suffering from a life-threatening disease: A systematic review. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2 de febrero de 2018;81:1-10.
92. Trope A, Anderson BT, Hooker AR, Glick G, Stauffer C, Woolley JD. Psychedelic-Assisted Group Therapy: A Systematic Review. *J Psychoactive Drugs.* 2019;51(2):174-88.
93. Verstegen RHJ, Wang G, Langenberg-Ververgaert KPS, Ren LY, Nulman I. Paternal exposure to recreational drugs before conception and its effect on live-born offspring: A scoping review. *Birth Defects Res.* agosto de 2020;112(13):970-88.
94. Houle SKD, Evans D, Carter CA, Schlagenhauf P. Ayahuasca and the traveller: A scoping review of risks and possible benefits. *Travel Med Infect Dis.* 2021;44:102206.
95. Schimmers N, Brecksema JJ, Smith-Apeldoorn SY, Veraart J, van den Brink W, Schoevers RA. Psychedelics for the treatment of depression, anxiety, and existential distress in patients with a terminal illness: a systematic review. *Psychopharmacology (Berl).* enero de 2022;239(1):15-33.
96. Bender D, Hellerstein DJ. Assessing the risk-benefit profile of classical psychedelics: a clinical review of second-wave psychedelic research. *Psychopharmacology (Berl).* junio de 2022;239(6):1907-32.
97. Köck P, Froelich K, Walter M, Lang U, Dürsteler KM. A systematic literature review of clinical trials and therapeutic applications of ibogaine. *J Subst Abuse Treat.* julio de 2022;138:108717.
98. Bonnieux JN, VanderZwaag B, Premji Z, Garcia-Romeu A, Garcia-Barrera MA. Psilocybin's effects on cognition and creativity: A scoping review. *J Psychopharmacol Oxf Engl.* julio de 2023;37(7):635-48.
99. van Amsterdam J, van den Brink W. The therapeutic potential of psilocybin: a systematic review. *Expert Opin Drug Saf.* junio de 2022;21(6):833-40.
100. Hodge AT, Sukpraput-Braaten S, Narlesky M, Strayhan RC. The Use of Psilocybin in the Treatment of Psychiatric Disorders with Attention to Relative Safety Profile: A Systematic Review. *J Psychoactive Drugs.* 2023;55(1):40-50.
101. dos Santos RG, Balthazar FM, Bouso JC, Hallak JE. The current state of research on ayahuasca: A systematic review of human studies assessing psychiatric symptoms, neuropsychological functioning, and neuroimaging. *J Psychopharmacol Oxf Engl.* diciembre de 2016;30(12):1230-47.

102. O'Callaghan C, Hubik DJ, Dwyer J, Williams M, Ross M. Experience of Music Used With Psychedelic Therapy: A Rapid Review and Implications. *J Music Ther.* 18 de julio de 2020;57(3):282-314.
103. Golden TL, Magsamen S, Sandu CC, Lin S, Roebuck GM, Shi KM, et al. Effects of Setting on Psychedelic Experiences, Therapies, and Outcomes: A Rapid Scoping Review of the Literature. *Curr Top Behav Neurosci.* 2022;56:35-70.
104. Doyle MA, Ling S, Lui LMW, Fragnelli P, Teopiz KM, Ho R, et al. Hallucinogen persisting perceptual disorder: a scoping review covering frequency, risk factors, prevention, and treatment. *Expert Opin Drug Saf.* junio de 2022;21(6):733-43.
105. Sakurai H, Yonezawa K, Tani H, Mimura M, Bauer M, Uchida H. Novel Antidepressants in the Pipeline (Phase II and III): A Systematic Review of the US Clinical Trials Registry. *Pharmacopsychiatry.* julio de 2022;55(4):193-202.
106. Nunes AA, Dos Santos RG, Osório FL, Sanches RF, Crippa JAS, Hallak JEC. Effects of Ayahuasca and its Alkaloids on Drug Dependence: A Systematic Literature Review of Quantitative Studies in Animals and Humans. *J Psychoactive Drugs.* 2016;48(3):195-205.
107. Thomas K, Malcolm B, Lastra D. Psilocybin-Assisted Therapy: A Review of a Novel Treatment for Psychiatric Disorders. *J Psychoactive Drugs.* 2017;49(5):446-55.
108. Estados Unidos. Estado de California. California Uniform Controlled Substances Act 1972. Disponible en: https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displayexpandedbranch.xhtml?tocCode=HSC&division=10.&title=&part=&chapter=&article=
109. Reino Unido. Parlamento. Expert Participation. Misuse of Drugs Act 1971. Chapter 38 an Act to make new provision with respect to dangerous or otherwise harmful drugs and related matters, and for purposes connected therewith. 27th May 1971. Disponible en: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1971/38/contents>
110. Reino Unido. Secretary of State. 2001 No. 3998 Dangerous Drugs. The Misuse of Drugs Regulations 2001. 14th December 2001. Disponible en: https://www.legislation.gov.uk/uksi/2001/3998/pdfs/uksi_20013998_en.pdf
111. Estados Unidos. Estado de Colorado. People of the State of Colorado. Article 170. Natural Medicine Health Act of 2022. February 4, 2022. 18 p. Disponible en: <https://www.sos.state.co.us/pubs/elections/Initiatives/titleBoard/filings/2021-2022/58Final.pdf>
112. Chile. Ministerio de Salud. Decreto 405 Reglamento de Productos Psicotrópicos. febrero 20 de 1984. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=13066>
113. Perú. Presidencia de la República. Decreto Supremo N° 023-2001-SA. Reglamento de estupefacientes, psicotrópicos y otras sustancias sujetas a fiscalización sanitaria. Julio 22, 2001. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/283858/255646_DS023-2001.pdf20190110-18386-1k7n0nb.pdf?v=1547177096
114. International Drug Policy Consortium, IDPC. Guía sobre políticas de drogas del IDPC. 3 ed. London: IDPC, 2016. 156 p. Disponible en: <https://idpc.net/es/publications/2016/03/guia-sobre-politicas-de-drogas-del-idpc>
115. Transnational Institute Drugs and Democracy Programme. Coca yes, cocaine, no? Legaloptions for the coca leaf. Debate Papers no.13 Mayo 2016. TNI Briefing series no. 2006/2. 20 p. Disponible en: <https://www.tni.org/files/download/debate13.pdf>
116. Estados Unidos. 91st Congress (1969-1970). H.R.18583 An Act to amend the Public Health Service Act and other laws to provide increased research, into, and prevention of, drug abuse and drug dependence; to provide for treatment and rehabilitation of drug abusers and drug dependent persons; and to strengthen existing law enforcement authority in the field of drug abuse. 1970. Disponible en: <https://www.congress.gov/bill/91st-congress/house-bill/18583>
117. Estados Unidos. 116th Congress (2019-2020). S.1016 - Stephen Hacula Poppy Seed Safety Act. This bill prohibits the sale of food that contains poppy seeds with potentially harmful levels of morphine, codeine, or other alkaloid compounds. Mar 4, 2019. Disponible en: <https://www.congress.gov/bill/116th-congress/senate-bill/1016>
118. Australia. Department of Health and Aged Care. Therapeutic Goods Administration. Access to MDMA (3,4-methylenedioxymethamphetamine) and psilocybin for therapeutic purposes Information for psychiatrist prescribers. Version 3.0, June 2023. 14 p. Disponible en: https://www.tga.gov.au/sites/default/files/2023-02/access_to_mdma_34-methylenedioxy-methamphetamine_and_psilocybin_for_therapeutic_purposes.pdf
119. Global Commission on Drug Policy. Time to End Prohibition. Report 2021. Geneva. 28 p. Disponible en: <https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/time-to-end-prohibition>
120. Global Commission on Drug Policy. Taking Control: Pathways to Drug Policies That Work. Geneva: GCDP, 2014. 25 p. Disponible en: <https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/taking-control-pathways-to-drug-policies-that-work>
121. United States. Oregon State Congress. Measure 109: Psilocybin Services Act of 2020. Allows manufacture, delivery, administration of psilocybin at supervised, licensed facilities; imposes 2-year development period. Disponible en: <https://chacruna.net/oregon-psilocybin-services-act-of-2020/>
122. International Center for Ethnobotanical Education, Research, and Service (ICEERS), International Drug Policy Consortium (IDPC). Submission to the UN Committee on the Elimination of Racial Discrimination. The right to health and the criminalisation of ancestral plants. 4 August 2023. 7 p. Disponible en: <https://idpc.net/publications/2023/08/right-to-health-and-the-criminalization-of-ancestral-plants>
123. Global Drug Policy Program, Open Society Foundations. Habeas Coca: La comunidad Boliviana para la fiscalización de la coca. Julio 2015. 84 p. Disponible en: <https://idpc.net/es/publications/2015/07/habeas-coca-la-comunidad-boliviana-para-la-fiscalizacion-de-la-coca>
124. United Nations. Economic and Social Council. Commission on Narcotic Drugs. Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an

- Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem. Vienna: UN, 2009. 8 p. Disponible en: https://digitallibrary.un.org/record/649432/files/E_CN-7_2009_L-2-EN.pdf?ln=en
125. International Drug Policy Consortium (IDPC). Strengthening the role of the World Health Organization in global drug policy. June 2019. 14 p. Disponible en: <https://idpc.net/es/publications/2019/07/fortalecimiento-del-papel-de-la-organizacion-mundial-de-la-salud-en-la-politica-mundial-sobre-drogas>
126. United Nations. Economic and Social Council. Convenio sobre sustancias sicotrópicas 1971. Vienna: UN, 1971. 18 p. Disponible en: https://www.unodc.org/pdf/convention_1971_es.pdf
127. Organización de las Naciones Unidas. Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. Lista de sustancias sicotrópicas sometidas a fiscalización internacional. Lista Verde. 33 ed. 2022. 29 p. Disponible en: https://www.incb.org/documents/Psychotropics/forms/greenlist/2022/Green_List_S.pdf
128. United States. Denver City Council. Finance & Governance Committee. Denver Psilocybin Mushroom Policy Review Panel. November 9, 2021. Disponible en: <https://chacruna.net/wp-content/uploads/2021/11/2021-Comprehensive-Report.pdf>
129. Zuleta González, Pablo Carlos; Martínez Ferro, Tatiana. Políticas públicas en Colombia frente al consumo de sustancias psicoactivas (SPA). Centro de Estudios sobre Seguridad y Drogas (CESED). Bogotá: Universidad de los Andes, 2020. 9 p. Disponible en: <https://repositorio.uniandes.edu.co/server/api/core/bitstreams/4e9251a8-64fb-4195-935a-91ab2557afda/content>
130. United Nations Thai Programme for Drug Abuse Control in Thailand. A report on phase I: February 1972-June 1979. Thailandia: United Nations. Vienna: Office on Drugs and Crime, 1979. 44 p. Disponible en: https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/bulletin/bulletin_1979-01-01_2_page002.html#s670
131. Plantaforma. Estudio documental la Ayahuasca en España. Informe jurídico y científico. Madrid: Plantaforma, 2014. 44 p. Disponible en: https://www.plantaforma.org/wp/wp-content/uploads/PDA_INFORME_FINAL_2014.pdf
132. Belouin SJ, Averill LA, Henningfield JE, Xenakis SN, Donato I, Grob CS, et al. Policy considerations that support equitable access to responsible, accountable, safe, and ethical uses of psychedelic medicines. *Neuropharmacology*. 15 de noviembre de 2022;219:109214.
133. Bouso JC, Sánchez Avilés C. Drugs and society in Spain in the 2020s: Outlining alternatives to the biomedical-punitive model. *Rev Esp Drog*. 2022;47(1):201-13.
134. United Nations. Economic and Social Council. Convenio sobre sustancias sicotrópicas 1971. Vienna: UN, 1971. 18 p. Disponible en: https://www.unodc.org/pdf/convention_1971_es.pdf
135. Zuleta González, Pablo Carlos; Martínez Ferro, Tatiana. Políticas públicas en Colombia frente al consumo de sustancias psicoactivas (SPA). Centro de Estudios sobre Seguridad y Drogas (CESED). Bogotá: Universidad de los Andes, 2020. 9 p. Disponible en: <https://repositorio.uniandes.edu.co/server/api/core/bitstreams/4e9251a8-64fb-4195-935a-91ab2557afda/content>
136. Reino Unido. Secretary of State. 2001 No. 3998 Dangerous Drugs. The Misuse of Drugs Regulations 2001. 14th December 2001. Disponible en: https://www.legislation.gov.uk/ukxi/2001/3998/pdfs/ukxi_20013998_en.pdf
137. Reino Unido. Secretary of State. List of most commonly encountered drugs currently controlled under the misuse of drugs legislation. Guidance. 8 August 2022. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/controlled-drugs-list--2/list-of-most-commonly-encountered-drugs-currently-controlled-under-the-misuse-of-drugs-legislation>
138. Estados Unidos. Estado de Colorado. People of the State of Colorado. Article 170. Natural Medicine Health Act of 2022. February 4, 2022. 18 p. Disponible en: <https://www.sos.state.co.us/pubs/elections/Initiatives/titleBoard/filings/2021-2022/58Final.pdf>
139. Kitchen C, Kabba JA, Fang Y. Status and Impacts of Recreational and Medicinal Cannabis Policies in Africa: A Systematic Review and Thematic Analysis of Published and «Gray» Literature. *Cannabis Cannabinoid Res*. 2022;7(3):239-61.
140. French MT, Zukerberg J, Lewandowski TE, Piccolo KB, Mortensen K. Societal Costs and Outcomes of Medical and Recreational Marijuana Policies in the United States: A Systematic Review. *Med Care Res Rev MCRR*. 2022;79(6):743-71.
141. Ansari B, Tote KM, Rosenberg ES, Martin EG. A Rapid Review of the Impact of Systems-Level Policies and Interventions on Population-Level Outcomes Related to the Opioid Epidemic, United States and Canada, 2014-2018. *Public Health Rep Wash DC* 1974. 2020;135(1):100S-127S.
142. Notrica DM, Sayers LW, Krishna N, Rowe D, Jaroszewski DE, McMahon LE. The impact of state laws on motor vehicle fatality rates, 1999-2015. *J Trauma Acute Care Surg*. 2020;88(6):760-9.
143. Weinberger AH, Wyka K, Goodwin RD. Impact of cannabis legalization in the United States on trends in cannabis use and daily cannabis use among individuals who smoke cigarettes. *Drug Alcohol Depend*. 2022;238:109563.
144. Toumbourou JW, Rowland B, Williams J, Smith R, Patton GC. Community intervention to prevent adolescent health behavior problems: Evaluation of communities that care in Australia. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc*. 2019;38(6):536-44.
145. Harris KN, Kulesza C. Exploring the Impact of Adult-use Cannabis Legalization on Legal System Referrals to Treatment for Cannabis Use: Do Age and Race Have a Moderating Effect? *Clin Ther*. 2023;45(6):599-615.
146. Callaghan RC, Sanches M, Vander Heiden J, Kish SJ. Impact of Canada's cannabis legalisation on youth emergency department visits for cannabis-related disorders and poisoning in Ontario and Alberta, 2015-2019. *Drug Alcohol Rev*. 2023;42(5):1104-13.
147. Weinberger AH, Wyka K, Kim JH, Smart R, Mangold

- M, Schanzer E, et al. A difference-in-difference approach to examining the impact of cannabis legalization on disparities in the use of cigarettes and cannabis in the United States, 2004-17. *Addict Abingdon Engl*. 2022;117(6):1768-77.
148. Shah A, Hayes CJ, Lakkad M, Martin BC. Impact of Medical Marijuana Legalization on Opioid Use, Chronic Opioid Use, and High-risk Opioid Use. *J Gen Intern Med*. 2019;34(8):1419-26.
149. Jones JM, Shults RA, Robinson B, Komatsu KK, Sauber-Schatz EK. Marijuana and alcohol use among injured drivers evaluated at level I trauma centers in Arizona, 2008-2014. *Drug Alcohol Depend*. 2019;204:107539.
150. McMichael BJ, Van Horn RL, Viscusi WK. The impact of cannabis access laws on opioid prescribing. *J Health Econ*. 2020;69:102273.
151. Coley RL, Hawkins SS, Ghiani M, Kruzik C, Baum CF. A quasi-experimental evaluation of marijuana policies and youth marijuana use. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2019;45(3):292-303.
152. Tolan NV, Terebo T, Chai PR, Erickson TB, Hayes BD, Uljon SN, et al. Impact of marijuana legalization on cannabis-related visits to the emergency department. *Clin Toxicol Phila Pa*. 2022;60(5):585-95.
153. Choo EK, Benz M, Zaller N, Warren O, Rising KL, McConnell KJ. The impact of state medical marijuana legislation on adolescent marijuana use. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. 2014;55(2):160-6.
154. Borodovsky JT, Crosier BS, Lee DC, Sargent JD, Budney AJ. Smoking, vaping, eating: Is legalization impacting the way people use cannabis? *Int J Drug Policy*. 2016;36:141-7.
155. Mair C, Freisthler B, Ponicki WR, Gaidus A. The impacts of marijuana dispensary density and neighborhood ecology on marijuana abuse and dependence. *Drug Alcohol Depend*. 2015;154:111-6.
156. Wang GS, Davies SD, Halmo LS, Sass A, Mistry RD. Impact of Marijuana Legalization in Colorado on Adolescent Emergency and Urgent Care Visits. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. 2018;63(2):239-41.
157. Weinberger AH, Wyka K, Goodwin RD. Impact of cannabis legalization in the United States on trends in cannabis use and daily cannabis use among individuals who smoke cigarettes. *Drug Alcohol Depend*. 1 de septiembre de 2022;238:109563.
158. Jones JM, Shults RA, Robinson B, Komatsu KK, Sauber-Schatz EK. Marijuana and alcohol use among injured drivers evaluated at level I trauma centers in Arizona, 2008-2014. *Drug Alcohol Depend*. 1 de noviembre de 2019;204:107539.
159. Harris KN, Kulesza C. Exploring the Impact of Adult-use Cannabis Legalization on Legal System Referrals to Treatment for Cannabis Use: Do Age and Race Have a Moderating Effect? *Clin Ther*. junio de 2023;45(6):599-615.
160. Shah A, Hayes CJ, Lakkad M, Martin BC. Impact of Medical Marijuana Legalization on Opioid Use, Chronic Opioid Use, and High-risk Opioid Use. *J Gen Intern Med*. agosto de 2019;34(8):1419-26.
161. Tolan NV, Terebo T, Chai PR, Erickson TB, Hayes BD, Uljon SN, et al. Impact of marijuana legalization on cannabis-related visits to the emergency department. *Clin Toxicol Phila Pa*. mayo de 2022;60(5):585-95.
162. Toumbourou JW, Rowland B, Williams J, Smith R, Patton GC. Community intervention to prevent adolescent health behavior problems: Evaluation of communities that care in Australia. *Health Psychol*. 2019;38(6):536-44.
163. McMichael BJ, Van Horn RL, Viscusi WK. The impact of cannabis access laws on opioid prescribing. *J Health Econ*. enero de 2020;69:102273.
164. Choo EK, Benz M, Zaller N, Warren O, Rising KL, McConnell KJ. The impact of state medical marijuana legislation on adolescent marijuana use. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. agosto de 2014;55(2):160-6.
165. Wang GS, Davies SD, Halmo LS, Sass A, Mistry RD. Impact of Marijuana Legalization in Colorado on Adolescent Emergency and Urgent Care Visits. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. agosto de 2018;63(2):239-41.
166. Weinberger AH, Wyka K, Kim JH, Smart R, Mangold M, Schanzer E, et al. A difference-in-difference approach to examining the impact of cannabis legalization on disparities in the use of cigarettes and cannabis in the United States, 2004-17. *Addiction*. 2022;117(6):1768-77.
167. Borodovsky JT, Crosier BS, Lee DC, Sargent JD, Budney AJ. Smoking, vaping, eating: Is legalization impacting the way people use cannabis? *Int J Drug Policy*. octubre de 2016;36:141-7.
168. Mair C, Freisthler B, Ponicki WR, Gaidus A. The impacts of marijuana dispensary density and neighborhood ecology on marijuana abuse and dependence. *Drug Alcohol Depend*. 1 de septiembre de 2015;154:111-6.
169. Notrica DM, Sayrs LW, Krishna N, Rowe D, Jaroszewski DE, McMahon LE. The impact of state laws on motor vehicle fatality rates, 1999-2015. *J Trauma Acute Care Surg*. junio de 2020;88(6):760-9.
170. Global Commission on Drug Policy. Taking Control: Pathways to Drug Policies That Work. Geneva: GCDP, 2014. 25 p. Disponible en: <https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/taking-control-pathways-to-drug-policies-that-work>
171. International Center for Ethnobotanical Education, Research, and Service (ICEERS), International Drug Policy Consortium (IDPC). Submission to the UN Committee on the Elimination of Racial Discrimination. The right to health and the criminalisation of ancestral plants. 4 August 2023. 7 p. Disponible en: <https://idpc.net/publications/2023/08/right-to-health-and-the-criminalization-of-ancestral-plants>
172. Tupper KW. The globalization of ayahuasca: harm reduction or benefit maximization? *Int J Drug Policy*. agosto de 2008;19(4):297-303.
173. Transnational Institute Drugs and Democracy Programme. Coca yes, cocaine, no? Legaloptions for the coca leaf. Debate Papers no.13 Mayo 2016. TNI Briefing series no. 2006/2. 20 p. Disponible en: <https://www.tni.org/files/download/debate13.pdf>
174. Australia. Department of Health and Aged Care. Therapeutic Goods Administration. Access to MDMA (3,4-methylenedioxymethamphetamine) and psilocybin for therapeutic purposes Information for psychiatrist prescribers. Version 3.0, June 2023. 14 p. Disponible en: <https://www.tga.gov.au/sites/default/files/2023->

- 02/access_to_mdma_34-methylenedioxy-methamphetamine_and_psilocybin_for_therapeutic_purposes.pdf
175. Global Commission on Drug Policy. Taking Control: Pathways to Drug Policies That Work. Geneva: GCDP, 2014. 25 p. Disponible en: <https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/taking-control-pathways-to-drug-policies-that-work>
176. International Center for Ethnobotanical Education, Research, and Service (ICEERS), International Drug Policy Consortium (IDPC). Submission to the UN Committee on the Elimination of Racial Discrimination. The right to health and the criminalisation of ancestral plants. 4 August 2023. 7 p. Disponible en: <https://idpc.net/publications/2023/08/right-to-health-and-the-criminalization-of-ancestral-plants>
177. Global Commission on Drug Policy. Time to End Prohibition. Report 2021. Geneva. 28 p. Disponible en: <https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/time-to-end-prohibition>
178. International Drug Policy Consortium (IDPC). Strengthening the role of the World Health Organization in global drug policy. June 2019. 14 p. Disponible en: <https://idpc.net/es/publications/2019/07/fortalecimiento-del-papel-de-la-organizacion-mundial-de-la-salud-en-la-politica-mundial-sobre-drogas>
179. United Nations Thai Programme for Drug Abuse Control in Thailand. A report on phase I: February 1972-June 1979. Thailandia: United Nations. Vienna: Office on Drugs and Crime, 1979. 44 p. Disponible en: https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/bulletin/bulletin_1979-01-01_2_page002.html#s670
180. Kitchen C, Kabba JA, Fang Y. Status and Impacts of Recreational and Medicinal Cannabis Policies in Africa: A Systematic Review and Thematic Analysis of Published and «Gray» Literature. Cannabis Cannabinoid Res. junio de 2022;7(3):239-61.
181. Lipnik-štangelj M, Razinger B. A regulatory take on cannabis and cannabinoids for medicinal use in the European Union. Arh Hig Rada Toksikol. 2020;71:12-8.
182. Bostwick JM. Blurred boundaries: the therapeutics and politics of medical marijuana. Mayo Clin Proc. febrero de 2012;87(2):172-86.
183. Ansari B, Tote KM, Rosenberg ES, Martin EG. A Rapid Review of the Impact of Systems-Level Policies and Interventions on Population-Level Outcomes Related to the Opioid Epidemic, United States and Canada, 2014-2018. Public Health Rep Wash DC 1974. 2020;135(1_suppl):100S-127S.
184. French MT, Zukerberg J, Lewandowski TE, Piccolo KB, Mortensen K. Societal Costs and Outcomes of Medical and Recreational Marijuana Policies in the United States: A Systematic Review. Med Care Res Rev MCRR. diciembre de 2022;79(6):743-71.

ANEXOS

Las siguientes tablas proporcionan información detallada sobre las revisiones sistemáticas identificadas para cada opción. Cada fila en una tabla corresponde a una revisión sistemática particular y las revisiones están organizadas por elemento de opción. El enfoque de la revisión se describe en la tercera columna, mientras que la cuarta columna registra el último año en que se realizó una búsqueda en la literatura como parte de la revisión.

La quinta columna presenta una evaluación de la calidad general de la revisión (solo se encuentra en el anexo 2.1). La calidad de cada revisión se evaluó utilizando AMSTAR 2 (una herramienta de medición para evaluar revisiones sistemáticas), que califica la calidad general en una escala en la cual la revisión de más alta calidad tiene una puntuación de 16/16 cuando la revisión está acompañada de metaanálisis y de 11/11 para aquellas sin metaanálisis. Es importante tener en cuenta que la herramienta AMSTAR 2 se desarrolló para evaluar las revisiones centradas en las intervenciones clínicas, por lo que no todos los criterios se aplican a las revisiones sistemáticas relacionadas con los acuerdos de administración, financieros o de gestión de los sistemas de salud. Cuando el denominador no es 11, los evaluadores consideraron que un aspecto de la herramienta no era relevante. Al comparar las calificaciones, es importante tener en cuenta ambas partes de la puntuación (es decir, el numerador y el denominador). Por ejemplo, una revisión que obtiene un puntaje de 8/8 es generalmente de calidad comparable a una revisión con un puntaje de 11/11 o 16/16; ambas calificaciones se consideran "puntajes altos". Un puntaje alto indica que los lectores de la revisión pueden tener un alto nivel de confianza en sus hallazgos. Por otra parte, un puntaje bajo no significa que la revisión deba descartarse, simplemente que se puede depositar menos confianza en sus hallazgos y que la revisión debe examinarse detenidamente para identificar sus limitaciones. (Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A. Herramientas de APOYO para la formulación de políticas de salud (STP) basadas en evidencia: 8. Decidir cuánta confianza depositar en una revisión sistemática. *Health Research Policy and Systems* 2009; 7 (Suppl1): S8.

Las últimas dos columnas transmiten información sobre la utilidad de la revisión en términos de aplicabilidad local, aplicabilidad con respecto a grupos priorizados y aplicabilidad de problemas. La última columna muestra la proporción de estudios incluidos en la revisión que tratan explícitamente con uno de los grupos priorizados. La última columna indica la aplicabilidad de la revisión en términos de la proporción de estudios centrados en INSERT FOCUS.

Anexo 1. Revisiones basadas en evidencia y otros estudios relevantes para la Opción 1

Tipo de revisión Autor, Año	Objetivo de la revisión	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda	AMSTAR 2	Proporción de estudios realizados en AL
<p>Revisión sistemática</p> <p>Gonçalves et al., 2023 (66)</p>	<p>Investigar las propiedades bioactivas asociadas con la ayahuasca.</p>	<p>Ayahuasca: Bebida de ayahuasca. Ensayos clínicos en voluntarios humanos: 1) Riba et al. (2003) n= 18. <i>Metodología:</i> Escalas Visuales Análogas (EVA), Escala de Evaluación de Alucinógenos (EEA), Inventario del Centro de Investigación de Adicciones (ICIA) y efectos subjetivos y farmacocinética de Alcaloides como: aumento de la presión arterial sistólica (PAS), diastólica (PAD), frecuencia cardíaca (FC), aumento en la excreción urinaria de normetanefrina sin disminución en los niveles de metabolitos de monoaminas desaminadas. <i>Resultados:</i> metabolismo predominantemente periférico de la harmina. 2) Riba et al. (2006) n=15 <i>Metodología:</i> EEA; ICIA; tomografía por emisión de fotón único para valorar efectos en el flujo sanguíneo cerebral regional (aumento de la perfusión sanguínea en áreas relacionadas con estados subjetivos de sensación, conciencia somática y excitación emocional, además en la amígdala izquierda/giro parahipocampal) <i>Resultados:</i> posible asociación de la ayahuasca con la neurotransmisión de sistemas neuronales involucrados en la intercepción y el procesamiento emocional. 3) Sanches et al. (2016) n=17 <i>Metodología:</i> Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D), Escala de Depresión de Montgomery-Åsberg (MADRS), Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS), Escala de Evaluación de la Manía en Jóvenes (YMRS), escala de estados disociativos administrada por el clínico, y evaluación de potenciales antidepresivos y sus efectos en el flujo sanguíneo cerebral regional. <i>Resultados:</i> disminución significativa en los síntomas de la depresión, aumento de la psicoactividad y de la perfusión sanguínea en regiones que regulan emociones y el estado de ánimo. 4) Uthaug et al. (2021) n= 30 <i>Metodología:</i> Prueba de Empatía Multifacética (MET), Inventario de Disolución del Ego, Escala de Evaluación de las 5 dimensiones de estados de Conciencia Alterados (5D-ASD), DASS-21, BSI-18, FFMQ. <i>Resultados:</i> cambios en la Salud Mental con efectos beneficiosos relacionados. 5) Riba et al. (2001) n= 6 <i>Metodología:</i> EVA; Adaptaciones en Español de la Escala de Evaluación de Alucinógenos (HRS); ICIA; Medidas de tolerancia. <i>Resultados:</i> mejoría significativa en los efectos psicológicos. Tolerancia a nivel cardiovascular. 6) Galvão-Coelho et al. (2020) n= 73. Ensayo clínico doble ciego y controlado con placebo de ayahuasca en 45 personas sanas y 28 pacientes con depresión resistente al tratamiento. <i>Metodología:</i> medición de biomarcadores inflamatorios en sangre, Escala de Evaluación de Estado de Ánimo con Adjetivos (AMRS) <i>Resultados:</i> antes del tratamiento, el grupo de pacientes con depresión tenía niveles más altos de PCR y cortisol que el grupo de control. Después del tratamiento, hubo una reducción significativa en los niveles de PCR, cortisol y menor sintomatología depresiva. 7) Mello et al. (2018) n=22 <i>Metodología:</i> medición de parámetros bioquímicos hepáticos en voluntarios que consumían regularmente ayahuasca durante al menos un año. <i>Resultados:</i> no tuvo un impacto significativo en la función hepática.</p>	12/2022	Críticamente baja	No reportados

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de revisión Autor, Año	Objetivo de la revisión	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda	AMSTAR 2	Proporción de estudios realizados en AL
		<p>8) Barbanoj et al. (2008) n= 22 <i>Metodología:</i> medición de calidad subjetiva del sueño, polisomnografía, análisis espectral <i>Resultados:</i> inhibición del sueño REM y compromiso de la calidad del sueño sin interrupciones significativas.</p> <p>9) Frecska et al. (2004) n= 10 (ritual) <i>Metodología:</i> evaluaron el efecto en la alternancia de estímulos dicóticos y la percepción alterada en participantes de ceremonias de ayahuasca (Prueba de rivalidad binocular, influencia de la rivalidad binocular en tasas altas de alternancia de estímulos dicóticos. <i>Resultados:</i> aumento en el tiempo de dominio perceptual y cambios en la percepción auditiva bajo la influencia de la ayahuasca.</p> <p>Estudios observaciones, incluyendo Rituales (Voluntarios Humanos)</p> <p>1) Kuypers et al. (2016) n=26 (Ritual) <i>Metodología:</i> Prueba de Significados de Patrones/Líneas, Prueba de Conceptos Visuales (PCT), EVA. <i>Resultados:</i> mejoría en el pensamiento creativo divergente y aumento en la flexibilidad psicológica.</p> <p>2) Santos et al. (2007) n= 9 <i>Metodología:</i> cuestionarios estándar para evaluar estado de ansiedad, rasgos ansiosos, de pánico y desesperanza; medidas psicométricas de ansiedad, pánico y desesperanza. <i>Resultados:</i> sin cambios en la ansiedad, disminución del pánico y la desesperanza.</p> <p>3) Mian et al. (2019) n=152 <i>Metodología:</i> Escala de Activación Conductual para la Depresión en su forma corta, Cuestionario de Cinco Facetas de la Atención Plena (FFMQ), Cuestionario de Experiencias (EQ), Escala de Depresión del Centro de estudios Epidemiológicos forma corta (CESD-SF). <i>Resultados:</i> contribución a la atención plena y activación conductual en con efectos antidepressivos.</p> <p>4) Talin et al. (2017) n= no especificado. En el contexto de rituales interactivos que apoyan el esfuerzo de sanación: <i>Metodología:</i> trabajo de campo a largo plazo y observación de participantes en comunidades que utilizan ayahuasca <i>Resultados:</i> la efectividad de la ayahuasca en el tratamiento de la adicción depende de la guía durante el ritual, puede ser efectiva en la recuperación de adicciones.</p> <p>5) Loizaga-Velder et al. (2014) n= no especificado <i>Metodología:</i> revisión de proyectos terapéuticos, entrevistas con terapeutas que aplican ayahuasca en el tratamiento de adicciones, con investigadores expertos en el tema y con individuos que han sido sometidos a terapia asistida por ayahuasca para la adicción en diferentes entornos. <i>Resultados:</i> potencial tratamiento de adicción a sustancias y prevención de recaídas.</p> <p>6) Peláez et al. (2020) n= 14 <i>Metodología:</i> inventario de Temperamento y Carácter - Versión Revisada de Cloninger, Modelo de Cloninger. <i>Resultados:</i> mejora en impulsividad, compasión, apego y aceptación espiritual, autotrascendencia y búsqueda de novedad.</p> <p>7) González et al. (2019) n= 60 <i>Metodología:</i> cuestionario de características generales en el duelo, inventario revisado del duelo de Texas, Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II), consideraciones éticas. <i>Resultados:</i> en la terapia para manejo del duelo mostró beneficios en algunas dimensiones psicológicas e interpersonales, memorias biográficas, liberación emocional y experiencias de contacto con el difunto.</p> <p>8) Uthaug et al. (2018) n= 57 (ritual) <i>Metodología:</i> PCT; Escala de Estrés, Ansiedad y Depresión de 21 ítems (DASS-21); escala de satisfacción con la vida, FFMQ, inventario de disolución del ego.</p>			

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de revisión Autor, Año	Objetivo de la revisión	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda	AMSTAR 2	Proporción de estudios realizados en AL
		<p><i>Resultados:</i> efectos benéficos relacionados con el placebo, puede mejorar la estabilidad emocional y la satisfacción con la vida.</p> <p>9) Soler et al. (2016) n= 25 <i>Metodología:</i> FFMQ, EQ. <i>Resultados:</i> disminución de la reactividad interna y del procesamiento crítico de experiencias. Aumento de la capacidad de descentralización.</p> <p>10) Harris et al. (2012) n=177 <i>Metodología:</i> cuestionario Cualitativo. <i>Resultados:</i> aumento del consumo de dietas más saludables, reducción del consumo de alcohol, mejora del estado de ánimo, autoaceptación y relaciones.</p> <p>11) Barbosa et al. (2005) n=28 <i>Metodología:</i> programa de entrevista clínica (edición revisada), perfil sociodemográfico, perfiles de creencias religiosas intrínsecas, inventario de percepciones y motivaciones intrínsecas, mapeo fenomenológico de estados alterados de conciencia, inventario de cambios de comportamiento <i>Resultados:</i> mayor tranquilidad, fenómenos visuales, introspección, numinosidad, reducción de los síntomas psiquiátricos. Aumento de serenidad, vivacidad/alegría y asertividad. Se asocia con experiencias espirituales, puede tener un impacto positivo en la espiritualidad y la satisfacción con la vida.</p> <p>12) Domínguez-Clavé (2019) n= 45 <i>Metodología:</i> Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS), Rasgos de atención plena (FFMQ-SF, EQ) <i>Resultados:</i> mejora la no aceptación emocional, interferencia emocional, falta de control, estado de conciencia y descentralización emocional. Sin cambios en las habilidades de atención plena.</p> <p>13) Franquesa et al. (2018) n= 122 <i>Metodología:</i> Inventario Breve de Síntomas – 18 (BSI-18), Escala de evaluación de síntomas psicóticos-45 (PSA- 45), EQ, Escala de Vida Comprometida, Escala de Experiencia del Yo. <i>Resultados:</i> disminución en los valores de logro en la vida, vivir de acuerdo con los valores, el yo en relaciones cercanas, sociales y en general. Mejora en los resultados del yo positivo y la descentralización.</p> <p>14) Frecska et al. (2012) n= 61 (ritual) <i>Metodología:</i> Pruebas de Creatividad de Torrance (TTCT) <i>Resultados:</i> aumento de respuestas fosfénicas y originales, creatividad visual y actividad entóptica.</p> <p>Weiss et al. (2021) n=256 <i>Metodología:</i> cambios en rasgos de personalidad según el modelo de los cinco factores, características demográficas, personalidad de base y experiencias agudas posterior al consumo. <i>Resultados:</i> alteración de la neuroticismo y moderación de la personalidad.</p> <p>15) Campagnoli et al. (2020) n= 9 (ritual) <i>Metodología:</i> audición y reproducción de estímulos musicales. <i>Resultados:</i> disminución de la distorsión temporal.</p> <p>16) Trichter et al. (2009) n= 54 <i>Metodología:</i> perfil de experiencias máximas, escala de bienestar espiritual, escala de misticismo. <i>Resultados:</i> aumento en el perfil de experiencias máximas y el bienestar espiritual en el misticismo.</p> <p>17) Bouso et al. (2013) n=24 <i>Metodología:</i> prueba de la torre de Londres; prueba de colores y palabras Stroop; prueba de memoria de trabajo Sternberg. <i>Resultados:</i> disminución de la memoria de trabajo y en la discapacidad al promover efectos neuromoduladores o compensatorios en la función ejecutiva.</p> <p>18) Frecska et al. (2003) n=10 (ritual)</p>			

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de revisión Autor, Año	Objetivo de la revisión	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda	AMSTAR 2	Proporción de estudios realizados en AL
		<p><i>Metodología:</i> prueba de rivalidad binocular e influencia de la rivalidad binocular en la revelación de las características temporales de la dominancia cerebral en un estado de conciencia alterado.</p> <p><i>Resultados:</i> aumento en el tiempo de dominio perceptual y cambios en la percepción auditiva bajo la influencia de la ayahuasca.</p>			
<p>Revisión sistemática</p> <p>Evens et al., 2023 (65)</p>	<p>Describir de forma general de los efectos subagudos de los psicodélicos.</p>	<p>Se incluyeron 48 estudios fueron elegidos. Diecisiete estudios (35%) evaluaron muestras clínicas y 31 estudios (65%) evaluaron muestras no clínicas (controles sanos o muestras de conveniencia no seleccionadas).</p> <p>Psilocibina (n=16)</p> <p>1) Bienestar/Calidad de vida: Ross et al. encontraron en 2 semanas de tratamiento un aumento en la salud física, las subescalas psicológicas y del entorno, pero no en las relaciones sociales en el Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud - Versión Breve (WHOQOL-Bref). Además, un aumento en todas las subescalas en la Evaluación Funcional de la Terapia de Enfermedades Crónicas - Bienestar Espiritual (FACIT-SWB). Mason et al. reportaron un aumento en la escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) y Anderson et al. un aumento en la calidad en un seguimiento de tres semanas usando el Cuestionario de calidad de Vida de McGill (MQoL-R).</p> <p>2) Estado de ánimo: Hasler et al. no encontraron cambios significativos excepto un aumento en la ensoñación después de la dosis más alta de psilocibina al evaluar a los participantes un día después de cada sesión con la AMRS, similar a lo reportado por Grob et al. (al 1 día y semanas 2 y 4 después de cada sesión) y Bogenschutz et al. (a la semana a 1 y 4) con el Perfil de Estados de Ánimo-Breve (POMS).</p> <p>Al contrario, Griffiths et al (semanas 3 y 4 semanas después de cada sesión), Johnson et al. (a la 1 semana) y Ross et al. (a las 2 semanas) encontraron aumento de efectos en función de la dosis en la subescala positiva, sin cambios en las calificaciones negativas usando ambos estudios el Cuestionario de Efectos Persistentes (estado de ánimo) (PEQ). Esto se corresponde con lo encontrado con Barrett et al. (A la semana 1 y 4) que encontró disminución en la subescala de afecto negativo con la Escala de Afecto Positivo y Negativo – X (PANAS-X), con disminución de la tensión, depresión y perturbación total del estado de ánimo a 1 semana, pero sin cambios al mes con la POMS.</p> <p>3) Indicadores generales de psicopatología: mientras Carhart-Harris et al. encontraron aumento una semana después del tratamiento con la Evaluación Global del Funcionamiento (GAF), Anderson et al. encontraron una disminución a las tres semanas de este con la Impresión Clínica Global – gravedad (CGI-S).</p> <p>4) Riesgo suicida: Anderson et al. no encontraron cambios al día 1 y semanas 1, 2, 3 en la Escala de gravedad de Suicidio de Columbia (CSSRS-SII), ni a la semana 3 en la Escala de Actitudes hacia la Muerte Apresurada, con una disminución en la Escala de Atributos de Ideación Suicida + ítem (QUIDS SI, SIDAS+QIDS-SI) a la semana 4. Esto es similar a lo encontrado por Davis et al. con la CSSRS-SII.</p> <p>5) Trastornos del estado de ánimo</p> <p>- Depresión/Estrés/Duelo: Gouzoulis-Mayfrank et al. (al día 1 y 7) y Grob et al. (al día 1, semanas 2 y 4) no encontraron cambios ni con la Escala de Melancolía Bech- Rafaelsen (BRMES) ni con el Inventario de Depresión de Beck (BDI), respectivamente.</p> <p>Al contrario, Ross et al. (día 1, semana 2) encontraron disminución en todas las medidas y todos los puntos de tiempo subagudo después de la psilocibina con el BDI, similar a lo encontrado por Carhart-Harris et al. a la semana 1 con el Inventario Rápido de Síntomas Depresivos (QIDS) y a la semana 2 y 3 semanas (después de la segunda sesión) con la Escala de Evaluación de la Depresión Hamilton-GRID (GRID-HAM-D), el BDI y la Escala de Placer Snaith Hamilton; por Anderson et al. a las tres semanas con la DS-II, la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos – Revisada (CES-D) y el Inventario de Duelo Complicado – Revisado (ICG); y por Davis et al. a las semanas 1 y 4 con el GRID-HAM-D, BDI, QIDS, Cuestionario de Salud del Paciente – 9 ítems (PHQ-9)</p> <p>Por su parte, Barrett et al. evaluaron el stress encontrando disminución a la semana 1 pero no a la semana 4 con el DASS-21 (no reportaron la escala de depresión).</p>	<p>08/2021</p>	<p>Críticamente baja</p>	<p>No reportados</p>

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de revisión Autor, Año	Objetivo de la revisión	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda	AMSTAR 2	Proporción de estudios realizados en AL
		<p>- Manía: Gouzoulis-Mayfrank et al. no encontraron cambios a los días 1 y 7 en la Escala de Manía Bech-Rafaelsen (BRMAS).</p> <p>- Ansiedad: Gouzoulis-Mayfrank et al. y Grob et al. a los días 1 y 7; y Anderson et al. a la semana 3, no encontraron cambios en el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger- versión de estado (STAI), aunque Grob et al. y Anderson et al. en la versión de rasgo encontraron disminución al mes luego de la segunda sesión de tratamiento y semana 3 respectivamente, al igual que Ross et al., Carhart-Harris et al. y Barrett et al. al día 1, semana 1 y 2 después de la administración de psilocibina.</p> <p>Por su parte Ross et al. al día 1 y semana 2 si encontraron disminución en el HADS-A, pero no en el Inventario de Ansiedad ante la Muerte (DAS). Barrett et al. reportaron disminución del STAI a la semana 1 pero no al mes y Davis et al. una mayor reducción en todas las puntuaciones de ansiedad en la condición de tratamiento inmediato a la semana 4 en el STAI.</p> <p>-Síntomas obsesivo-compulsivos: Moreno no encontró al día 1 después de cada sesión disminución de la Escala Yale-Brown para el Trastorno Obsesivo Compulsivo (YBOCS):</p> <p>PTSD: Anderson et al. a las 3 semanas encontraron disminución en el Cuestionario de Lista de Síntomas de Estrés Postraumático-5 (PCL-5).</p> <p>6) Uso/abuso de sustancias: Para tabaquismo, Johnson et al. encontraron en las semanas 1 a 3 un aumento de la confianza para abstenerse en el Cuestionario sobre Urgencias para Fumar (QSU) y una disminución del deseo y la tentación de fumar en la Escala de Autoeficacia para la Abstinencia del Tabaco (SASE), alcanzando la abstinencia su punto máximo a la semana 1 para luego disminuir según la Escala de Abstinencia al Tabaco de Wisconsin (WSWS).</p> <p>Para el alcohol, Bogenschutz et al. reportaron a la semana 1 una disminución de los días de consumo de alcohol en el registro de días de consumo de alcohol Time-Line Follow Back (TLFB), un aumento de la confianza después de la 1ra y 2da dosis, disminución de la tentación después de la 2da dosis en la Escala de Autoeficacia para la Abstinencia del Alcohol (AASE) y en la Escala de Deseo de Abstinencia del Alcohol de Penn (PACS), sin embargo en la Escala de Preparación para el Cambio y Deseo de Tratamiento, (SOCRATES 8ª) no encontraron cambios en la ambivalencia y el reconocimiento.</p> <p>7) Psicosis: Gouzoulis-Mayfrank no encontraron cambios a los días 1 y 7 en la Escala de Afectos Positivos y Negativos (PANAS)</p> <p>8) Personalidad/Valores/Actitudes: Griffiths et al. (semanas 1 y 4), Johnson et al. (semana 1) y Ross et al. encontraron efectos en las subescalas positivas crecientes, pero sin cambios en las negativas del PEQ (actitudes hacia la vida y el yo).</p> <p>Lyons & Carhart-Harris reportaron a la semana 1 una disminución en la perspectiva política autoritaria usando el Cuestionario de Perspectivas Políticas (PPQ-5), un aumento en la conexión con la naturaleza en la Escala de Conexión con la Naturaleza (NR-6) y estimaciones de probabilidad significativamente más altas para eventos deseables que para eventos indeseables, mayor precisión y reducción significativa del pesimismo en los pacientes hasta equipararse con los controles en la Tarea de Predicción de Eventos Futuros -sesgos cognitivos en la depresión (POFLE).</p> <p>Barrett et al. a la semana 1 después del tratamiento encontró aumento de la responsabilidad en el Inventario de los Cinco Grandes (BFI), al mes Aumento en la absorción en la Escala de Absorción Tellegen (TAS) y aumento en todas las subescalas (alegría, contentamiento, orgullo, compasión, diversión) en la Escala de Emociones Positivas Disposicionales (DPES) en ambos momentos.</p> <p>9) Misticismo/espiritualidad: Griffiths et al. (semana 3-4), Johnson et al. (semana 1) y Ross et al. (semana 2) encontraron aumento de los efectos en función de la dosis en las subescalas positivas, sin diferencias en las calificaciones negativas en el PEQ (Espiritualidad). Johnson et al. encontró además aumento en la Escala de Misticismo (MS) y Ross et al. 2 semanas no encontró cambios en la Escala de Trascendencia de la Muerte (DTS).</p>			

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de revisión Autor, Año	Objetivo de la revisión	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda	AMSTAR 2	Proporción de estudios realizados en AL
		<p>10) Creatividad/flexibilidad: Mason et al. encontraron a la semana 1 un aumento en el pensamiento convergente y al día 1 un aumento en el pensamiento divergente (fluidez y originalidad) en el PCT. Sin embargo, en una muestra inicial de 55 participantes, a la semana uno encontró disminución del pensamiento convergente en el PCT y un aumento de puntajes de novedad en la Prueba de Usos Alternativos (AUT), sin cambios en fluidez y originalidad en ambas pruebas.</p> <p>11) Efectos sociales/Empatía/Compasión Griffiths et al. (semana 3-4), Johnson et al. (semana 1) y Ross et al. (semana 2) encontraron aumento de efectos en función de la dosis en subescalas positivas, sin cambios en las subescalas negativas en la PEQ (Efectos Sociales). Por su parte, Stroud et al. a la semana 1 después de la última sesión encontraron mejoría en la interacción significativa y el tiempo en la velocidad de reconocimiento de emociones (inicialmente los pacientes eran más lentos en reconocer las emociones faciales) en el grupo de tratamiento, pero no en la precisión, la discriminación o el sesgo de respuesta en la Tarea de Reconocimiento de Expresión Emocional Dinámica (DEER-T).</p> <p>Por otra parte, Mason et al. utilizaron la Prueba de Empatía Multifacética (MET) no encontraron cambios al día 1 en la esfera empatía cognitiva, encontraron aumentos en promedio y negativo, sin cambios en el positivo en la Empatía emocional (EE) pero estos no se observaron a la semana con solo un aumento significativo en el negativo.</p> <p>12) Cambio de comportamiento: Griffiths et al. (semana 3-4), Johnson et al. (semana 1) y Ross et al. (semana 2) encontraron aumento de los efectos en función de la dosis en las subescalas positivas sin cambios en las calificaciones negativas.</p> <p>13) Rendimiento cognitivo: Anderson et al. a las tres semanas no encontraron cambios en la Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA).</p> <p>14) Otros efectos de las drogas: Gouzoulis-Mayfrank et al. encontraron aumento en la Escala de Labilidad Vegetativa B-L/Beschwerdeliste Liste (LC/BL) al día 1 pero no después de una semana en comparación con el valor inicial (comparación dentro del grupo). Sin embargo, Hasler et al. no encontraron cambios a la semana en esta escala.</p> <p>Schindler et al. a la semana 2 reportó, después del uso de psilocibina, mayor reducción en la frecuencia, ataques semanales y días de aborto semanales de migraña; gravedad del dolor y deterioro funcional relacionado con los ataques. El tiempo hasta el primer ataque fue estadísticamente equívoco, pero hasta el segundo fue significativamente mayor según los reportes del diario de cefaleas. No hubo diferencias en la duración del ataque de migraña o en las calificaciones, de síntomas asociados (foto y sonofobia, náuseas/vómitos).</p> <p>Ayahasca (n=16)</p> <p>1) Bienestar/Calidad de vida: Trichter et al. y Jiménez-Garrido et al. no encontraron cambios a la semana 1 y 4, los primeros usaron la Escala de Bienestar Espiritual, los segundos el WHOQOL-Bref y el Medical Outcomes Study 36-item Short-Form (SF-36). Por su parte Uthaug et al. encontraron aumento en el día 1 pero no al mes en la SWLS.</p> <p>2) Indicadores generales de psicopatología: Barbosa et al. encontraron disminución en síntomas psiquiátricos menores en los días 7-14 en la Entrevista Clínica Programada – Edición Revisada (CIS-R). Osório et al. (día 1) y Sanches et al. (día 1 y semana 3) encontraron disminución en la ansiedad-depresión con el BPRS, aunque Osório et al. no encontraron cambios a las semanas 1, 2 y 3. Por su parte, Jiménez-Garrido et al. reportaron al mes disminución en la ansiedad y hostilidad en la Lista de Síntomas-90-Revisada (SCL-90-R), sin cambios en las demás subescalas, al igual que Uthaug et al. al día 1 aplicando el BSI-18, sin cambios en la depresión y somatización.</p> <p>Sanches et al. encontraron además disminución del trastorno del Pensamiento (semana 3) y Retiro-Ententecimiento en el BPRS, sin cambios en subescala de activación.</p> <p>5) Trastornos del estado de ánimo</p>			

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de revisión Autor, Año	Objetivo de la revisión	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda	AMSTAR 2	Proporción de estudios realizados en AL
		<p>- Depresión/Estrés/Duelo: utilizando el MADRS y HAM-D al día 1 y semana 1, 2, 3; Osório et al. y Sanches et al. encontraron disminución en las puntuaciones subagudas en todos los puntos del tiempo para ambas pruebas. Esto es similar a lo encontrado por Palhano-Fontes et al. que aplicó las pruebas a los días 1 2 y a la semana.</p> <p>Usando el DASS-21 al día 1 y mes, Uthaug et al. encontraron disminución del estrés y la depresión, sin embargo, la reducción de los síntomas de depresión fue más fuerte en el grupo de placebo al día 1 pero no al mes.</p> <p>En oposición, Jiménez-Garrido et al. al mes no encontró cambios en la HAM-D.</p> <p>- Manía: utilizando el YMRS al día 1 y semana 1, 2, 3; Osório et al. y Sanches et al. no encontraron cambios.</p> <p>-Ansiedad: aplicando el DASS-21 al día 1 y al mes, Uthaug et al. encontraron disminución de la ansiedad antes y después de consumir ayahuasca, pero no al mes; al igual que Dos Santos et al. aplicando el BAI a los días 7, 14 y 21.</p> <p>4) Psicosis: Jiménez-Garrido et al. no encontraron cambios al aplicar la Evaluación Comunitaria de Experiencia Psíquica (CAPE).</p> <p>5) Personalidad/Valores/Actitudes: Jiménez-Garrido et al. no encontraron cambios al aplicar el Inventario de Temperamento y Carácter Revisado-67 (TCI-R-67).</p> <p>6) Misticismo/espiritualidad: Trichter et al. no encontraron cambios a aplicar la MS en las semanas 1 y 4.</p> <p>7) Creatividad/flexibilidad: usando el TTCT después de la semana 2, Frecska et al. encontraron aumento en el número de soluciones altamente originales tanto en el uso de círculos en blanco como en la finalización de figuras y resultados ambiguos en cuanto a respuestas fosfénicas, sin cambios en medidas de creatividad como fluidez, flexibilidad y originalidad relativas. Por su parte, Uthaug et al. utilizando el PCT al día 1 y 30 encontraron aumento en el pensamiento convergente al mes, Sin cambios en el pensamiento divergente, y Murphy-Beiner & Soar encontraron al día uno un aumento en la Escala de Flexibilidad Cognitiva (CFS) y en el porcentaje de respuestas correctas, sin cambios en el tiempo de reacción en la Prueba de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin (WCST), y una reducción de errores en la condición incongruente, sin cambios en los tiempos de reacción y sin efecto en la interferencia en la Prueba de Colores y Palabras Stroop.</p> <p>8) Mindfulness/Aceptación/Regulación Emocional: usando el FFMQ y EQ al día 1; Soler et al en dos estudios, Sampedro et al. y Uthaug et al. encontraron aumentos en la no evaluación y no reacción y aumento en la puntuación del EQ. Sampedro et al. también encontró aumento en la versión corta del cuestionario de Autocompasión (SC), Soler et al. en uno de los estudios no encontró cambios en el EQ y Uthaug et al. que también realizó mediciones al mes, no encontró cambios en este punto. Asimismo, Domínguez-Clavé et al. y Murphy-Beiner & Soar que usaron la FFMQ-SF y FFMQ-24 al día 1, reportaron aumento en la observación, la conciencia y no reacción, aunque los primeros encontraron cambios en la no evaluación, pero no en la descripción; y los segundos en todas las subescalas, excepto la no evaluación. Ambos encontraron aumento en el EQ.</p> <p>Por su parte, Domínguez-Clavé et al. aplicó además el DERS encontrando disminución en la falta de aceptación emocional, la interferencia y la falta de control emocionales, sin cambios en la conciencia emocional y la falta de claridad. Jiménez-Garrido et al. que evaluaron al mes el AAQ-II, no encontraron cambios.</p> <p>9) Efectos sociales/Empatía/Compasión: Uthaug et al. usaron el MET al día 1 encontrando aumento en la empatía implícita hacia estímulos negativos, sin cambio en la empatía explícita.</p> <p>Mezcalina (n=1)</p> <p>1) Personalidad/Valores/Actitudes: Denber & West no encontraron cambios en el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) al día 1.</p>			

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de revisión Autor, Año	Objetivo de la revisión	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda	AMSTAR 2	Proporción de estudios realizados en AL
<p>Revisión sistemática con síntesis meta-cualitativa</p> <p>Crowe et al., 2023 (63)</p>	<p>Identificar temas relevantes en las experiencias de los participantes con el tratamiento de psilocibina para diversas condiciones clínicas.</p>	<p>Los estudios se centraron en las experiencias alucinatorias y el aumento de las respuestas emocionales inducidas por la psilocibina en personas con diversas condiciones médicas. Se usó un análisis fenomenológico interpretativo (modo de meta conciencia, aceptación experiencial y estados emocionales de cuidado, autotranscendencia, sentido de pertenencia e interdependencia, liberados del pasado, empoderados desde una perspectiva relacional, fortalecimiento espiritual)</p> <p>Trastornos depresivos (TD)</p> <p>1) Al-Naggar et al. (2021): teoría fundamentada. Se encontró una conexión existencial mejorada con el universo, respuesta emocional extrema, pensamiento más claro, un sentido más profundo de paz, apreciación de uno mismo, calma</p> <p>2) Watts et al. (2017): análisis temático. Se encontró reinicio/ apertura mental, conexión con uno mismo, los demás y el mundo; rendición a las emociones, capacidad para enfrentar el trauma, acceso a recuerdos de amor, encarnación de la emoción, ampliación del repertorio emocional, la música permite además la rendición a emociones dolorosas, sentido de bienestar y significado, conexión y aceptación.</p> <p>Cáncer</p> <p>1) Belser et al. (2017): análisis fenomenológico interpretativo en pacientes con expectativa de vida menor a 1 año. Encontró sentimientos exaltados de alegría, éxtasis y amor; encarnación, infabilidad, alteraciones en la identidad, un movimiento desde sentimientos de separación hacia la interconexión, experiencias de angustia psicológica transitoria, aparición de seres queridos como espíritus guías y compartir la experiencia con seres queridos después del tratamiento.</p> <p>2) Malone et al. (2018): métodos mixtos. Reportó autocompasión y amor, aceptación de la muerte, recuerdos de traumas pasados.</p> <p>3) Swift et al. (2017): análisis fenomenológico interpretativo. Se reportó reconciliación con la muerte, reconocimiento del lugar del cáncer en la vida, desvinculación emocional del cáncer, reconexión con la vida, recuperación de la presencia, mayor confianza frente a la recurrencia del cáncer</p> <p>Adicciones</p> <p>1) Nielson et al. (2018). análisis de contenido cualitativo en trastorno por uso de sustancias. Se reportó unidad interna/externa, sentimiento de unidad, trascendencia del tiempo/espacio, espiritual, disolución del ego, motivación para el cambio.</p> <p>2) Noorani et al. (2018): análisis temático en cesación del tabaquismo. Reportó percepciones sobre la identidad propia, percepciones sobre el comportamiento de fumar, experiencias de interconexión, reducción de los deseos de fumar.</p> <p>Otras condiciones</p> <p>1) Smith et al. (2022). análisis fenomenológico interpretativo en hombres con antecedente de trauma. Encontró desagrado por la medicación recetada, desesperación, cambio de percepción.</p> <p>2) Agin-Liebes et al. (2021). Hombres con VIH.</p>	<p>10/2022</p>	<p>Críticamente baja</p>	<p>No reportados</p>
<p>Revisión sistemática</p> <p>Ledwos et al., 2023 (70)</p>	<p>Evaluar la evidencia relacionada con el potencial terapéutico de los psicodélicos en individuos con TDC (Trastorno Dismórfico</p>	<p>Se incluyeron cinco artículos.</p> <p>Ayahuasca (n=2):</p> <p>1) Lafrance et al. (2017) estudio retrospectivo y exploratorio (n=16). Realizó un análisis temático de los efectos psicológicos, físicos y contextuales de la ceremonia. <i>Resultados:</i> reducción de pensamientos y síntomas de TCA (n = 11). Los participantes obtuvieron nuevos conocimientos sobre la causa raíz de la enfermedad, experimentaron mayor auto amor y aceptación y un aumento en la capacidad para experimentar y regular emociones dolorosas.</p> <p>2) Renelli et al. (2020): estudio retrospectivo y exploratorio (n=13). Realizaron un análisis temático. <i>Resultados:</i> el consumo ceremonial fue efectivo en disminuir los síntomas de TCA y útil para una curación más profunda y el procesamiento de emociones/memorias intensas, proporcionando lecciones sobre el amor, auto amor y autocuidado.</p>	<p>02/2022</p>	<p>Críticamente baja</p>	<p>No reportados</p>

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de revisión Autor, Año	Objetivo de la revisión	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda	AMSTAR 2	Proporción de estudios realizados en AL
	<p>Corporal) y TCA (Trastornos de la Conducta Alimentaria).</p>	<p>Psilocibina (n= 2): 1) Verroust et al. (2021): reporte de caso de una mujer de 25 años con neurosis compulsiva relacionada con anorexia nerviosa que recibió psilocibina inyectada. Se usó un análisis temático. <i>Resultados:</i> estado de ánimo eufórico y aumento de peso después del tratamiento, pero estos resultados no se mantuvieron en el seguimiento a un año. 2) Hanes (1996): reporte de caso de un hombre de 27 años con TDC, se usó el autoreporte del paciente. <i>Resultados:</i> cambio en la percepción e introspección del paciente, ya no sentía que sus deformidades fueran "reales". Diversos psicodélicos (n=1): Este estudio no evaluó directamente los síntomas de TCA después de la ingestión, pero notó una mejora en el bienestar junto con la mejoría de síntomas depresivos. 1) Spriggs et al. (2021b): estudio prospectivo (n= 28). Los participantes informaron un diagnóstico de TCA, recibieron Psilocibina, LSD, ayahuasca, DMT, <i>salvia divinorum</i>, mezcalina, Ibogaína. La medición se hizo con diversas pruebas dos semanas después de la experiencia psicodélica. <i>Resultados:</i> mejoría del bienestar (4,25; p 0,0002) (Escala de bienestar mental de Warwick-Edimburgo – WEMWBS), disminución de la sintomatología depresiva autoreportada (-4,45; p 0,0001) (Inventario rápido de sintomatología depresiva – autoinforme - QIDS-SR); evidencia débil de una relación positiva entre Inventario de Avance Emocional (EBI) y cambio en el WEMWBS (r 0,26, BF10 1,34) y moderada de una relación negativa entre la puntuación de EBI y el cambio en el QIDS-SR (r -0,29; BF10 2,05).</p>			
<p>Revisión sistemática con metaanálisis Mardi, 2022 (55)</p>	<p>Investigar la relación entre el abuso de opio y el accidente cerebrovascular (ACV) en Irán.</p>	<p>Se incluyeron seis estudios examinaron la relación entre el consumo de opio y el accidente cerebrovascular (ACV). Cuatro encontraron una asociación significativa entre el uso de opio y el accidente cerebrovascular. Uno indicó que el uso de opio aumenta la mortalidad, pero no el riesgo de discapacidad después de un ACV. El metaanálisis demostró que el opio aumenta las probabilidades de ser diagnosticado con un ACV isquémico en un 127% (ORc 2,27, IC95% 1,47-3,07), sin observar heterogeneidad (Q de Cochran 2,05, df 3, valor p 0,562, I² = 0,0%). 1) Andalibi et al. Cohorte prospectiva. Evaluó el uso de opio (quemado y la savia). Se reportaron como desenlaces: -Mortalidad por cualquier tipo de ACV: a los 7 días con OR 1,36 (IC95% 0,70–2, 65), al mes con 1,51 (0,91–2,51), a los 3 meses con 1,58 (1,01–2, 49), al año con 1,78 (1,20–2,65) y a los 5 años con 1,75 (1,28–2,40) -Discapacidad: a los 3 meses con OR 0,63 (IC95% 0,23–1,67), al año con 1,19 (0,42–3,37) y a los 5 años con 0,54 (0,09–3,22). 2) Ebrahimi et al. Estudio caso-control. Se evaluó adicción al opio (según registros médicos y entrevista al paciente). Se reportó como desenlace presentar ACV isquémico con ORa por uso de tabaco de 2,36 (1,16–4,85) 3) Fallahzadeh et al. Estudio caso-control. Uso de opio auto declarado. El desenlace fue presentar ACV (todos los tipos) con OR 1,60 (1,01–2,55). 4) Hamzehee Moghadam et al. Estudio caso-control. Se evaluó uso constante de opio durante al menos 1 año. Se reportó como desenlace presentar ACV isquémico con OR 2,36 (1,26–3,61) 5) Khademi et al. Cohorte prospectiva. Uso de opio auto declarado. Los desenlaces fueron muerte como resultado de cualquier tipo de ACV (ORa): -Hombres: 1,49 (1,07–2,08) -Mujeres: 1,97 (1,30–2,97) -Total: 1,68 (1,29–2,18) 6) Mousavi-Mirzaei et al. Estudio caso-control. Dependencia de opio. Los desenlaces (ORa) fueron: número de placas con 1,42 (1,11–1,81), estenosis vascular con 1,01 (0,98–1,03), placa calcificada con 1,37 (0,95–1,97), espesor de la capa media interna 2,48 (2,27–10,94)</p>	<p>12/01/2022</p>	<p>Críticamente baja</p>	<p>No reportados</p>

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de revisión Autor, Año	Objetivo de la revisión	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda	AMSTAR 2	Proporción de estudios realizados en AL
		7) Rezvani y Ghandehari Estudio caso-control. Se evaluó adicción al opio. El desenlace fue ACV isquémico (ORa) que mostro con opio oral un ORa de 0,21 (IC95% 0,08–0,56) y con opio inhalado de 1,76 (0,76–4,08). 8) Saberi et al. Estudio caso-control. Se evaluó adicción al opio. El desenlace fue ACV isquémico con ORa 1,94 (IC95% 0,89–4,36)			
Revisión sistemática Khan et al., 2023 (17)	Determinar la efectividad y seguridad de la psilocibina, cannabis, nicotina y morfina para el manejo del TOC.	De los 16 estudios seleccionados, 4 (25%) se centraron en la psilocibina de estos se presentan los resultados, todos mostraron disminución de los síntomas con el uso de psilocibina. Ensayo clínico (n=1) 1) Moreno et al. (2006) n=9. Uso de YBOCS <i>Resultados:</i> disminución de los síntomas y puntuaciones en escala, la puntuación media Δ en YBOCS para 25 µg/kg, 100 µg/kg, 200 µg/kg y 300 µg/kg fue de 7,15, 13,44, 8,57 y 7,50, respectivamente (después de 24 horas) Estudios de caso (n=3) 1) Wilcox et al. (2014) n= 1. Autoreporte. <i>Resultados:</i> los síntomas del TOC disminuyeron notablemente después de la ingestión de psilocibina. 2) Moreno et al. (1997) n= 1. Autoreporte. <i>Resultados:</i> mejoría aguda de los síntomas del TOC después de la ingestión de Psilocibina. 3) Lugo-Radillo et al. (2021) n= 1. Uso de YBOCS. <i>Resultados:</i> reducción del 63% en los síntomas en un mes, sin efectos adversos, las puntuaciones medias Δ en YBOCS fueron de 22 (después de 1 mes) y 17 (después de 6 meses) Efectos secundarios reportados: un paciente en el EC reportó hipertensión transitoria después de 200 µg/kg. Dos de los estudios de caso realizaron autoreporte de disociación, uno con 4 horas de duración (Wilcox et al., 2014) y el otro de una hora (Moreno et al., 1997). El paciente del estudio de caso de Wilcox et al. reporto además experimentar una sensación desagradable de ansiedad que luego disminuyó significativamente y el de Moreno et al. después de 30 minutos experimentó mareos, náuseas y ocasionalmente vómitos (hasta 6-8 horas). En total 8 pacientes del EC y un estudio de caso no reportaron EA.	03/2022	Moderada	No reportados
Revisión sistemática Breeksema et al., 2022 (57)	Evaluar la presencia de efectos adversos (AEs, por sus siglas en inglés) durante y después de la administración de psicodélicos serotonérgicos y 3,4-metilenedioximet anfetamina (MDMA) en estudios clínicos.	Psilocibina: 20 artículos describen tratamiento con psilocibina en 257 pacientes. Las dosis variaron de 10 a 30 mg o de 0.1 a 0.4 mg/kg por sesión. Trastornos depresivos (TD) (n=3) EA agudos: En ninguno se informaron eventos adversos serios (SAE relacionados). -Dolor de cabeza: reportado en el ECA de Carhart-Harris et al. (2021) (n total 59 pacientes con TRD, 30 recibieron psilocibina y 29 escitalopram, dosis 2x: 25 mg) con una frecuencia de presentación de 43% (vs 17% con escitalopram). -Nauseas: reportado en el ECA de Carhart-Harris et al. (2021) con una frecuencia del 13% y en el estudio abierto de Carhart-Harris et al. (2016, 2018) (n total 20 participantes con TRD, 2 x 10 y 25 mg) con una frecuencia del 25%. -Síntomas psicológicos y emocionales: reportados en el ECA con cruce de Davis et al. (2020) (n total 20 pacientes con MDD, dosis 2x: 20 y 30 mg/70 kg) como sentir ganas de llorar/tristeza entre el 71% y 83%, sufrimiento emocional/físico entre el 67% y 88%, ansiedad/ desesperación entre el 54% y 58%; miedo, aislamiento y soledad entre el 50 y 63%. El estudio de Carhart-Harris et al. (2016, 2018) reportó ansiedad y paranoia transitorias en un 75% y 15%. -Síntomas cardiovasculares y vegetativos: reportados en el ECA con cruce de Davis et al. (2020) como sentir mi corazón latir un 71%, sentir que mi cuerpo tiembla y presión en el pecho/abdomen un 67%, sentí temblores internos entre 58% y 67%.	28/07/2021	Críticamente baja	No reportados

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de revisión Autor, Año	Objetivo de la revisión	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda	AMSTAR 2	Proporción de estudios realizados en AL
		<p>EA tardíos (durante 6 semanas Carhart-Harris et al. 2021, dos semanas Davis et al. (2020) y un día después en el estudio abierto):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dolor de cabeza: reportado en el ECA de Carhart-Harris et al. (2021) con una frecuencia del 67% (vs 52% con escitalopram), en el ECA con cruce de Davis et al. (2020) con una frecuencia de 29% y en el estudio abierto de Carhart-Harris et al. (2016, 2018) con una frecuencia del 40% y un día de duración. -Náuseas: reportado en el ECA de Carhart-Harris et al. (2021) con una frecuencia del 27% (vs 31% con escitalopram) -Fatiga: reportado en el ECA de Carhart-Harris et al. (2021) con una frecuencia del 7% (vs 24% con escitalopram) -Distorsión visual: reportado en el ECA de Davis et al. (2020) con una frecuencia entre 4-8%. -Tensión: reportado en el ECA de Davis et al. (2020) con una frecuencia del 8%. <p>Ansiedad y depresión al final de la vida (n=2). Se incluyeron dos ECA con cruce en pacientes que recibieron el un “end of life announcement” (EOLA), que son experiencias orientadas al final de la vida. Uno es el de Griffiths et al. (2016) (n total 51 participantes, dosis de 1 vs 22 mg/70 kg) y el otro el de Ross et al. (2016) (n total 29 pacientes, dosis de 0,3 mg/kg vs 250 mg de niacina).</p> <p>EA agudos: En ninguno se informaron SAE asociados.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dolor de cabeza: reportado en el ECA de Ross et al. (2016) con una frecuencia del 28%. -Síntomas psicológicos y emocionales: reportados en el ECA con cruce de Griffiths et al. (2016) como malestar psicológico/ ansiedad entre un 26% y 32% (vs 12% a 15% sin el tratamiento). Ross et al. (2016) también reportó ansiedad transitoria en un 17%, e ideación paranoica transitoria y trastorno del pensamiento transitorio en un 7%. -Náuseas: reportado en ambos ECA, con una frecuencia de 15% (vs 8% sin el tratamiento) en el de Griffiths et al. (2016) y de 14% en el de Ross et al. (2016). - Síntomas cardiovasculares y vegetativos: reportados en el estudio de Griffiths et al. (2016) como malestar físico con una frecuencia de un 9% más e hipertensión sistólica con una de 17% más en aquellos que reciben psilocibina comparados con los que no. <p>EA tardíos (un día después):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dolor de cabeza: reportado en el ECA de Griffiths et al. (2016) con una frecuencia del 18%. <p>Trastornos por uso de sustancias (n=2) Dos estudios abiertos. Uno el de Bogenschutz et al. (2015) (n total de 10 pacientes con AUD - Trastorno por Consumo de Alcohol-, dosis 1x para 3 pacientes –2x para 7 pacientes: 0,3 y 0,4 mg/kg) y el otro el de Johnson et al. (2014) (n total 15 participantes con tabaquismo, dosis 2–3x: 20 y 30 mg/70 kg).</p> <p>EA agudos: No se reportaron SAEs.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Náuseas y vómitos: reportados por Bogenschutz et al. (2015) con una frecuencia de 10%. -Diarrea: reportados por Bogenschutz et al. (2015) con una frecuencia de 10%. -Síntomas psicológicos y emocionales: reportados por Johnson et al. (2014) como ansiedad y sentimiento de estar atrapado que se presentaron en un 40%. <p>EA tardíos (a las 36 semanas para Bogenschutz et al., un día después para Johnson et al.):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dolor de cabeza: reportado en el ECA de Bogenschutz et al. (2015) con una frecuencia del 50%. -Insomnio: reportado por Bogenschutz et al. (2015) con una frecuencia del 10%. <p>Otros trastornos: fueron evaluados en tres estudios. Uno es el estudio abierto de Anderson et al. (2020) (n total de 18 hombres homosexuales VIH+ con desmoralización, dosis 1x: 0,3–0,36 mg/kg), otro el ECA de Schindler et al. (2020) (n total de 10 participantes con migraña, dosis 2x: 0,143 mg/kg) y el último un estudio de escalación de dosis de Moreno et al. (2006) (n total 9 participantes con TOC, dosis 1–3x: 0,1, 0,2 y 0,3 mg/kg).</p>			

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de revisión Autor, Año	Objetivo de la revisión	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda	AMSTAR 2	Proporción de estudios realizados en AL
		<p>EA agudos: No se reportaron SAEs.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dolor de cabeza: reportado por Anderson et al. (2020) con una frecuencia de 28% -Mareos y náuseas: náuseas fueron reportadas por Anderson et al. (2020) con una frecuencia de 33% y por Schindler et al. (2020) en un 40%. Este último reportó presencia de mareo en un 10% a 30% de pacientes. -Síntomas psicológicos y emocionales: Anderson et al. (2020) reportó una frecuencia de ansiedad de 44% y paranoia de 22%. Schindler et al. (2020) reportó ansiedad en un 30% - Síntomas cardiovasculares y vegetativos: Anderson et al. (2020) reportó una frecuencia de hipertensión severa de 22% y Moreno et al. (2006) en un 11%. Schindler et al. (2020) reportó tensión/músculos adoloridos entre un 10% y 30%. <p>EA tardíos (a los 3 meses para Anderson et al.):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dolor de cabeza: reportado por Anderson et al. (2020) con una frecuencia del 44%. -Fatiga: reportado por Anderson et al. (2020) con una frecuencia del 11%. -Insomnio: reportado por Anderson et al. (2020) con una frecuencia del 11%. -Síntomas psicológicos y emocionales: Anderson et al. (2020) reportó una frecuencia de ansiedad de en el 6% y como efectos inesperados recaída en el abuso de metanfetamina en un 1, 6% (moderado) y <i>Flashback</i> de PTSD en un 1,6% (moderado). <p>Ayahuasca: tres estudios describen a 48 pacientes.</p> <p>Trastornos del estado de ánimo (n=3)</p> <p>Tres estudios evaluaron el efecto de la ayahuasca en estas condiciones. Dos son ECAs comparados con placebo, uno de Dos Santos et al. (2021) (n total 17 participantes con SAD, dosis 1x: 2 ml/kg - 0,68 mg/ml DMT), otro de Palhano-Fontes et al. (2019) (n total 14 participantes con TDR, dosis 1x: 1 ml/kg -0,36 mg/kg DMT-) y el otro es un estudio abierto de Sanches et al. (2016) y Osório et al. (2015) (n total de participantes 17 pacientes con MDD, dosis 1x: 2,2 ml/kg -0,8 mg/ml DMT-).</p> <p>EA agudos: No se reportaron SAEs.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Malestar gastrointestinal, náuseas y vómito: Se reportó por Dos Santos et al. (2021) y Palhano-Fontes et al. (2019) con una frecuencia de 44% y 45% para malestar y náuseas, y 33% y 57% para vómito. -Síntomas psicológicos y emocionales: Dos Santos et al. (2021) reportaron ansiedad y confusión con frecuencias de 33% y confusión 22%. Palhano-Fontes et al. (2019) reportó ansiedad e inquietud fueron un 23% y 30% más frecuentes para quienes recibieron ayahuasca. -Dolor de cabeza: Palhano-Fontes et al. (2019) con una frecuencia 10% mayor para quienes recibieron ayahuasca <p>EA tardíos (un día para Dos Santos et al.):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dolor de cabeza: reportado por Dos Santos et al. (2021) con una frecuencia del 22%. 			
<p>Revisión sistemática de encuestas</p> <p>Rusanen et al., 2022 (62)</p>	<p>Evaluar la eficacia informada de sustancias establecidas y no convencionales en el tratamiento abortivo y profiláctico de las cefaleas en racimo episódicas y crónicas.</p>	<p>Se incluyeron 4 estudios que evaluaron por medio de encuestas la efectividad de la psilocibina.</p> <p>Eficacia profiláctica: el LSD, los hongos de psilocibina, los alcaloides de ergolina, la metisergida, el verapamilo y los corticosteroides mostraron una correlación más alta con la eficacia auto informada en el dendrograma con respecto al promedio. La frecuencia más alta de eficacia profiláctica también se informó con el uso de estas sustancias serotoninérgicas.</p> <p>Eficacia abortiva: la eficacia de los hongos de psilocibina fue comparable al oxígeno y las inyecciones de triptanes subcutáneo. En comparación con el verapamilo, el litio, los corticosteroides y otros medicamentos convencionales, los agonistas de 5-HT2A como los hongos de psilocibina y el LSD se informaron de forma frecuente como inductores de una reducción duradera o una cesación completa de los síntomas con una sola dosis.</p>	<p>12/2020</p>	<p>Críticamente baja</p>	<p>No reportados</p>

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de revisión Autor, Año	Objetivo de la revisión	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda	AMSTAR 2	Proporción de estudios realizados en AL
<p>Revisión sistemática</p> <p>Zeifman et al., 2021 (35)</p>	<p>Investigar la asociación entre psicodélicos clásicos (uso psicodélico no clínico y terapia psicodélica) y la tendencia suicida.</p>	<p>TD mayor (n=1): muestra disminución de ideación suicida luego del cruce.</p> <p>1) Barrett et al. (2020) n= 24 pacientes con MDD, dos dosis de psicoterapia asistida con psilocibina vs pacientes en lista de espera. ECA con cruce. <i>Metodología:</i> ideación suicida evaluada por el clínico (CSSRS-SII) <i>Resultados:</i> en quienes recibieron psilocibina se observaron disminuciones no significativas en la ideación suicida con el tiempo. Después del cruce, se produjeron disminuciones significativas y grandes en la ideación suicida ($\eta^2 = 0,44$, IC90% 0,24–0,56, $p < 0,001$).</p> <p>TD resistente al tratamiento (n=2): El ECA de Zeifman et al. (2019) (n= 29 pacientes con TRD, ECA de ayahuasca dosis únicas placebo) que evaluó la presentación de suicidios por el clínico (MADRS-SI) al día 0, 1, 2 y 7 no encontró asociación con reducciones significativas en la presentación de suicidios ($p 0,088$) en ningún punto del tiempo, aunque la magnitud del efecto fue muy amplia. En oposición, el estudio abierto de Carhart-Harris et al. (2018) mostró una reducción, pero esta parece limitarse a las primeras 1 a 2 semanas postratamiento. Un total 19 pacientes con TRD recibieron dos dosis de psilocibina y con apoyo psicológico. Se midió el riesgo suicida auto informado con QIDS-SIBL, basal y a las semanas 1, 2, 3, 5, 18 y 36 y por el clínico con el HAM-D-SI, basal y a la semana 1. Se encontró reducción en el QIDS-SI semanas 1 y 2 (RM $-0,90$; IC95% $-0,4$ a $-1,4$; $p < 0,002$ y $-0,85$, IC95% $-0,4$ a $-1,3$; $p < 0,004$) pero las reducciones a las semanas 3 y 5 no fueron significativas ($p 0,01$ para ambas) y no se informaron datos de QIDS-SI a las semanas 18 y 36. Hubo una reducción del HAM-D-SI (RM $-0,58$; IC95% $-0,58$ a $-1,3$; $p < 0,001$) y 16 de 19 tenían HAMD-SI de 0 a la semana 1 postratamiento.</p> <p>TD recurrente (n= 3): El estudio abierto de Zeifman et al. (2020) (n total de 17 con RDD, 15 con intento suicida) administraron ayahuasca en una dosis única en la unidad psiquiátrica y evaluaron el intento suicida evaluado por el clínico con el MADRS-SI y HAM-D-SI basal, a los 40, 80, 140 y 180 minutos, y los días 1, 7, 14 y 21. Encontró disminuciones agudas significativas en los intento suicida ($p 0,002$), que fueron progresivamente aumentando hasta los 140 (g 0,94; IC95% 0,62–2,05; $p < 0,001$) y 180 minutos (g 1,31; IC95% 0,98–2,35, $p < 0,001$) y se sostuvieron hasta los 21 días posterior a la administración de la ayahuasca (g 1,75; IC95% 1,36–2,78; $p < 0,001$). Las reducciones agudas (40 minutos) y subagudas (21 días) en los intentos suicidas se asociaron con reducciones en los síntomas depresivos no relacionados con el suicidio ($r 0,69$; $p 0,005$ y $r = 0,52$; $p 0,049$). La serie de casos de Osório et al. (2015) incluyó 6 pacientes que fueron incluidos en el estudio abierto de Zeifman et al. (2020). La serie de casos Savage et al. (1964) que incluyó 113 individuos con una variedad de presentaciones clínicas que recibieron una dosis de terapia con LSD o mezcalina encontró un intento de suicidio 2 meses después de la terapia con LSD (en una persona con antecedentes de depresión, intentos de suicidio y hospitalización).</p> <p>Primer episodio psicótico (n=1): Van Winkel et al. (2008) evaluó 242 pacientes con primer episodio psicótico y evaluó el uso de alucinógenos en la vida (no definido) y la ideación suicida auto informada (entrevista clínica estructurada) sin encontrar asociación entre estas dos variables (OR 0,90; IC 95% 0,60-1,30).</p> <p>Esquizofrenia (n=2): un informe de caso de Van Ree (1969) en una paciente gravemente suicida a la que se le administró terapia con LSD informó mejoría clínica en un "paciente con tendencias suicidas que habían estado presentes de manera muy grave durante muchos años". Otro reporte de Savage (1957) que incluyó 6 pacientes hospitalizados terapia con LSD (semanal) informó de una paciente femenina hospitalizada con esquizofrenia y alucinaciones somáticas crónicas de estar muerta que completó el suicidio (arrojándose bajo un tren) mientras estaba de visita en casa.</p> <p>Otros trastornos psiquiátricos (n=1): la encuesta realizada por Cohen (1960) a 44 clínicos que proporcionaban terapia con LSD y mezcalina a "casi cinco mil individuos... en más de 25.000 ocasiones" (entre 1–80 dosis). Se encontró un comportamiento suicida posterior a la terapia con LSD que no se informó en ningún otro lugar de la revisión actual: un suicidio consumado, dos intentos de suicidio y una instancia de</p>	<p>05/11/2020</p>	<p>Baja</p>	<p>No reportados</p>

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de revisión Autor, Año	Objetivo de la revisión	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda	AMSTAR 2	Proporción de estudios realizados en AL
		<p> cortarse las muñecas con una cuchilla de afeitar (no identificada como un intento de suicidio), informando que "solo en muy pocos casos se pudo discernir una conexión directa entre la experiencia con LSD y el impulso hacia la autodestrucción..." y que "...todos los actos suicidas han ocurrido en pacientes perturbados en lugar de sujetos normales." Entre las personas que recibieron terapia psicodélica, las tasas estimadas fueron de intento de suicidio 1,2/1000 y suicidio consumado de 0,4/1000, y en "sujetos experimentales" la tasa fue de 0/1000 para intentos de suicidio y suicidios consumados.</p> <p>Otras poblaciones especiales (n=5):</p> <p><i>Hombres cisgénero identificados como homosexuales:</i> en un estudio abierto, Anderson et al. (2020) (n total de 18 hombres cisgénero identificados como homosexuales, mayores de 50 años que viven con VIH) evaluaron el efecto de una psicoterapia grupal asistida con psilocibina sobre la ideación suicida evaluada por el clínico (CSSRS-SII). No se observaron disminuciones significativas en la ideación suicida con el tiempo, con un tamaño de efecto medio ($\eta p^2 = 0.12$).</p> <p><i>Trabajadoras sexuales:</i> dos estudios realizados por Argento et al. en 2017 (n= 766) y 2018 (n= 900) en una cohorte de trabajadoras sexuales. El estudio de 2017 hizo un análisis de 290 individuos sin ideación suicida previa, 79 de los cuales usaron algún psicodélico en la vida (LSD, hongos psilocibios y MDMA) y el de 2018 hizo un análisis de 340 individuos sin ideación suicida previa, 95 de los cuales usaron algún psicodélico en la vida. Ambos estudios evaluaron la ideación o intento de suicidio auto informado en los últimos 6 meses (sí/no). El estudio de 2017 encontró una asociación entre el uso de psicodélicos en la vida y un menor riesgo de inicio de la ideación suicida (HRa 0,40; IC95% 0;17-0;94), mientras que el de 2018 encontró además que el uso de psicodélicos en la vida moderó la relación entre el uso de opioides recetados y el riesgo de inicio de la ideación suicida (HRa 0,64; IC95% 0,94-7,14).</p> <p><i>Veteranos:</i> Davis, Averill et al. (2020) evaluaron a 51 veteranos de los Estados Unidos que completaron un programa de tratamiento clínico de terapia asistida con psicodélicos en México (Ibogaína y 5-MeO-DMT), midieron a ideación suicida auto informada (DSI-II) de forma retrospectiva 1 mes antes y después del estudio. Se observó una reducción significativa en la ideación suicida retrospectiva a 1 mes (d -1,9; p < 0,001). Las reducciones retrospectivas en la ideación suicida se asociaron con aumentos retrospectivos en la flexibilidad psicológica.</p> <p><i>Jóvenes en situación de calle:</i> el estudio de corte transversal de Greene and Ringwalt (1996) incluyó 1.240 Jóvenes de 12 a 21 años y los separo en dos muestras: 1) n = 640 jóvenes que viven en refugios; 2) n = 600 jóvenes en situación de calle y midieron el uso de alucinógenos (no definido) desde que abandonaron el hogar o en los 30 días previos a abandonar el hogar y midieron de forma auto informada si se presentaron intentos de suicidio en la vida (sí/no). El uso de un alucinógeno desde que abandonaron el hogar o durante los 30 días previos a abandonar el hogar se asoció con un mayor riesgo de un intento de suicidio en la vida tanto en la muestra 1 (ORa 3,1; p < 0,001) como en la muestra 2 (ORa 2,9; p < 0,01).</p> <p>Uso en población sana/ceremonial (n=8): Zeifman et al. (2020) realizaron dos estudios de muestras por conveniencia de individuos que planeaban usar un psicodélico clásico fuera o dentro de un contexto ceremonial. El estudio 1 (no ceremonial) tuvo una n=104 y evaluó la ideación suicida auto informada por el SIDAS y QIDS-SI realizando mediciones basales y a las semanas 2 y 4 encontrando reducciones significativas en la ideación suicida a las 2 semanas (d 0,86; p < 0,001) y 4 semanas (d 0,98; p < 0,001) después del uso de psicodélicos que se asociaron con disminuciones en la evitación experiencial (rs 0,371; p < 0,001 y rs 0,461; p = 0,001). El estudio 2 (ceremonial) tuvo una muestra de 254 participantes con mediciones de las mismas pruebas basal y a las 4 semanas. Se observaron reducciones significativas en la ideación suicida a las 4 semanas después del uso de psicodélicos (d 0,52; p < 0,001) que se asociaron con disminuciones en la evitación experiencial (rs 0,154; p 0,033). Zeifman et al. (2020) también encontraron que en 66 individuos sin experiencia con psicodélico en un contexto ceremonial no hubo cambios significativos en la ideación suicida auto informada en el último año después del uso, medido con el DSI-SS.</p>			

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de revisión Autor, Año	Objetivo de la revisión	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda	AMSTAR 2	Proporción de estudios realizados en AL
		<p>Un estudio transversal de Jiménez-Garrido et al. (2020) en 23 usuarios de ayahuasca de larga data y 40 individuos sin experiencia en su uso a lo largo de la vida evaluó el riesgo suicida (método no descrito) encontrando entre los usuarios de ayahuasca de larga data un riesgo suicida a lo largo de la vida de 8,7% comparado con un 12,5% en aquellos que no tenían experiencia con su uso. Otro estudio transversal de Kipke et al. (1993) evaluó en 1.121 jóvenes (12-24 años) que consultaron a los servicios en una clínica de atención primaria, el uso de alucinógenos en los últimos 6 meses (no definido) y el intento de suicidio en la vida (HEADSS), encontrando que el uso de alucinógenos en los últimos 6 meses se asoció con una mayor probabilidad de un intento de suicidio en la vida (OR 2,44; IC95% 1,55-3,86). En oposición, el estudio de Lopez et al. (1995) que evaluó en 3.459 estudiantes mexicanos el uso de alucinógenos e Ideación suicida auto informada (sí/no) encontró que el uso en la vida de un alucinógeno no se asoció significativamente con la ideación suicida ($p > 0,05$), que es similar a lo encontrado por Shead et al. (2018) en 1.787 estudiantes universitarios (OR 0,97; $p > 0,78$).</p> <p>De otro lado, Rubinow and Cancro (1977) evaluó en 201 Jóvenes (edad promedio de 20,8 años) el uso en la vida de alucinógenos (no definidos) y la ideación suicida auto informada después del uso de alucinógenos encontrando que 8,45% informó pensamientos relacionados con el suicidio después de que desaparecieron los efectos inmediatos de los alucinógenos.</p> <p>Trastorno por abuso de sustancias (n=2): Ditman et al. (1967) en un estudio de corte transversal evaluó a 116 individuos, 52 que no necesitaban atención psiquiátrica, 27 que buscaban atención ambulatoria y 37 que recibían atención psiquiátrica hospitalaria debido al uso de LSD. Se evaluó la relación entre el uso de LSD en la vida e Ideación suicida auto informada ("sentí deseos de cometer suicidio"). En comparación con las personas que no recibían atención psiquiátrica, aquellos que recibían atención ambulatoria y atención hospitalaria debido a su uso de LSD mostraban mayores niveles de ideación suicida ($p < 0,01$).</p> <p>Kelly et al. (2002) en 2016 evaluó a 192 Adolescentes con un trastorno psiquiátrico (intento de suicidio en la vida, $n = 96$; sin intento de suicidio en la vida, $n = 96$). Se excluyeron personas con amenazas o gestos de suicidio en la vida. Se evaluó la presencia de trastorno de uso de alucinógenos en la vida y se hizo una evaluación basada en entrevista de intento de suicidio en la vida (sí/no). Controlando por la presencia de trastorno bipolar, el trastorno de uso de alucinógenos se asoció con una mayor probabilidad de un intento de suicidio en la vida (ORa 2,53; IC95% 1,00-6,42).</p> <p>Estudios poblacionales de consumo (n=7): cuatro estudios de 2015 se basaron en la encuesta poblacional de adultos en los Estados Unidos incluyendo Hendricks et al. (2015), Hendricks et al. (2015), Johansen and Krebs (2015) y Nesvåg et al. (2015).</p> <p>Los estudios Hendricks et al. (2015) incluyen la misma población (191.832) y ambos evaluaron el uso en la vida de psilocibina u otros psicodélicos clásicos (DMT, ayahuasca, LSD, peyote/San Pedro y mezcalina) y la ideación suicida en el último año auto informada (sí/no), planificación (sí/no), intento (sí/no). El uso en la vida de la psilocibina (sin uso de ningún otro psicodélico clásico) se asoció con una menor probabilidad de ideación suicida en el último año (ORa 0,76; IC 95% 0,64-0,90, $p < 0,01$), planificación (ORa 0,54; IC95% 0,36-0,82; $p < 0,01$) e intento de suicidio (ORa 0,58; IC95%: 0,35-0,94; $p < 0,05$). El uso en la vida de la psilocibina junto con otros psicodélicos clásicos se asoció con una menor probabilidad de ideación suicida en el último año (ORa 0,85; IC 95% 0,75-0,96; $p < 0,05$) y de intento de suicidio (ORa 0,58; IC 95%: 0,45-0,98; $p < 0,05$), pero no reduce la planificación suicida en el último año (ORa 0,70; IC 95% 0,49-1,01, $p > 0,05$). Resultados similares a los encontrados por Hendricks, Thorne et al. (2015) que usaron la misma población y medidas.</p> <p>Po su parte Johansen and Krebs (2015) y Nesvåg et al. (2015) realizaron un estudio en la subpoblación de este estudio que incluyó 135.095 participantes y realizó las mismas mediciones y desenlaces de Hendricks et al. (2015), siendo el estudio de Nesvåg et al. una reanálisis de los datos de Johansen and Krebs. En pacientes con depresión antes de los 18 años, el uso en la vida de un psicodélico clásico se asoció con una mayor probabilidad de ideación suicida en el último año (OR 2,0; IC 95% 1,9-2,1; $p < 0,001$), planificación (OR 1,9; IC</p>			

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de revisión Autor, Año	Objetivo de la revisión	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda	AMSTAR 2	Proporción de estudios realizados en AL
		<p>95% 1,8-2,1; p < 0,001) e intento de suicidio (OR 1,8; IC 95% 1,5-2,0, p < 0,001). Entre las personas con uso en la vida de psicodélicos (y sin uso de otras sustancias ilícitas) no hubo una relación significativa con ideación suicida en el último año (ORa 2,8; IC 95% 0,8-9,8; p 0,10), planificación (ORa 3,0; IC 95% 0,4-22,9, p 0.29) e intento de suicidio (ORa 0,8; IC 95% 0,1-6,1, p 0,80).</p> <p>Entre las personas de 18 a 25 años, el uso en la vida de un psicodélico clásico se asoció con una menor probabilidad de intento de suicidio en el último año (ORa = 0.7).</p> <p>Sexton et al. realizaron dos estudios en 2019 (n= 356.413) y 2020 (n= 354,535) en una muestra representativa de los Estados Unidos. El de 2019 tomó personas >12 años y el de 2020 personas con edad ≥12 años. El estudio de 2019 evaluó el uso en la vida de un psicodélico clásico (DMT, ayahuasca, mezcalina, peyote/San Pedro, LSD, psilocibina) frente a un psicodélico novedoso y la ideación suicida en el último año auto informada (sí/no), planificación (sí/no), intento (sí/no) encontrado que, en comparación con el uso en la vida de psicodélicos novedosos, el uso de psicodélicos clásicos se asoció con una menor probabilidad de ideación suicida en el último año (ORa 1,4; p 0,018) y planificación (ORa 1,6; p 0,029), pero no de intento de suicidio. El estudio de 2020 evaluó el uso en la vida de lisérgamidas clásicas (LSD), triptaminas (psilocibina, DMT, ayahuasca) y fenetilaminas (peyote, San Pedro, mezcalina) y su relación con ideación suicida en el último año auto informada (sí/no), planificación (sí/no) e intento (sí/no). El uso en la vida de triptaminas clásicas se asoció con una menor probabilidad de ideación suicida en el último año (ORa 0,79; IC 95% 0,72-0,87), pero no con planificación suicida en el último año o intento de suicidio y no se encontró una asociación significativa entre el uso en la vida de lisérgamidas o fenetilaminas y la probabilidad de ideación suicida en el último año, planificación o intento de suicidio.</p> <p>Asimismo, Shalit et al. (2019) en una muestra representativa de adultos en los Estados Unidos de 36.309 participantes evaluó la relación entre uso en la vida y en el último año de un alucinógeno (LSD, peyote, mezcalina, psilocibina, anticolinérgicos, DMT, DOM, DOB, salvia divinorum, dextrometorfano y fenciclidina), el trastorno de uso de alucinógenos en la vida y el intento de suicidio en la vida auto informado (sí/no). Los autores encontraron que el uso en la vida de un alucinógeno se asoció con una mayor probabilidad de un intento de suicidio en la vida (ORa 1,49; IC 95% 1,21-1,85) y ni el uso de alucinógenos en el último año ni el trastorno de uso de alucinógenos en la vida se asociaron con la probabilidad de un intento de suicidio en la vida.</p>			
<p>Revisión sistemática</p> <p>Herteinstein et al., 2021 (48)</p>	<p>Identificar estudios experimentales sobre el efecto de la psicoterapia neurobiológicamente aumentada en comparación con la psicoterapia convencional en 7 áreas de funcionamiento: amenaza o ansiedad, aprendizaje de recompensa, memoria declarativa, control cognitivo,</p>	<p>Yohimbina: en tratamiento de fobias específicas</p> <p>Miedo a volar</p> <p>1) Meyerbröker et al. (n= 56) <i>Metodología:</i> intervención con terapia de exposición en realidad virtual (3 sesiones) + yohimbina (15 mg) o propanolol (40 mg) 1 hora antes de la exposición. Control con terapia de exposición en realidad virtual (3 sesiones) + placebo. <i>Resultados:</i> no se encontró un efecto significativo de potenciación ni para la yohimbina ni para el propanolol.</p> <p>2) Meyerbröker et al. (n= 67) <i>Metodología:</i> intervención con terapia de exposición en realidad virtual (4 sesiones) + yohimbina (10 mg) una hora antes de la exposición. Control con terapia de exposición en realidad virtual (4 sesiones) + placebo. <i>Resultados:</i> niveles significativamente más altos de alfa-amilasa salival en el grupo de yohimbina, pero sin efecto de clínico de potenciación de la terapia (reducción de la ansiedad).</p> <p>Claustrofobia</p> <p>1) Powers et al. (n= 24) <i>Metodología:</i> intervención con dos sesiones de exposición de 1 hora + yohimbina (10,8 mg) antes de cada sesión. Control con dos sesiones de exposición de una hora + placebo</p>	<p>10/2020</p>	<p>Críticamente baja</p>	<p>No reportados</p>

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de revisión Autor, Año	Objetivo de la revisión	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda	AMSTAR 2	Proporción de estudios realizados en AL
	comunicación social, sueño y sistemas sensoriomotores.	<p><i>Resultados:</i> no se encontró un efecto de potenciación en el postratamiento. Hubo una reducción mayor significativa en el miedo máximo durante la tarea de evitación conductual en el grupo de yohimbina a lo largo del seguimiento.</p> <p>No específica</p> <p>1) Tuerk et al. (n= 26 hombres)</p> <p><i>Metadología:</i> intervención con terapia de exposición prolongada (TEPT) virtual + yohimbina (21,6 mg) antes de la primera sesión. Control con TEPT virtual + placebo.</p> <p><i>Resultados:</i> reducción de la reactividad de la frecuencia cardíaca inducida por el trauma en el grupo de yohimbina en comparación con el placebo. No hubo efecto sobre la gravedad de los síntomas.</p>			
<p>Revisión de alcance</p> <p>Capaldi et al., 2023 (85)</p>	<p>Tiene como objetivos: (a) examinar la evidencia existente sobre intervenciones dirigidas a los síntomas de estrés postraumático (TEPT) y/o el crecimiento postraumático (PTG) en sobrevivientes de cáncer e (b) identificar brechas en el conocimiento para orientar la investigación futura.</p>	<p>Psilocibina (n= 5): los cuatro artículos sobre psicoterapia asistida con psilocibina con resultados provenientes de dos ECA informaron reducción en los síntomas de PTSS o PTSD entre sobrevivientes de cáncer (Malone et al., 2018; Swift et al., 2017; Ross et al., 2016; Agin-Liebes et al., 2020). Asimismo, los datos cuantitativos y cualitativos sugirieron mejoras en el PTG (Malone et al., 2018; Swift et al., 2017; Belser et al., 2017; Ross et al., 2016; Agin-Liebes et al., 2020; Griffiths et al., 2016). El intervalo entre las sesiones de administración del medicamento fue variable (entre 7 semanas y 7 meses). Las sesiones de psicoterapia y preparación fueron características comunes.</p> <p>Se anota que las conclusiones de los artículos cuantitativos están limitadas por sus diseños de baja calidad (Malone et al., 2018; Ross et al., 2016; Griffiths et al., 2016).</p> <p>Estudios cuantitativos:</p> <p>ECA:</p> <p>1) Griffiths et al. (2016) (n= 51). Cáncer en tratamiento activo, recurrente o metastásico (crecimiento postraumático- PTG) de: mama, tracto digestivo y respiratorio superior, gastrointestinal, genitourinario, hematológico y otros cánceres.</p> <p><i>Metadología:</i> diseño cruzado (Baja Dosis-1ª/ Alta Dosis-2ª: n=25, Alta Dosis-1ª/ Baja Dosis-2ª: n=26), doble ciego. Intervención con dosis moderadamente alta de psilocibina y control con dosis bajas (placebo). Se realizaron tres sesiones (7,9 horas), reuniones con monitores de sesión (3,4 horas), dos sesiones de seguimiento adicionales (2,4 horas). Se usaron las pruebas Propósito en la Vida (PIL), Evaluación Funcional de la Terapia de Enfermedades Crónicas-Bienestar Espiritual (FACIT-SP) y PEQ.</p> <p><i>Resultados:</i> la intervención fue efectiva en aumentar la calidad de vida, el sentido de la vida, el optimismo y la espiritualidad en esta población (FACIT-SP: p < 0.001).</p> <p>2) Ross et al. (2016) (n=29). Cáncer de mama, reproductivo, digestivo, linfoma, leucemia y otros cánceres en estadios I, II, III y IV.</p> <p><i>Metadología:</i> diseño cruzado aleatorizado, ciego (primero psilocibina n=14, primero niacina n=15 luego cruce). La intervención (psilocibina) fueron dos sesiones de dosificación de 8 horas con 7 semanas de diferencia + sesiones de psicoterapia durante 9 meses realizadas antes, durante y después de las sesiones de administración del medicamento. El control fue niacina (resto igual). Se evaluó el bienestar espiritual en PTG con FACIT-SP y PTSS/PTSD con la Escala de Desmoralización (DS)</p> <p><i>Resultados:</i> la intervención fue efectiva para pacientes con cáncer que experimentan malestar psicológico relacionado a la enfermedad.</p> <p>3) Agin-Liebes et al. (2020). (n=15). Utilizó los pacientes de Ross et al. (2016).</p> <p><i>Metadología:</i> se evaluar si los beneficios de la terapia asistida con psilocibina en pacientes con cáncer (mejoría del malestar psicológico) se mantuvieron durante el seguimiento a largo plazo (LTFU) a los 3,2 años y 4,5 años después de la intervención. Se evaluó el bienestar espiritual en PTG con FACIT-SP y PTSS/PTSD con la DS.</p>	03/2022	Moderada	No reportados

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de revisión Autor, Año	Objetivo de la revisión	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda	AMSTAR 2	Proporción de estudios realizados en AL
		<p><i>Resultados:</i> la psicoterapia asistida con psilocibina podría proporcionar alivio a largo plazo del malestar psicológico relacionado con el cáncer y mejorar el bienestar espiritual. Las conclusiones son limitadas debido al diseño cruzado del estudio principal.</p> <p>Estudios de métodos mixtos: ECA 1) Malone et al. (2018). (n=4) Utilizó los pacientes de Ross et al. (2016). <i>Metodología:</i> informar sobre la complejidad y naturaleza personalizada de las respuestas a la psicoterapia asistida con psilocibina en los pacientes sobrevivientes de cáncer. Se realizaron sesiones de preparación de 4 semanas (1 hora), 1 sesión de medicación (4-5 horas), 6 sesiones de psicoterapia de (1/semana) <i>Resultados:</i> los resultados cualitativos indican que la experiencia con psilocibina fue única para cada participante, observándose mayor autocompasión, amor y aceptación del trauma.</p> <p>Estudios cualitativos: ECA 1) Belser et al. (2017) (n=13) Utilizó los pacientes de Ross et al. (2016). <i>Metodología:</i> entrevistas en profundidad empleando el análisis fenomenológico interpretativo (IPA). <i>Resultados:</i> la intervención fue bien aceptada por esta población y podría ser útil para el tratamiento de la angustia existencial y psicológica provocada por un diagnóstico de cáncer, y promover cambios positivos en la identidad y relaciones.</p>			
<p>Revisión de alcance Doyle et al., 2022 (104)</p>	<p>Sintetizar la información sobre el Trastorno de la percepción persistente por alucinógenos (HPPD) incluyendo tratamientos, datos de prevalencia o incidencia entre los diferentes alucinógenos, factores de riesgo y fisiopatología.</p>	<p>Se incluyeron un total de 32 artículos en la revisión, en los cuales la ibogaína se asoció con el inicio del HPPD en un estudio; mientras la psilocibina se encontró asociada con el HPPD en dos estudios solo cuando se usó en combinación con otros medicamentos.</p>	16/06/2021	Críticamente baja	No reportados
<p>Revisión sistemática Aday et al., 2021 (46)</p>	<p>Investigar la información contemporánea sobre las variables iniciales que han demostrado predecir los efectos agudos de las drogas psicodélicas.</p>	<p>Ayahuasca (n= 1) 1) Bousso et al (2013). (n=24). Población de usuarios <i>Metodología:</i> administración oral de sustancia ayahuasca 100 mL. Se utilizó control. Se aplicaron pruebas para determinar el efecto agudo. <i>Resultados:</i> lo usuarios experimentados de ayahuasca (uso > a 60 veces) tenían menos deterioro que los usuarios ocasionales (uso de 8-60 veces) en una prueba de funcionamiento ejecutivo. En ambos grupos, el rendimiento deficiente en el funcionamiento ejecutivo se correlacionó inversamente con el uso de ayahuasca a lo largo de la vida (r= -0,62).</p> <p>Psilocibina (n=9) 1) Bienemann et al. (2020). (n= 346). Muestra al azar. <i>Metodología:</i> análisis de texto cuantitativo de informes con efectos negativos de la psilocibina publicados en el sitio web Erowid. Dosis de psilocibina no especificadas. <i>Resultados:</i> Los "malos viajes" se informaban con más frecuencia por parte de las usuarias. 2) Carbonaro et al. (2016). (n=1993). Muestra al azar. <i>Metodología:</i> se encuestaron a usuarios de psilocibina sobre su experiencia más desafiante con la droga. <i>Resultados:</i> se encontraron relaciones débiles, pero estadísticamente significativas, entre la edad (r= -0,06) y el historial de uso de alucinógenos (r= -0,05) con la dificultad de la experiencia. 3) Lebedev et al. (2015). (n= 15). Voluntarios sanos <i>Metodología:</i> intervención con administración de 2 mg de psilocibina IV. Control con placebo.</p>	No reportado, último artículo 2020	Críticamente baja	No reportados

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de revisión Autor, Año	Objetivo de la revisión	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda	AMSTAR 2	Proporción de estudios realizados en AL
		<p><i>Resultados:</i> las personas que en el estado basal tienen una menor diversidad de nodos de la red ejecutiva (aquellos con una segregación de la red neuronal más eficiente) eran más propensas a experimentar la disolución del ego bajo la influencia de la psilocibina.</p> <p>4) Lewis et al. (2020) (n= 55). Voluntarios sanos <i>Metodología:</i> intervención con administración de 0,16 o 0,215 mg/kg de psilocibina vía oral. Control con placebo</p> <p><i>Resultados:</i> El grosor de la corteza anterior cingular rostral (rACC) del hemisferio derecho en el estado basal predijo positivamente los sentimientos de experiencia espiritual e introspección mientras los voluntarios sanos estaban bajo la influencia de la psilocibina. Esto sugiere que las medidas neurales estructurales podrían utilizarse para predecir aspectos de la experiencia psicodélica.</p> <p>5) Russ et al. (2019). (n=183). Muestra al azar. <i>Metodología:</i> Intervención con dosis variables de psilocibina (vía de administración no clara), sin control. <i>Resultados:</i> se encontraron pocas diferencias de género, a excepción que en las mujeres la aprehensión estaba correlacionada negativamente de forma significativa con las experiencias de tipo místicas, en comparación con los hombres. También se identificó que los estados de preocupación y confusión previos al consumo estaban relacionados positivamente con eventos adversos (AE), mientras que el rasgo de personalidad de apertura estaba correlacionado negativamente con los AE.</p> <p>6) Russ et al. (2019). (n=143). Muestra al azar. <i>Metodología:</i> Intervención con dosis variables de psilocibina (vía de administración no clara), sin control. <i>Resultados:</i> se identificaron que las medidas basales en los rasgos de personalidad de rendimiento ($r= 0,72$) y absorción ($r= 0,61$) predecían la medida en la que uno tenía una experiencia de tipo místico de forma moderada a fuerte. Las medidas de rendimiento también se relacionaron positivamente con el cambio espiritual y positivo a largo plazo y negativamente con las experiencias agudas de temor y el cambio negativo a largo plazo. Las medidas de absorción también se correlacionaron positivamente con el cambio espiritual y positivo a largo plazo, y negativamente con el temor. Las experiencias de temor se relacionaron positivamente con las medidas basales en los rasgos de personalidad de preocupación ($r= 0.64$) y confusión ($r= 0.58$) y se correlacionaron negativamente con la edad ($r= -0.23$). Por último, las medidas basales de edad y barreras (tendencia a rechazar fenómenos que no tienen una explicación racional) se relacionaron negativamente con las experiencias de tipo místicas agudas.</p> <p>7) Smigielski et al. (n=39). Población de meditadores budistas expertos <i>Metodología:</i> intervención con psilocibina oral 315 µg/kg + retiro de mindfulness. El control solo retiro de mindfulness. <i>Resultados:</i> las experiencias de tipo místicas se relacionaron positivamente con medidas basales de actitudes optimistas hacia la vida, apertura, aceptación y profundidad de la meditación. Las actitudes optimistas hacia la vida predijeron experiencias de reestructuración visionaria (es decir, cambios en el imaginario elemental y complejo) y la ausencia de límites oceánicos (experiencias de tipo místicas). Las medidas de apertura y profundidad de la meditación previas al consumo relacionaron positivamente con la ausencia de límites oceánicos.</p> <p>8) Stauffer et al. (n=18). Supervivientes a largo plazo de SIDA que experimentaban desmoralización. <i>Metodología:</i> intervención con psilocibina oral 0,3–0,36 mg/kg. Sin control. <i>Resultados:</i> en el estado basal, las personas con un rasgo de personalidad elevado de ansiedad por el apego en el eran más propensos a tener experiencias de tipo místicas ($r= 0,53$), y aquellos con un rasgo de personalidad elevado de evitación del apego eran más propensos a tener experiencias desafiantes ($r= 0.62$).</p> <p>9) Stenbaek et al. (n= 16). Voluntarios sanos <i>Metodología:</i> intervención con psilocibina oral 0,2–0,3 mg/kg. Sin control.</p>			

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de revisión Autor, Año	Objetivo de la revisión	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda	AMSTAR 2	Proporción de estudios realizados en AL
		<p><i>Resultados:</i> las diferencias individuales en el potencial de unión del receptor 5-HT2AR previas al consumo predijeron cómo respondieron las personas a la psilocibina. Un menor potencial de unión basal al 5-HT2AR se asoció con efectos pico más prolongados, una disminución más rápida en la intensidad subjetiva de la droga (ISD) y calificaciones más altas de experiencias de tipo místicas.</p> <p>9) Studerus et al. (2012). (n= 261). Voluntarios sanos</p> <p><i>Metadología:</i> intervención con psilocibina oral 115–315 mg/kg mg/kg. Con control placebo.</p> <p><i>Resultados:</i> el rasgo de personalidad de absorción se relacionó positivamente con la mayoría de los aspectos de la ausencia de límites oceánicos (experiencia de unidad, experiencia espiritual, perspicacia y despersonalización) y todos los aspectos de la reestructuración visionaria (imaginario complejo y elemental, sinestesia audiovisual y cambio de significado de los conceptos). Las personas con un rasgo de sociabilidad elevado eran menos propensas a tener una experiencia espiritual y más propensas a experimentar sinestesia audiovisual. Los antecedentes de consumo de cannabis y alcohol se relacionaron con aumentos en los estados de felicidad y sinestesia audiovisual, respectivamente. En cuanto a los predictores del estado, encontraron que la edad se relacionaba negativamente con los deterioros agudos del control y la cognición. La excitabilidad emocional predecía aumentos agudos en la experiencia espiritual, la perspicacia, la sinestesia audiovisual, la alteración general de la conciencia y la ansiedad. Por último, las medidas basales de angustia psicológica general se correlacionaron negativamente con la ausencia de límites oceánicos, los estados de felicidad y el imaginario complejo.</p>			
<p>Revisión sistemática de ECA</p> <p>Kisely et al., 2023 (14)</p>	<p>Evaluar el efecto de la metilenedioximet anfetamina (MDMA) y psilocibina comparada con controles inactivos (sin tratamiento) o activos (con apoyo psicológico) en el tratamiento de trastornos psiquiátricos.</p>	<p>Psilocibina (n=6): seis estudios (n=187 participantes) estudiaron el papel de la psilocibina. En los TD Hubo diferencias estadísticamente significativas entre la psilocibina y el placebo activo (niacina o psilocibina en dosis baja), pero la psilocibina siguió siendo igual de efectiva que el escitalopram en cuanto a la respuesta al tratamiento, pero superior en cuanto a la remisión.</p> <p>Ansiedad o la depresión secundaria a la depresión a largo plazo (LTD)⁷ (3 estudios, n=92): uno de los estudios informó diferencias estadísticamente significativas entre la psilocibina comparada con la niacina, sin embargo, entre las semanas 2 a 8 después de la administración no fue superior a la niacina en las puntuaciones continuas (k=2; DME -0,99; IC95% 2,33 a 0,35; p=0.15). (Ross et al., 2016), y otro entre la psilocibina a altas dosis alta comparada con bajas dosis en pacientes con estos diagnósticos (Griffiths et al., 2016). En los trastornos de ansiedad y depresión asociados a enfermedad no hubo diferencias estadísticamente significativas entre la psilocibina y los controles en el seguimiento a las dos semanas, aunque ambos grupos mostraron mejoras a largo plazo después del cruce (Grob et al., 2011).</p> <p>TD persistente (crónica) o resistente al tratamiento (2 estudios, n=86): la terapia asistida con psilocibina inmediata fue superior a permanecer en lista de espera 8 semanas en un estudio de TD resistente al tratamiento, con o sin ansiedad (k=1; DME -2,60; IC95% 3,70 a -0,5); p <0.0001) (Davis et al., 2021). Un estudio sobre TD no mostró diferencias significativas entre la psilocibina y el escitalopram en el resultado primario preestablecido (eficacia del tratamiento) medida por el QIDS-SR (k=1; DME -0,36; IC95% -0,87 a 0,15; p 0,17), aunque los cambios en los resultados secundarios (recurrencia) generalmente favorecieron a la psilocibina, pero no se ajustó por comparaciones múltiples (Carhart-Harris et al., 2021).</p> <p>TOC (1 estudio, n=9): no hubo un efecto significativo de la dosis en los síntomas obsesivo-compulsivos, posiblemente debido a la muestra escasa y una respuesta inesperadamente alta al placebo con dosis baja (25µg/kg) (Moreno et al., 2006).</p>	<p>08/2021</p>	<p>Alta</p>	<p>No reportados</p>

⁷ Depresión a largo plazo (Long-term depression- LTD): es lo opuesto a la potenciación a largo plazo (long-term potentiation- LTP), y es caracterizada por una disminución en la fuerza postsináptica. Esto ocurre por la desfosforilación de los receptores AMPA, lo cual facilita su movilización lejos de la unión sináptica.

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de revisión Autor, Año	Objetivo de la revisión	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda	AMSTAR 2	Proporción de estudios realizados en AL
<p>Revisión sistemática</p> <p>Sharma et al., 2023 (16)</p>	<p>Investigar los estudios contemporáneos sobre el uso clínico de sustancias psicodélicas como tratamiento independiente o complementario a la psicoterapia para el tratamiento de trastornos por uso de sustancias (TUS) y el abuso de sustancias. Los objetivos adicionales incluyeron: 1) Evaluar si las sustancias psicodélicas son efectivas para los TUS y los TUS resistentes al tratamiento; 2) Describir las perspectivas de los usuarios del servicio sobre el tratamiento psicodélico; y 3) Identificar las fortalezas y barreras para la implementación clínica de los tratamientos psicodélicos.</p>	<p>1) Efectos sobre la abstinencia (n=3): tres de los estudios (Brown y Alper, 2018; Malcolm, Polanco y Barsuglia, 2018; Mash et al., 2018) informaron reducciones significativas en los síntomas de abstinencia después de la administración de tratamientos con psicodélicos.</p> <p>Mash et al. (2018) evaluó el papel de la lbogaína para tratar la dependencia de opioides, reportando que 50% de los participantes estaba en abstinencia posterior al mes de seguimiento, cifra que disminuyó al 20% en el seguimiento de 6 meses. Este estudio utilizó la Escala Objetiva de Abstinencia de Opioides encontrando disminución significativa de los síntomas con puntuaciones que pasaron de 0-13 antes a 0-2 después del tratamiento luego de aproximadamente 24 horas. Los estudios de Brown y Alper (2018) y Malcolm, Polanco y Barsuglia (2018) valoraron el mismo escenario con la Escala Subjetiva de Abstinencia a Opioides (SOWS) y la Escala Clínica de Abstinencia de Opioides (COWS) encontrando reducciones significativas en las puntuaciones de abstinencia para ambas escalas (17 y 10,47 puntos, respectivamente para SOWS).</p> <p>En el caso de la dependencia de la nicotina, el 92% de los fumadores se encontraba abstemio en el seguimiento a un mes y 67% se mantuvieron abstemios durante el seguimiento a 12 meses.</p> <p>2) Efectos sobre el uso de sustancias (n=3): todos los estudios informaron reducciones estadísticamente significativas en las medidas de uso de sustancias.</p> <p>3) Efectos sobre los resultados de salud psicosocial y mental (n=4): todos los estudios informaron efectos sobre la salud mental y la calidad de vida. Tanto el estudio de terapia asistida con psilocibina para la dependencia del alcohol, como en el de terapia asistida con lbogaína para la dependencia de la cocaína u opioides aplicaron la Escala de Perfil de Estado de Ánimo (POMS). Se encontró mejoría en las puntuaciones de la subescala de vigor estadísticamente significativas a los 6 meses de seguimiento posterior al inicio de la psilocibina, sin cambios significativos en ningún otro momento (Bogenschutz et al., 2015). La terapia asistida con lbogaína mostró mejoría estadísticamente significativa en las puntuaciones de la subescala de depresión/desaliento de POMS después del alta del tratamiento y durante el seguimiento a 30 días para cocaína y opioides; además de aumento en la autoeficacia, empoderamiento, mindfulness, esperanza y calidad de vida (Mash et al. 2018).</p> <p>4) Efectos en el deseo de consumo (n=4): en diferentes estudios se observaron reducciones significativas en los deseos de consumo de sustancias como la heroína, la cocaína, el alcohol y la nicotina</p> <p>5) Experiencias de los participantes en los tratamientos asistidos por psicodélicos (n=4): se obtuvieron datos cualitativos de estos estudios. a) lbogaína: como complemento de la consejería motivacional para la dependencia de opioides y cocaína (Mash et al. 2018), b) Psilocibina: Nielson et al. (2018) estudió la intervención combinada de psilocibina y MET para la dependencia del alcohol c) Ayahuasca: Bogenschutz et al. (2015) y Thomas et al. (2013) informaron datos cualitativos sobre las experiencias de los participantes en la terapia asistida con ayahuasca</p> <p>Los participantes que recibieron tratamientos asistidos por psicodélicos describieron una mayor autoconfianza, capacidad de enfrentar los síntomas de abstinencia, cambios en sus relaciones con la sustancia de dependencia y experiencias psicodélicas significativas. Durante la experiencia con lbogaína los participantes a menudo experimentaron visiones de su pasado, caracterizadas por contenido autobiográfico centrado en experiencias de la infancia, mientras quienes recibieron psilocibina experimentaron estados eufóricos que resultaron en un mejor estado de ánimo.</p>	<p>05/03/2021</p>	<p>Moderada</p>	<p>0/2</p>
<p>Revisión sistemática</p>	<p>Investigar la evidencia existente sobre los efectos de las</p>	<p>Estado de ánimo y salud mental:</p> <p>1) Depresión: seis estudios encontraron asociación entre las microdosis y puntajes más bajos en los síntomas depresivos. En contraposición, una encuesta encontró niveles más altos de estos síntomas con las microdosis. Tres estudios en laboratorio controlados no encontraron cambios agudos en los puntajes asociados a TD.</p> <p>2) Ansiedad y estrés: mostraron resultados variables (aumento o disminución) en diferentes estudios.</p>	<p>18/04/2021</p>	<p>Moderada</p>	<p>No reportados</p>

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de revisión Autor, Año	Objetivo de la revisión	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda	AMSTAR 2	Proporción de estudios realizados en AL
Polito y Liknaitzky, 2022 (24)	microdosis de psicodélicos.	<p>3) TUS: mejoría en la reducción del consumo de tabaco y sustancias psicoactivas en estudios cualitativos.</p> <p>4) TOC: un pequeño EC mostró reducción en su gravedad. También se ha asociado el consumo de microdosis con un aumento de la disociación en un estudio de laboratorio con voluntarios sanos.</p> <p>Bienestar: tres estudios cualitativos (Anderson et al., 2019b; Beaton et al., 2020; Webb et al., 2019) y un estudio de encuesta retrospectiva (Bright et al., 2021) encontraron aumentos superpuestos en los constructos de bienestar, autorrealización, autoeficacia y resiliencia. El estudio prospectivo de Kaertner et al. (2021) mostró aumentos en los informes de bienestar y resiliencia con microdosis en un período de 4 semanas, aunque esta conclusión fue parcialmente atribuida a las expectativas.</p> <p>Creatividad y cognición: previamente se reportaron los resultados de los estudios cualitativos de Anderson et al. (2019b), Beaton et al. (2020), Webb et al. (2019), la encuesta de Bright et al. (2021) y el estudio prospectivo de Kaertner et al. (2021) sobre el bienestar. Algunos estudios reportaron aumento en la creatividad, mientras otros no encontraron efectos. Se han observado cambios en tareas neurocognitivas como percepción del tiempo y la atención (atención, atención plena y la capacidad para concentrarse) después de la administración de microdosis, que aumentaron en algunos estudios.</p> <p>Personalidad: Aunque se han reportado cambios de personalidad positivos después de la ingestión de psicodélicos a dosis altas (Erritzoe et al., 2018), la evidencia fue menos consistente en los estudios con microdosis, siendo más sólida la evidencia para estas en el aumento de los sentimientos, actitudes y comportamientos interpersonales. Un estudio de laboratorio en etapas iniciales (Greiner et al., 1958), un estudio prospectivo (Kaertner et al., 2021), tres estudios de encuestas (Cameron et al., 2020, Lea et al., 2020b, Petranker et al., 2020) y casi todos los estudios cualitativos informaron de relaciones mejoradas y de una mayor conexión interpersonal (Beaton et al., 2020; Fadiman and Korb, 2019; Johnstad, 2018; Lea et al., 2020a; Webb et al., 2019). Asimismo, un estudio transversal (Bright et al., 2021) y un estudio prospectivo (Polito and Stevenson, 2019) encontraron un aumento en el rasgo de personalidad de absorción, aunque un segundo estudio prospectivo no informó cambios (Kaertner et al., 2021). En oposición, el estudio de laboratorio controlado de Bershad et al. (2019) no encontró aumento en la sensibilidad al rechazo social durante los efectos agudos, y el estudio prospectivo de Szigeti et al. (2021) no encontró aumento en la conexión social en comparación con el placebo.</p> <p>Cambios en el estado consciente: estudios cualitativos han descrito cambios caracterizado por la mayor presencia y claridad perceptiva después de las microdosis, aunque estos cambios no siempre son benéficos puesto que algunas personas han informado de efectos no deseados como sentirse "ligeramente alucinando" y experimentar sueños vívidos.</p>			
Revisión sistemática Henríquez-Hernández et al., 2023 (67)	Recopilar la evidencia sobre las dosis de sustancias psicodélicas que representan un riesgo para la salud, centrándose en las ergolaminas, las triptaminas simples y las feniletilaminas.	<p>Mezcalina: A partir de los reportes no se puede inferir una dosis a partir de la cual la vida del consumidor de mezcalina esté en peligro. La dosis efectiva usual (y su rango) para fines no médicos es de 350 mg (200-450 mg). La vida media plasmática de la mezcalina es aproximadamente de 6 horas.</p> <p>1) Kurt Beringe (1927). (n= 60). 90% hombres <i>Metodología:</i> aplicación de mezcalina pura inyectada a dosis de 200, 400, 500 y 600. <i>Resultados:</i> se describieron reacciones físicas y psicológicas como "psicosis por mezcalina". No informes de EA relevantes o muertes.</p> <p>2) Wolbach (1962). (n= 10). 10 hombres adictos a la morfina condenados por violaciones de las leyes nacionales de narcóticos (EE. UU). <i>Metodología:</i> aplicación intramuscular de LSD, la mezcalina y la psilocibina. <i>Resultados:</i> La TDLO (nivel de dosis tóxica 0) se estableció en 2,5 mg/kg. Los autores concluyeron que las reacciones inducidas por el LSD, la mezcalina y la psilocibina eran cualitativamente similares, sin informes de EA relevantes o muertes.</p> <p>3) Informe de caso 1985: sujeto que falleció al caer desde un acantilado mientras estaba bajo la influencia de la mezcalina. Las concentraciones de la droga en sangre, hígado y orina fueron de 9,7 µg/mL; 70,8 µg/g y 1163 µg/mL, respectivamente.</p>	31/08/2022	Críticamente baja	No reportados

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de revisión Autor, Año	Objetivo de la revisión	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda	AMSTAR 2	Proporción de estudios realizados en AL
		<p>4) Informe de caso 1999: hombre nativo americano de 32 años con antecedentes de alcoholismo que murió por aspiración bronquial de vómito durante una ceremonia de Peyote. La concentración de mezcalina en sangre antes de la muerte fue de 0,48 mg/L.</p> <p>Psilocibina: 30-40 mg se considera una dosis alta de psilocibina para los humanos. La TDLO se estableció en 60 y 37 µg/kg por vía oral e intraperitoneal, respectivamente (año 1960, n= 16, voluntarios sanos). Por vía intramuscular la TDLO fue de 75 µg/kg.</p> <p>1) Informe de caso 1996 (Francia): En 1993 se reportó la muerte de un sujeto en el que se encontró una cantidad de 4 ng/mL de psilocibina en la sangre.</p> <p>2) Informe de caso 2012: caso fatal de ingestión de hongos mágicos en un receptor de trasplante de corazón, quien colapsó 2-3 horas después del consumo. La toxicología plasmática reveló un nivel de psilocina de 30 mg/L y de tetrahidrocannabinol de 4 mg/L.</p> <p>3) Una tercera publicación informa una muerte asociada a la psilocibina, pero los detalles son escasos.</p>			
<p>Revisión de alcance</p> <p>Wong et al., 2023 (88)</p>	<p>Sintetizar la evidencia sobre la seguridad y eficacia de cinco psicodélicos "clásicos" no relacionados con la psilocibina (mezcalina, Ibogaína, ayahuasca, DMT y LSD) en el tratamiento de trastornos mentales y de uso de sustancias.</p>	<p>Ayahuasca (n=24): Doce estudios informaron mejoría en el estado de ánimo y síntomas de ansiedad, 11 en las relaciones, 8 en los síntomas relacionados con TUS, y 2 en otros síntomas específicamente de trastornos alimentarios</p> <p>Ocho estudios reportaron mejor comprensión y 4 reducción en comportamientos autolesivos e ideación suicida.</p> <p>EA: gastrointestinales (4 estudios), neurológicos (3 estudios), psicológicos (6 estudios) y otros efectos adversos como letargo, trastornos autonómicos y trastornos psicomotores (3 estudios).</p> <p>Ibogaína (n=5): Dos estudios reportaron mejoría en las relaciones, uno en el estado de ánimo y los síntomas de ansiedad y tres en los síntomas relacionados con el TUS.</p> <p>Un estudio informó una mejor comprensión.</p> <p>EA: gastrointestinales (2 estudios), psicológicos (2 estudios), neurológicos (un estudio), y otros físicos como trastornos psicomotores y autonómicos (3 estudios).</p> <p>Mezcalina (n=5): Dos estudios encontraron mejoría en el estado de ánimo y síntomas de ansiedad, uno en las relaciones y dos en otros síntomas como los vegetativos y psicóticos.</p> <p>Dos estudios informaron una mejor comprensión.</p> <p>EA: gastrointestinales (un estudio), psicológicos (2 estudios), efectos adversos físicos diversos (un estudio).</p>	09/11/2022	Baja	0/15
<p>Revisión sistemática</p> <p>Breet et al., 2018 (28)</p>	<p>1) Investigar la evidencia sobre las formas de uso de sustancias y su asociación con el comportamiento suicida autolesivo (SIB) en países de ingresos bajos y medianos (LMIC); 2) Identificar brechas de evidencia sobre esta asociación; y 3) Identificar áreas de investigación pertinentes con respecto a esta relación.</p>	<p>Solo un estudio iraní (Ahmadi et al, 2015) exploró la asociación entre el uso patológico de opioides y el comportamiento suicida autolesivo (SIB) en hombres y mujeres de 16 a 25 años. Se enfocó en el comportamiento suicida no fatal (autoagresión) encontrando que la dependencia al opio se asociaba a la autoinmolación. El estudio se evaluó como de alta calidad y utilizó un diseño de estudio de casos y controles.</p>	10/02/2016	Baja	0/18

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de revisión Autor, Año	Objetivo de la revisión	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda	AMSTAR 2	Proporción de estudios realizados en AL
<p>Revisión sistemática con metaanálisis</p> <p>Galvão-Coelho et al., 2021 (23)</p>	<p>Evaluar el efecto clínico de psicodélicos serotoninérgicos clásicos en el estado de ánimo negativo y síntomas depresivos en EC doble ciego, de forma separada para voluntarios sanos y pacientes diagnosticados con un trastorno del estado de ánimo.</p>	<p>Ayahuasca Estado de ánimo: Efectos agudos: no se encontraron estudios que proporcionara datos sobre cambios agudos en el estado de ánimo. Efectos a largo plazo: en pacientes mostró mejoría del estado de ánimo (K = 2; DME -0,632; IC95% -1,171 al -0,092, p 0,022; I²= 7,6%). No se realizaron estudios en participantes sanos sobre cambios a largo plazo en el estado de ánimo. Psilocibina Estado de ánimo: Efectos agudos: en voluntarios sanos, la psilocibina tuvo un efecto significativo moderado en la reducción del estado de ánimo negativo, con baja variabilidad entre estudios (n= 62; K= 4; DME -0,671, IC95% -1,034 al -0,309; p < 0,001; I²= 3,4%) (Hasler et al., 2004; Kometer et al., 2012; Kraehenmann et al., 2015; Wittmann et al., 2007). Trastorno depresivo/Síntomas depresivos Efectos agudos: la psilocibina mostró un efecto clínico significativo y moderado en la reducción de los síntomas depresivos en pacientes con trastornos del estado de ánimo, con baja variabilidad entre los estudios (n= 41; K= 2; DME -0,665; IC95% -1,262 al -0,048; p 0,034; I²=9,6%) (Grob et al. 2011; Ross et al. 2016). Efectos a medio plazo: un análisis secundario de los estudios de psilocibina mostró un efecto no significativo en la reducción de la depresión entre los días 7 y 15 postratamiento (n= 41; K= 2; DME -0,666; IC95% -1,374 al -0,042; p 0,065; I²= 13%) (Grob et al. 2011; Ross et al. 2016). Efectos a largo plazo: el subanálisis de dos estudios mostró un efecto clínico grande en la reducción de los síntomas depresivos en pacientes con trastornos del estado de ánimo luego del tratamiento con psilocibina, con baja heterogeneidad entre los estudios (n= 80; K= 2; DME -0,826; IC95% -1,285 al -0,367; p < 0,001; I²= 5,5%) (Griffiths et al. 2016; Ross et al. 2016).</p>	<p>05/2020</p>	<p>Moderada</p>	<p>0/0</p>
<p>Revisión sistemática con metaanálisis</p> <p>Yu et al., 2021 (13)</p>	<p>Analizó la eficacia y tolerabilidad de la psilocibina en el tratamiento de los síntomas de ansiedad al final de la vida en pacientes con cáncer o VIH, y exploró su efecto sostenido en los síntomas de ansiedad durante el seguimiento.</p>	<p>Psilocibina (n=5): todos los estudios proporcionaron datos sobre cambios en los síntomas de ansiedad en el estado y rasgo. La evaluación se realizó al día 1 y los meses 1, 3 y 6, posterior a <u>una sola sesión de tratamiento con psilocibina</u>. Desenlaces primarios: 1) Efecto de la psilocibina sobre los cambios en los síntomas en el estado ansioso: -<i>Día 1:</i> fue superior al placebo en el tratamiento del estado ansioso (Hedges' g -0,70; IC 95% -1,01 al -0,39, I²=0,00%). -<i>Mes 1:</i> fue superior al placebo en el tratamiento de la ansiedad de estado (Hedges' g -0,73; IC95% -1,25 al -0,20, I²=62,83%). -<i>Mes 3:</i> sin diferencias significativas (Hedges' g, -0,47; IC95% -1,31 al 0,37; I²=93,30%). -<i>Mes 6:</i> sin diferencias significativas (Hedges' g -0,88; IC 95% -1,78 a 0,03; I²=86,46%). Agin-Liebes et al. (2020) evaluaron el estado de ansiedad después de 3,2 y 4,5 años, revelando un Hedges' g de -1,05 y -0,90, respectivamente. 2) Efecto de la psilocibina sobre los cambios en los síntomas en el rasgo ansioso: -<i>Día 1:</i> fue superior al placebo en el tratamiento del rasgo de ansiedad (Hedges' g -0,71; IC 95% -1,15 al -0,25, I²=39,22%). -<i>Mes 1:</i> fue superior al placebo en el tratamiento en el rasgo de ansiedad (Hedges' g -1,04; IC 95% -1,66 al -0,42, I²=65,66%). -<i>Mes 3:</i> fue superior al placebo en el tratamiento en el rasgo de ansiedad (Hedges' g -0,60; IC 95% -1,16 al -0,05; I²=84,87%).</p>	<p>25/11/2020</p>	<p>Alta</p>	<p>0/0</p>

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de revisión Autor, Año	Objetivo de la revisión	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda	AMSTAR 2	Proporción de estudios realizados en AL
		<p>-Mes 6: fue superior al placebo en el tratamiento en el rasgo de ansiedad (Hedges' g -1,03; IC 95% -1,54 al -0,52; I²=68,76%). Agin-Liebes et al. (2020) evaluaron el rasgo de ansiedad después de 3,2 y 4,5 años, con Hedges' g de -1,28 y -1,07, respectivamente.</p> <p>3) Cambios pre-postratamiento en los síntomas del estado y rasgo de ansiedad en el último punto de seguimiento en los estudios incluidos: La psilocibina se asoció con cambios significativos en el estado de ansiedad (Hedges' g -0,63; IC 95% -1,24 al -0,03) y rasgo de ansiedad (Hedges' g -0,83; IC 95% -1,25 al -0,42), aunque la heterogeneidad fue significativa (en ambas p<0,001).</p> <p>Desenlaces secundarios:</p> <p>1) Efectos en el sistema circulatorio: -Frecuencia cardíaca: sin diferencias significativas (DMP 2,85; IC 95% -4,51 a 10,20; I²=51,89%). -Presión arterial sistólica (PAS): se asoció significativamente con el aumento (DMP 19,00; IC 95% 13,58 a 24,41; I²=8,92%) -Presión arterial diastólica (PAD): se asoció significativamente con el aumento (DMP 8,66; IC 95% 5,18 a 12,15; I²=19,13%) Todos los estudios incluidos informaron que el aumento transitorio de la PAS y la PAD se resolvió por sí solo y no requirió intervención médica.</p> <p>2) Discontinuación por cualquier causa: la psilocibina no difirió del placebo (OR 1,53; IC 95% 0,37 a 6,22; I²=0,00%).</p>			
<p>Revisión sistemática con metaanálisis</p> <p>Ojo et al., 2018 (79)</p>	<p>Evaluar los efectos del abuso de sustancias en los parámetros de glucosa en sangre en pacientes con diabetes.</p>	<p>Se incluyeron seis de los estudios con pacientes que abusaban del opio.</p> <p>Efecto del abuso de sustancias sobre la glucosa en ayunas: tiene un efecto significativo en pacientes con diabetes tipo 2 que abusaron de sustancias en comparación con los que no (n=5; DM -10,58; IC 95% -19.84 al -1.32; I²= 0), aunque este efecto no se mantuvo en el análisis de sensibilidad (n=5; DM -11,30; IC 95% -22.15 a 2.68, I²=0).</p> <p>Efecto del abuso de sustancias en la HbA1c: un análisis de subgrupos de los estudios que evaluaron opio en TUS mostró una DM no significativa en los niveles de HbA1c entre el grupo de abuso y el control (n=5, DM -0,01; IC95% -0,87a 0,84; p 0.98; I²= 84)</p> <p>Estudios individuales:</p> <p>1) Rezvanfar et al. (2011): encontraron niveles de glucosa en ayunas y HbA1c (sangre) más bajos, pero no estadísticamente significativos, en individuos con diabetes tipo 2 que abusaban de sustancias en comparación con quienes no, con una duración media uso de opio de (36 ± 6 meses)</p> <p>2) Karam et al. (2004): reportaron niveles de HbA1c más altos en individuos de ambos sexos con diabetes tipo 2 que abusaban de sustancias en comparación con quienes no.</p> <p>3) Azod et al. (2008): concluyeron que, si bien el opio podría disminuir temporalmente la glucosa en sangre, los efectos no eran claros ni duraderos. No hubo efecto significativo en la HbA1c.</p> <p>4) Mohammadali et al. (2014): no hubo diferencias significativas en los niveles séricos de glucosa ni HbA1c entre individuos con diabetes tipo 2 que abusaban de sustancias en comparación con quienes no.</p> <p>5) Rahimi et al. (2014): el opio no tiene efectos significativos en la regulación de la glucosa en sangre.</p> <p>6) Hosseini et al. (2011): concluyeron que no se debe fomentar el uso del opio para controlar la glucosa en sangre.</p>	<p>05/2018</p>	<p>Críticamente baja</p>	<p>0/0</p>
<p>Revisión de alcance</p> <p>Lehto et al., 2022 (82)</p>	<p>Evaluar el estado de la ciencia en relación con el uso de la psicoterapia asistida por psilocibina para mejorar la salud</p>	<p>Se incluyeron 6 estudios del uso de la terapia asistida por psilocibina en pacientes con cáncer con síntomas de ansiedad, depresión y trastornos de adaptación. Todos los estudios siguieron procedimientos similares: 1) sesiones de preparación, 2) terapia asistida por psilocibina, y 3) sesiones integrativas de seguimiento; bajo la supervisión de terapeutas capacitados en psicodélicos.</p> <p>Estos estudios sugieren que la terapia asistida por psilocibina puede ser una experiencia positiva y segura para pacientes con cáncer que enfrentan desafíos de salud mental. Aunque se necesitan investigaciones</p>	<p>06/2021</p>	<p>Alta</p>	<p>0/0</p>

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de revisión Autor, Año	Objetivo de la revisión	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda	AMSTAR 2	Proporción de estudios realizados en AL
	mental de pacientes con cáncer podrían experimentar preocupaciones existenciales.	adicionales con muestras más grandes y diversas para confirmar estos resultados y evaluar los posibles efectos a largo plazo. 1) Cuatro estudios cuantitativos: tres utilizaron un diseño de ECA. Encontraron mejoría significativa en los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes que recibieron psilocibina y beneficios a largo plazo en la salud mental de los participantes. 2) Dos estudios cualitativos: informaron sobre experiencias positivas que incluyeron sentimientos de alegría, amor y mayor sensación de significado y conexión con la vida. También informaron mayor confianza para enfrentar el cáncer y la muerte.			
Revisión sistemática Horton et al., 2021 (27)	Investigar la estructura y el formato de la psicoterapia asistida con psilocibina (PAP), con un enfoque en los componentes de consejería del tratamiento.	Psilocibina: se incluyeron 11 estudios. Ninguno informó de AE graves atribuidos a la psilocibina, y ningún participante requirió medicamentos durante las sesiones de tratamiento. Los AE comunes incluyeron hipertensión, cefalea y ansiedad, que fueron transitorios y, a menudo, leves. Resultados de estudios cuantitativos: todos los estudios, excepto uno, encontraron mejorías estadísticamente significativas en resultados como depresión y ansiedad. Nicholas et al. encontraron un efecto moderado en la mejoría de actitudes y estados de ánimo positivos en participantes sanos. Siete estudios informaron de un efecto grande para las construcciones relevantes desde el punto de vista terapéutico. Cuatro de los cinco estudios que midieron la TD y la ansiedad demostraron reducciones clínicamente significativas en estas condiciones, con Grob et al. mostrando un resultado significativo a los 6 meses de seguimiento. Johnson et al. demostraron una prevalencia puntual de abstinencia tabaquismo al día 7 de tratamiento entre 80% de los participantes, que permanecía en 67% a los 6 meses y 53% a los 12 meses de seguimiento. Resultados cualitativos: Noorani et al. identificaron las sesiones de pretratamiento y la relación terapéutica como componentes esenciales de un tratamiento exitoso. Watts et al. utilizaron análisis temático en participantes de Carhart-Harris et al., donde a través de conversaciones con los participantes, se identificaron dos procesos de cambio fundamentales subyacentes a la PAP: 1) pasar de sentirse desconectado a sentirse conectado consigo mismo, con los demás y con el mundo, y 2) pasar de la evitación a la aceptación de las emociones durante y después de la PAP. Un estudio informó que los participantes de otro estudio afirmaron que adquirieron conocimientos sobre sí mismos y sus razones para fumar. Efectos de la psicoterapia en los resultados: Griffiths et al. publicaron el único estudio que midió los efectos de la psicoterapia en el análisis, aunque no indicó el uso de una modalidad psicoterapéutica específica, pero informaron el uso de prácticas de meditación, escritura, prácticas espirituales y discusión grupal en la experiencia con la psilocibina. Los resultados sugirieron que las personas con mayor apoyo psicoterapéutico durante el tratamiento mostraron mayores efectos a corto y largo plazo en áreas como las experiencias de la vida diaria, la gratitud y el significado o propósito en la vida. Los estudios cualitativos revelaron que los participantes identificaron la música como un componente importante de la experiencia.	23/01/2021	Moderada	0/0
Revisión sistemática Breeksema et al., 2020 (36)	Resumen de temas destacados en las experiencias de pacientes con tratamientos psicodélicos para trastornos mentales,	Psilocibina, Ibogaína y Ayahuasca Fenomenología de la Experiencia Psicodélica 1) <i>Psilocibina e Ibogaína:</i> fenómenos visuales abstractos y transitorios, visiones (inmersivas y personalmente significativas), experiencias de reorganización cerebral acompañadas de sensaciones de "descarga", naturaleza inefable de la experiencia y su incapacidad para describirla adecuadamente. 2) <i>Ibogaína:</i> efectos auditivos como sonidos de zumbido o descargas eléctricas. Además, informaron sensaciones físicamente desagradables, efectos neurológicos y alteraciones perceptuales. Perspectivas sobre la Intervención: en el contexto y estructura de la intervención, la confianza y una buena conexión o relación con los guías del estudio, terapeutas y líderes ceremoniales se mencionaron como aspectos terapéuticos importantes. Además, los participantes compararon sus tratamientos psicodélicos de manera favorable con tratamientos convencionales	12/03/2019	Baja	0/5

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de revisión Autor, Año	Objetivo de la revisión	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda	AMSTAR 2	Proporción de estudios realizados en AL
	<p>presentando tanto elementos comunes como divergentes en los relatos de los pacientes, y aclarando cómo estos afectan el proceso de tratamiento.</p>	<p>1) <i>Psilocibina</i> y <i>ayahuasca</i>: fueron importantes las sesiones preparatorias y el valor agregado de las sesiones integrativas.</p> <p>2) <i>Psilocibina</i>: en el contexto de ansiedad al final de la vida, la depresión y la cesación del tabaquismo, los participantes reflexionaron sobre el papel y la función de la música considerándola como un conducto que les permitía experimentar y entregarse a emociones o recuerdos dolorosos. Varios pacientes expresaron el deseo de sesiones adicionales y que favorecieron el efecto la duración de las sesiones y la atención que recibieron.</p> <p>3) <i>Ayahuasca</i>: el tratamiento fue considerado más efectivo y menos normativos. Los participantes con trastornos de la alimentación sugirieron integrar estos tratamientos con los convencionales</p> <p>4) <i>Ibogaína</i>: consideraron que el efecto del tratamiento era más rápido que el convencional.</p> <p>Procesos Terapéuticos: la obtención de conocimientos, especialmente sobre uno mismo, alternativamente llamada mejor conciencia o autocomprensión.</p> <p>1) <i>Psilocibina</i> y <i>ayahuasca</i>: los participantes consideraron una mejor comprensión de su trastorno, sus causas raíz y comportamientos relacionados. En TUS, los pacientes refirieron mejor comprensión de las causas subyacentes de la adicción.</p> <p><u>Resultados de la intervención:</u> en estudios que no trataban directamente el consumo de sustancias, se informaron disminuciones en el consumo de drogas, alcohol y medicamentos.</p> <p>2) <i>Psilocibina</i> e <i>Ibogaína</i>: expresaron conocimientos cruciales sobre su comportamiento hacia otros en lo que respecta a las relaciones con amigos, familiares o parejas; visiones de naturaleza autobiográfica; y una nueva comprensión de la muerte y el morir.</p> <p>3) <i>Psilocibina</i>, <i>Ibogaína</i> y <i>ayahuasca</i>: Resultados de la intervención: los participantes reportan reducciones en el síndrome de abstinencia y una disminución de los deseos en todos los estudios sobre TUS.</p> <p>4) <i>Ayahuasca</i>: los pacientes con TCA reportaron mejor comprensión de los trastornos y sus causas psicológicas subyacentes.</p> <p>Percepción alterada del Yo:</p> <p>1) <i>Psilocibina</i> y <i>ayahuasca</i>: reportaron un a mayor autoconciencia. <i>Ibogaína</i>: aumento de la autoeficacia, disminución de la autocrítica. En cuanto al efecto emocional ampliado refirieron intensificación de las emociones, a menudo liberadoras, que incluyeron experiencias de gratitud, humildad, amor, aprecio, sorpresa y alegría.</p> <p><u>Resultados de la intervención:</u> los cambios en la autopercepción ayudaron a los pacientes para comprenderse, reflexionar sobre ellos mismos o ser conscientes de sí mismos</p> <p>2) <i>Psilocibina</i>, <i>Ibogaína</i>, <i>Ayahuasca</i>: en los sentimientos de conexión reportaron (re)conexión en diferentes niveles; internamente (con sus emociones, sentidos, partes de sí mismos y su identidad), así como externamente (con otros, es decir, parejas, familiares, amigos). En cuanto al efecto emocional ampliado referían experiencias emocionales desafiantes o difíciles que se informaron en términos de estados de ánimo disminuidos, estados de ánimo fluctuantes o pérdida de emociones.</p> <p>3) <i>Psilocibina</i> e <i>Ibogaína</i>: <u>Resultados de la intervención:</u> mejor estado de ánimo, mayor optimismo, un repertorio emocional ampliado y cambios emocionales positivos.</p> <p>4) <i>Psilocibina</i>: informaron disminución de los mecanismos de defensa psicológicos. En los sentimientos de conexión en TD reportan una conexión o interconexión aumentada, también con la naturaleza y el mundo en general. Las experiencias trascendentales coincidían con sensación de una mayor realidad, autenticidad, comprensión más profunda o 'la verdad' (a menudo descritas en términos religiosos o espirituales), que tenían un efecto</p>			

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de revisión Autor, Año	Objetivo de la revisión	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda	AMSTAR 2	Proporción de estudios realizados en AL
		<p>positivo en la percepción del paciente sobre la vida, la muerte y la mortalidad; con aumento de la autoconciencia, autoaceptación, autocuración y autorrealización.</p> <p><u>Resultados de la intervención:</u> mayor confianza en la gestión de situaciones adversas futuras, como una recaída en los síntomas o la recurrencia de su enfermedad. Cambios positivos y a menudo duraderos en su calidad de vida y bienestar. Mayor sensación de paz y espacio mental en la vida diaria, mayor sensación de propósito o significado en la vida, mayor aprecio por la belleza en el arte, la música y la naturaleza.</p> <p>5) <i>Ayahuasca</i>: comentaron mayor amor propio, autocuidado, autoconfianza, autoaceptación, autoconciencia, autovalor, autocontrol, <u>Resultados de la intervención:</u> mayor confianza y autoestima, mejores condiciones para sentir amor y compasión por sí mismos, lo que conducía a un mejor autocuidado.</p>			
<p>Revisión sistemática</p> <p>Ko et al., 2022 (21)</p>	<p>Investigar los marcadores biológicos y clínicos de la respuesta psicodélica. Esta revisión, tiene como objetivo principal la relación entre la experiencia mística y la eficacia terapéutica</p>	<p>Psilocibina</p> <p>Estudios de estrés Relacionado con el Cáncer: Griffiths et al. observaron que la experiencia mística estaba significativamente correlacionada con múltiples medidas de reducción de síntomas de ansiedad y depresión y mejoría en la calidad de vida, aunque como limitaciones encontraron el diseño del estudio que no permitió el doble cegamiento y el cuestionario utilizado no estaba validado de forma independiente en ese momento. Asimismo, Ross et al. encontraron que la experiencia mística se correlacionó significativamente con cuatro de las seis medidas principales en los resultados incluyendo HADS-T, BDI, STAI-S y STAI-T. Se reporto esta correlación a través de análisis de mediación en ambos estudios, aunque no se proporcionaron detalles estadísticos específicos.</p> <p>Agin-Liebes et al. encontró que los datos de la experiencia mística (medidos por MEQ-30) recopilados el día de la administración, no mostraron correlaciones estadísticamente significativas con la ansiedad o la depresión, según lo medido por HADS, BDI y STAI.</p> <p>Estudios de TD resistente al tratamiento: Roseman et al. y Carhart-Harris et al. utilizaron la misma muestra en estudio de viabilidad de etiqueta abierta. Roseman et al. reportaron que la experiencia con psilocibina de "limitación oceánica" estaba positivamente relacionada, y el temor a la disolución del ego estaba negativamente relacionada, lo que predecía la disminución de los síntomas depresivos según lo medido por la QIDS-SR, manteniendo el resultado hasta la semana 5 después de la terapia. Asimismo, Carhart-Harris et al. identificaron en la "limitación oceánica", el factor "unidad, espiritual, bienestar" que se relacionó significativamente con los cambios en las puntuaciones de la QIDS-SR16 a la semana 5.</p> <p>Estudios de TUS</p> <p>1) <i>Trastorno por Uso de Alcohol:</i> Bogenschutz et al. encontraron que las puntuaciones de HRS y MEQ se correlacionaron significativamente con cuatro medidas de disminución de la sintomatología: Escala de Deseo de Alcohol de Penn, la Puntuación de Confianza en la Autoeficacia para la Abstinencia del Alcohol, el cambio en el porcentaje de días de consumo de alcohol y el porcentaje de días de consumo excesivo de alcohol; mientras que la puntuación resumida de ASC se correlacionó solo con las dos últimas. Entre las limitaciones se reportaron la ausencia de medidas biológicas para el consumo de alcohol, incapacidad para distinguir los efectos psicodélicos de otras medidas terapéuticas y los efectos de la expectativa del paciente.</p> <p>2) <i>Adicción a la Nicotina:</i> García-Romeu et al. y Johnson et al. utilizaron datos de la misma población de un estudio piloto de etiqueta abierta. Johnson et al. reportó que la cesación del tabaquismo medida por el nivel de nicotina en la orina, se mantuvo en 12 de 15 participantes a la semana 6 semanas y en 10 a la semana 12. Entre los predictores de este resultado estaban puntuaciones más altas en el Cuestionario de Estados de Conciencia, significado espiritual y personal e impacto en el bienestar dado a la experiencia con la psilocibina, asimismo se correlacionó con el MEQ. García-Romeu et al. no realizó un análisis de correlación. Las limitaciones de este estudio piloto incluyen la autoselección de los participantes por motivación para dejar de fumar y la capacidad de participar a largo plazo sin compensación financiera.</p>	<p>08/2021</p>	<p>Moderada</p>	<p>No reportados</p>

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de revisión Autor, Año	Objetivo de la revisión	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda	AMSTAR 2	Proporción de estudios realizados en AL
		<p>Ayahuasca Estudios en trastornos depresivos: 1) <i>TD resistente al tratamiento:</i> un EC utilizó ayahuasca para el tratamiento del TD resistente al tratamiento comparada con placebo y no encontró una correlación significativa entre las puntuaciones de la Escala de Evaluación de Alucinógenos y los cambios en la Escala de Evaluación de la Depresión Montgomery-Asberg medidos al día 0 y 7, aunque hubo una correlación significativa entre los cambios en la puntuación de MADRS desde en los mismos periodos y la subescala HRS de percepción. El subdimensión de trascendencia del tiempo y el espacio del MEQ-30 se correlacionó con el resultado terapéutico, mientras que los factores de inefabilidad, misticismo y estado de ánimo positivo no mostraron correlaciones con los cambios en la puntuación de MADRS. Se tomaron medidas adicionales para garantizar el cegamiento. 2) <i>TD Mayor:</i> en un análisis posterior se encontró una correlación negativa significativa entre la apertura a nuevas experiencias y la intensidad de la ansiedad aguda ($r = -0.54, p < 0.005$). Entre las limitaciones se encontraron la falta de seguimiento y control de la medicación desde el inicio hasta final del tratamiento, la aplicación de medidas de experiencia subjetiva administradas solo después de la infusión inicial. Una fortaleza es su indicación de un posible predictor de respuesta fenotípica.</p>			
<p>Revisión sistemática Rosenblat et al., 2023 (73)</p>	<p>La Red Canadiense de Tratamientos para el Estado de Ánimo y Trastornos de Ansiedad (CANMAT) convocó un grupo de trabajo para revisar la evidencia y proporcionar una recomendación por consenso para el uso clínico de tratamientos psicodélicos para el TD mayor.</p>	<p>Se incluyeron ocho ensayos clínicos prospectivos que evaluaron la eficacia de los psicodélicos en el TD. No se identificaron ensayos contemporáneos que evaluaran el LSD, la mezcalina, la DMT pura o el 5-MeO-DMT. Psilocibina (n= 6): dos ECA y un ensayo abierto estudiaron el efecto de la psilocibina e TD mayor, mientras tres ECA evaluaron su efecto en la depresión y ansiedad relacionadas con el cáncer (psilocibina vs. placebo). En la depresión y ansiedad relacionadas con el cáncer (psilocibina vs. placebo), un ensayo clínico de fase 2b doble ciego, involucró a pacientes con TD mayor y angustia psicológica asociada a cáncer avanzado que recibieron dosis crecientes de psilocibina con terapia de apoyo psicológico. Los resultados mostraron que la psilocibina se asoció con una reducción significativa de la angustia psicológica y tuvo efectos antidepresivos en comparación con el placebo a la semana 5. Un segundo EC fase 2 doble ciego, evaluó la angustia en pacientes con cáncer avanzado que recibieron dosis de psilocibina moderadas a altas (22 y 30 mg) con terapia de apoyo psicológico, encontrando que la psilocibina se asoció con una reducción significativa de la angustia psicológica (medida por HADS) en comparación con el placebo ($d = 1,26$) a la semana 6. Un tercer estudio con la mismo diseño y desenlace donde los pacientes recibieron dosis moderadas de psilocibina (0,3 mg/kg) con terapia de apoyo psicológico encontró unos resultados similares (medida por la HADS) a favor de la psilocibina en comparación con el placebo ($d = 0,63$) a la semana 5. En ninguno de los tres estudios hubo evidencia de abuso de la psilocibina y la seguridad y tolerabilidad eran adecuadas. Ayahuasca: Dos ensayos, uno abierto y un ECA, evaluaron la ayahuasca natural vía oral (que contiene DMT + el inhibidor de la MAO harmalina) en la TD mayor resistente al tratamiento. Los ensayos son pequeños y respaldan la eficacia antidepresiva aguda de una dosis única de ayahuasca vía oral (evidencia nivel 3) y existe evidencia preliminar que respalda los posibles beneficios para disminuir la ideación suicida. Como limitaciones se encontraron la cantidad escasa de participantes, limitaciones metodológicas y la falta de replicación por parte de centros independientes.</p>	31/07/2021	Críticamente baja	No reportados
<p>Revisión sistemática Sarparast et al., 2022 (56)</p>	<p>Sintetizar la evidencia relacionada a los efectos farmacocinéticos, fisiológicos y</p>	<p>Psilocibina (n=4): Los cuatro ECA reclutaron adultos "sanos", a menudo reclutados en un campus universitario y tenían tamaños de muestra con limitados (rango de 8-23 participantes). Tres estudios epidemiológicos aportaron información (un estudio de vigilancia poscomercialización, una encuesta transversal y un análisis cuantitativo). Antipsicóticos: Dos ECA evaluaron la psilocibina con haloperidol o risperidona (Vollenweider et al. 1998) y clorpromazina (Keeler 1967). Estos estudios demostraron que la combinación de psilocibina con</p>	21/12/2020	Críticamente baja	No reportados

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de revisión Autor, Año	Objetivo de la revisión	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda	AMSTAR 2	Proporción de estudios realizados en AL
	<p>subjetivos de las interacciones entre medicamentos recetados en psiquiatría y MDMA o psilocibina.</p>	<p>antipsicóticos tenía efectos diversos en la percepción visual y la conciencia como la atenuación de ciertos efectos como la midriasis y cambios perceptuales.</p> <p>Agonistas de Serotonina: Un ECA evaluó combinaciones de psilocibina con ergotamina o buspirona (Pokorny et al. 2016), encontrando que la buspirona atenuaba los cambios en la percepción visual inducidos por la psilocibina, mientras que la ergotamina no tenía un efecto significativo en los efectos subjetivos de la psilocibina.</p> <p>Inhibidores selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS): Un ECA evaluó la combinación de psilocibina con el ISRS escitalopram (Becker et al. 2021). El escitalopram no atenuó significativamente los efectos subjetivos de la psilocibina y se asoció con reducciones significativas en los efectos negativos de la droga como el miedo y la ansiedad y los cambios fisiológicos.</p> <p>Interacciones farmacocinéticas: en comparación con el MDMA, la psilocibina contribuye a menos interacciones farmacocinéticas con medicamentos, puesto que su vía metabólica involucra a las enzimas UGT1A10 y UGT1A9 predominantemente (Manevski et al. 2010) y pocos agentes farmacológicos influyen en estas enzimas (Liu et al. 2011). Son ejemplos de inhibidores de la UGT1A9/10 el diclofenaco y probenecid que, teóricamente, podrían alterar el metabolismo de la psilocibina con la ingestión concomitante, aunque no hay evidencia que confirme esta hipótesis. Además, el metabolito activo de la psilocibina tiene un comportamiento lineal y es mínimamente afectado por la eliminación renal (Brown et al. 2017).</p>			
<p>Revisión sistemática</p> <p>Ona et al., 2022 (37)</p>	<p>Actualizar (2015-2020) la evidencia sobre los EA y las muertes asociadas con la administración de lbogaína/Noribogaína.</p>	<p>lbogaína/Noribogaína: de los 18 artículos seleccionados, 15 fueron informes o series de casos, dos ECA doble ciego (Glue et al. 2016, 2015) y uno un estudio observacional (Brown y Alper, 2018).</p> <p>La principal razón para el uso de la lbogaína fue el tratamiento de la dependencia de opioides y en algunos casos la búsqueda de una experiencia espiritual. La vía de administración más común fue oral (cápsulas) aunque en la mayoría de los casos no había información detallada sobre la sustancia ingerida, y las muestras se adquirieron a través de fuentes no confiables. Los estudios informaron que aproximadamente la mitad de los pacientes no experimentaron efectos notables después de las primeras 24 horas. En los informes de casos, muchos pacientes requirieron manejo hospitalario y algunos fueron ingresados en unidades de cuidados intensivos (UCI) y un paciente falleció en las primeras 24 horas a pesar de la intervención médica.</p> <p>Los dos ECA evaluaron la farmacocinética y la seguridad de la lbogaína/Noribogaína encontrando que fueron bien toleradas y no se observaron efectos subjetivos notables. Uno de los ECA sugirió que variaciones genéticas en la vía metabólica CYP2D6 podrían ser relevantes en el tratamiento con lbogaína, y que los medicamentos que inhiben esta vía podrían interactuar con estas sustancias.</p> <p>En cuanto a los AE prolongados se encontraron síntomas psiquiátricos, neurológicos y cardíacos. Los pacientes permanecieron hospitalizados en promedio 7,8 días; algunos experimentaron insomnio, alteraciones en el habla, alucinaciones y otros síntomas psiquiátricos, además de la prolongación del intervalo QTc. Otros estudios mencionaron posibles interacciones entre la lbogaína y otros medicamentos como opioides, benzodiazepinas y cannabinoides detectados en algunos pacientes. En entornos hospitalarios, se administraron medicamentos que podrían haber causado interacciones potencialmente peligrosas.</p>	<p>23/07/2020</p>	<p>Baja</p>	<p>0/0</p>
<p>Revisión sistemática con análisis de metadatos</p> <p>Basedow et al., 2021 (81)</p>	<p>Investigar si el uso repetido de psicodélicos serotoninérgicos (SP) se asocia con cambios en el rendimiento neuropsicológico.</p>	<p>Ayahuasca y peyote (mezcalina)</p> <p>Tareas de aprendizaje verbal en la memoria a corto y largo plazo:</p> <p>1) <i>Recuerdo a largo plazo (4 estudios, n=305: intervención= 145, control= 160):</i> la DM general no fue estadísticamente significativa (Z= 0,08; p 0,94).</p> <p>2) <i>Tarea de atención "Trail-Making" (TMT-A) (3 estudios, n= 276: intervención: 131, control= 145):</i> la DM general no fue estadísticamente significativa (Z= 0,03; p 0,98).</p> <p>3) <i>Tarea de funciones ejecutivas "Trail-Making" (TMT-B) (3 estudios, n= 276: intervención: 131, control= 145):</i> la DM general no fue estadísticamente significativa (Z= 0,01; p 0,99).</p> <p>4) <i>Tarea Stroop (4 estudios, n= 514: intervención: 257, control= 257):</i> con listas de palabras, listas de colores y listas incongruentes. El análisis indicó un mejor rendimiento del grupo de SP en la subprueba de lista</p>	<p>18/11/2020</p>	<p>Críticamente baja</p>	<p>0/0</p>

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de revisión Autor, Año	Objetivo de la revisión	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda	AMSTAR 2	Proporción de estudios realizados en AL
		<p>incongruente (Z= 2,14; p 0,03), sin diferencias significativas en las subpruebas lista de palabras y colores (Z= 0,19; p 0,85 y Z= 1,18; p 0,24; respectivamente).</p> <p>5) <i>Habilidades visoespaciales con la tarea del complejo de figuras Rey-Osterrieth (3 estudios, n= 276: intervención: 131, control= 145):</i> en el ROCF se compararon los tres estudios en las condiciones de copia y recuerdo a largo plazo sin hallazgos estadísticamente significativos en las DM generales (Copia: Z= 1,13; p 0,26 / Recuerdo a largo plazo: Z= 1,46; p 0,14).</p> <p>Ayahuasca: Tareas de aprendizaje verbal en la memoria a corto y largo plazo: 1) <i>Prueba 5:</i> no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Prueba 5: DM 0,24; IC 95% 0,87 a 1.35; Z= 0,42; p 0,68; I²= 69%) 2) <i>Recuerdo a corto después de la interferencia (3 estudios, n=167: intervención= 85, control= 82):</i> no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (DM -0,05; IC 95% -1.11 al 1.02; Z= 0,09; p 0,93; I²= 57%) 3) <i>Pruebas de reconocimiento (3 estudios, n=166: intervención= 84, control= 82):</i> no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (DM -0,04; IC 95% -0.40 al 0.32; Z= 0,20; p 0,84; I²= 31%). 4) <i>Recuerdo diferido largo:</i> no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (DM -0,13; IC 95% -1.01 al 0.76; p 0,78; I²= 43%) 5) <i>Tarea Stroop:</i> mostró un aumento en la DM en la lista incongruente (DM 0,49; IC 95% 0,16 a 0,83; p 0,004; I²= 60%). No se observó un cambio cualitativo las otras medidas (lista de palabras: DM 0,14; IC 95% -0,42 al 0,69; p 0,63; I²= 86%/ lista de colores: DM 0,34; IC 95% -0,15 al 0,84; p 0,18; I²= 82%).</p>			
<p>Revisión sistemática</p> <p>Calleja-Conde et al., 2021 (58)</p>	<p>Resumir las dos últimas décadas de estudios en humanos y preclínicos sobre los efectos terapéuticos de los psicodélicos clásicos en el tratamiento del Trastorno por Uso de Alcohol (AUD).</p>	<p>Psilocibina (n=3): Bogenschutz et al. diseñaron una terapia experimental asistida por psilocibina para el tratamiento del alcoholismo que mostró una reducción significativa en los días de consumo y consumo pesado en las evaluaciones de seguimiento después de la primera sesión. Hallock et al. (n= 409 universitarios) realizaron un estudio observacional que encontró como los usuarios de psilocibina eran más propensos a usar otras drogas, pero sin diferencias en el consumo de alcohol (97% y 96%, respectivamente). Barrett et al. investigaron el papel de la interacción de LSD y psilocibina sobre los efectos subjetivo del consumo de alcohol, aunque el 60% de los usuarios de psilocibina informaron una respuesta disminuida al alcohol, ninguno reportó bloqueo completo de estos efectos.</p> <p>Ayahuasca (n=3): Kacic et al. (2010) (n= 121) estudiaron patrones de consumo de alcohol en los consumidores de DMT, reportando que el 89,3% consumió alcohol en los últimos 30 días y siendo un tercio aproximadamente un consumo excesivo, asociándose el fumar DMT en un 27,2%. Thomas et al. (2013) propusieron una intervención asistida por ayahuasca para tratar problemas relacionados con el uso de sustancias, observando una disminución en el consumo de alcohol y mejoría cognitiva y conductual. Berlowitz et al. (2019) mostraron que el efecto de la combinación de medicina amazónica y terapias convencionales redujo significativamente la gravedad del consumo de alcohol.</p> <p>Mezcalina: Prince et al. (2019) exploraron la relación entre el consumo de alcohol y el uso de peyote en jóvenes indígenas americanos, informando que el 46,6% de los estudiantes universitarios que consumen mezcalina ingieren simultáneamente alcohol. Agin-Liebes et al. examinaron la asociación del uso de mezcalina con la mejoría en los síntomas de depresión y TUS con un 76% de los participantes con historial de abuso de alcohol informando mejoría en el uso.</p>	<p>12/2021</p>	<p>Críticamente baja</p>	<p>No reportados</p>
<p>Revisión de alcance</p>	<p>Consolidar el conocimiento existente, identificar lagunas y</p>	<p>Incluyó 10 estudios en entornos clínicos y 17 en entornos no clínicos, con varios psicodélicos estudiados, incluyendo psilocibina (n = 16) ayahuasca (n = 12), peyote (n= 5) y mezcalina (n= 3).</p> <p>1) Asociaciones entre el entorno y las experiencias psicodélicas: los estudios observaron variabilidad en los hallazgos. Unos resultados respaldan la hipótesis que elementos del entorno como la música y la preparación</p>	<p>No reportada, Último</p>	<p>Baja</p>	<p>0/2</p>

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de revisión Autor, Año	Objetivo de la revisión	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda	AMSTAR 2	Proporción de estudios realizados en AL
Golden et al., 2022 (103)	oportunidades de evidencia, y sentar las bases para la investigación continua sobre los efectos del entorno y la estética en las experiencias y terapias psicodélicas, con el objetivo final de avanzar en el conocimiento y mejorar la prestación de terapias psicodélicas.	del espacio, afectan las experiencias psicodélicas, mientras otros asumen estas afirmaciones sin pruebas empíricas sólidas. 2) Entornos generales: se sugiere que entornos recreativos, sin la ingestión de psicodélicos, pueden inducir experiencias psicodélicas. 3) Entornos sociales/culturales: las relaciones positivas y el apoyo durante el uso de psicodélicos contribuyen a experiencias positivas, pero faltan pruebas empíricas rigurosas lo cual genera incertidumbre sobre estas afirmaciones. 4) Entornos rituales o ceremoniales: plantean la posibilidad de efectos psicotrópicos sin el consumo de psicodélicos, pero la contribución específica de estos elementos no se ha comprobado. 5) Música como Entorno: se destaca que la afinidad y apertura hacia la música durante sesiones psicodélicas pueden predecir resultados terapéuticos, pero dada la falta de control sistemático en muchos estudios sugiere la necesidad de investigaciones más estructuradas.	artículo de 2021		

Anexo 2. Revisiones basadas en evidencia y otros estudios relevantes para la opción 2.

Organización/autor Tipo de documento	Objetivo de la revisión	País	Hallazgos claves	Fecha de última búsqueda/ publicación	Calidad
Estado de California Legislación	Ley Uniforme de Sustancias Controladas de California (California Uniform Controlled Substances Act)	Estados Unidos	<p>Categoría. Intervenciones dirigidas a tipos específicos de práctica, condiciones o entornos</p> <p>Código de salud y seguridad – (HSC-health and safety code)</p> <p>Capítulo 2. Normas y calendarios</p> <p>Las sustancias controladas⁸ enumeradas en esta sección están incluidas en la Lista I (Schedule I).</p> <p>1) <i>Sustancias alucinógenas</i>: a menos que esté específicamente exceptuado o que figure en otra lista; es cualquier material, compuesto, mezcla o preparado que contenga cualquier cantidad de las siguientes sustancias alucinógenas, o que contenga cualquiera de sus sales, isómeros y sales de isómeros, siempre que la existencia de dichas sales, isómeros y sales de isómeros sea posible dentro de la designación química específica (para efectos de esta subdivisión, el término "isómero" incluye los ópticos, de posición y geométricos):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cannabis - Psilocibina - Tetrahidrocannabinoles: equivalentes sintéticos de las sustancias contenidas en la planta o en los extractos resinosos de <i>Cannabis ssp.</i> y/o sustancias sintéticas, derivadas y sus isómeros con estructura química y actividad farmacológica similares como: delta 1, delta 6 y delta 3,4 cis- o trans- tetrahidrocannabinol y sus isómeros ópticos. - Aquellas con efecto estimulante sobre el sistema nervioso central, incluidos sus isómeros como cocaína base. <p><i>Artículo 1. Requisitos en la prescripción</i>: la prescripción de una sustancia regulada sólo podrá ser expedida con fines médicos legítimos por un facultativo que actúe en el ejercicio habitual de su profesión. La responsabilidad de la prescripción y dispensación adecuadas de sustancias controladas recae en el profesional que prescribe, pero la responsabilidad correspondiente recae en el farmacéutico que surte la receta.</p> <p>Excepto en los casos autorizados por esta división, no son recetas legales: (1) una orden que pretenda ser una receta y que no se emita en el curso habitual de un tratamiento profesional o en una investigación legítima y autorizada; o (2) una orden para un adicto o consumidor habitual de sustancias controladas, que no se emita en el curso de un tratamiento profesional o como parte de un programa autorizado de tratamiento de estupefacientes, con el fin de suministrar al consumidor sustancias controladas, suficientes para mantenerlo cómodo manteniendo su uso habitual.</p> <p>Capítulo 5: uso de sustancias controladas</p> <p><i>Artículo 1. Uso médico lícito distinto del tratamiento de toxicómanos</i>: un médico, cirujano, dentista, veterinario, médico naturópata (actuando conforme a la Sección 3640.7 del Código de Negocios y Profesiones), podólogo o farmacéutico (actuando en el ámbito de un proyecto autorizado en virtud de este artículo a partir de la Sección 128125) puede recetar, suministrar o</p>	2011	No aplica

⁸ Sustancia controlada: a menos que se especifique lo contrario, significa una droga, sustancia o precursor inmediato que figure en cualquiera de las listas de la Sección 11054, 11055, 11056, 11057 o 11058. (Añadido por Stats. 1987, Cap. 1174, Sec. 1. En vigor desde el 26/09/1987).

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Organización/autor Tipo de documento	Objetivo de la revisión	País	Hallazgos claves	Fecha de última búsqueda/ publicación	Calidad
			<p>administrar sustancias controladas a un paciente cuando éste sufra una enfermedad, lesión o dolencias propias de la vejez o no, que no sea adicción a una sustancia controlada.</p> <p><u>-Para el suministro de emergencia:</u> según sea necesario cualquier hospital sin un farmacéutico residente y que está bajo la supervisión de un médico con licencia, puede comprar sustancias controladas en los formularios de pedido federales para dicha institución y bajo el nombre de dicho hospital, dicho suministro que se pondrá a disposición de una enfermera registrada para la administración a los pacientes, bajo la dirección de un médico con licencia.</p> <p><u>-Para el suministro a personas legalmente autorizadas a utilizar sustancias controladas con fines de investigación, instrucción o análisis de buena fe:</u> en virtud de las leyes o reglamentos federales aplicables, podrán obtener y utilizar legalmente para dichos fines las sustancias clasificadas en los apartados (45) y (46) de la subdivisión (b) del artículo 11054 del Código de Salud y Seguridad, previo registro y aprobación del Departamento de Justicia de California (...)y previa aprobación de por el Grupo consultivo de investigación establecido en virtud de los artículos 11480 y 11481.</p> <p><i>Artículo 2. Tratamiento de adictos por adicción:</i> salvo lo dispuesto en la subdivisión (b), cualquier sustancia estupefaciente controlada empleada en el tratamiento de una persona con TUS para la adicción será administrada por: 1) un médico y cirujano; 2) una enfermera registrada actuando bajo la instrucción de un médico y cirujano; y 3) Un asistente médico licenciado conforme al Capítulo 7.7 (comenzando con la Sección 3500) de la División 2 del Código de Negocios y Profesiones actuando bajo la autoridad específica del paciente de su médico y cirujano.</p> <p><i>Artículo 4. Venta sin receta:</i> no se exigirá receta en caso de venta de sustancias controladas al por menor en farmacias por parte de farmacéuticos a cualquiera de los siguientes: 1) médicos; 2) dentistas; 3) podólogos; 4) veterinarios; 5) farmacéuticos que actúen en el ámbito de un proyecto autorizado en virtud del Artículo 1 (a partir de la Sección 128125) del Capítulo 3, Parte 3 de la División 107; y 6) Optometrista</p>		
UK Government Legislación	Ley sobre el uso indebido de drogas (1971) (Misuse of Drugs Act 1971). Su objetivo es crear una nueva disposición con respecto a las drogas peligrosas o dañinas y asuntos relacionados.	Reino Unido	<p>Sección 12: Directrices que prohíben la prescripción, el suministro, etc. de medicamentos controlados por parte de médicos, etc. condenados por determinados delitos.</p> <p>1) Cuando una persona que sea médico o farmacéutico haya sido condenada después de la entrada en vigor de este apartado por un delito que: a) este tipificado en esta ley, en la de drogas peligrosas (1965) o en cualquier ley derogada por ésta; b) cometido en virtud de los artículos 45, 56 o 304 de la M2 (Ley de Aduanas e Impuestos Especiales de 1952) o F1 (artículos 50, 68 o 170 de la Ley de Gestión de Aduanas e Impuestos Especiales de 1979) en relación con una prohibición o restricción a la importación o exportación de una droga controlada que tuviera efecto en virtud del artículo 3 de la presente ley o cualquier disposición contenida en la M3 (Ley de Drogas Peligrosas de 1965) o derogada por ésta; c) este tipificado en el artículo 12 o 13 de la Ley de Justicia Penal (1990) (Cooperación Internacional), el Secretario de Estado podrá dictar una orden en virtud del apartado 2 siguiente con respecto a dicha persona.</p> <p>2) La orden en virtud de esta subsección con respecto a una persona deberá en determinado caso:</p> <p>a) si un médico será una orden que le prohíba tener en su posesión, prescribir, administrar, fabricar, componer y suministrar y autorizar la administración y el suministro de los medicamentos controlados que se especifiquen en la orden; b) si se trata de un farmacéutico, será una orden por la que se le prohíba tener en su poder, fabricar, componer y suministrar, así como supervisar y controlar la fabricación, composición y suministro de los medicamentos sujetos a fiscalización que se especifiquen en la orden.</p>	1971	No aplica

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Organización/autor Tipo de documento	Objetivo de la revisión	País	Hallazgos claves	Fecha de última búsqueda/ publicación	Calidad
			<p>3) <i>El secretario de estado podrá dictar una orden por la que anule o suspenda:</i> cualquier orden que haya dictado en virtud del apartado 2 anterior o por la que anule cualquier orden que haya dictado en virtud de este apartado por la que se suspenda una orden así dictada, en cualquier momento.</p> <p>4) <i>El secretario de estado hará que se notifique:</i> una copia de cualquier instrucción dictada por él en virtud de este artículo a la persona a la que se aplique, y hará que se publique un aviso de dicha instrucción en las gacetas de London, Edinburgh y Belfast.</p> <p>5) <i>Surtirá efecto una orden en virtud de este artículo:</i> cuando se notifique una copia de esta a la persona a la que se aplique.</p> <p>6) <i>Constituye un delito contravenir las instrucciones:</i> dadas en virtud del apartado 2 anterior.</p> <p>7) <i>Artículo 80 de la Ley del Medicamento (1968) M4:</i> en virtud de la cual una persona jurídica que ejerza la actividad de farmacia minorista puede ser inhabilitada por los efectos de la Parte IV de dicha Ley y sus locales pueden ser eliminados del registro llevado en virtud del artículo 75, cuando dicho organismo o cualquier miembro de su junta, funcionario o empleado sea condenado por un delito en virtud de cualquiera de las Leyes pertinentes definidas en el apartado 5</p> <p><u>Categoría. Quién provee la atención y cómo se gestiona la fuerza laboral en la atención en salud: cambios relacionados con quienes proveen la atención en salud, incluyendo su formación, y el reclutamiento, distribución y retención de los trabajadores de la salud.</u></p> <p><u>Categoría- intervenciones dirigidas a tipos específicos de práctica, condiciones o entornos</u></p> <p>Sección 2: Drogas controladas y su clasificación⁹ a efectos de esta Ley.</p> <p>1) <i>En la presente Ley: a)</i> la expresión "droga controlada" significa cualquier sustancia o producto especificado por el momento en la Parte I, II o III de la Lista 2, o en una orden temporal de drogas de clase como una droga sujeta a control temporal (sujeto a la sección 2A6); b) las expresiones "droga de clase A", "droga de clase B" y "droga de clase C" significan cualquiera de las sustancias y productos especificados respectivamente en la parte I, II y III de dicha Lista (F2); c) la expresión "droga de clase temporal" significa cualquier sustancia o producto que sea por el momento una droga controlada en virtud de una orden de droga de clase temporal.</p>		
UK Government Legislación	Reglamento sobre el uso indebido de drogas (2001) (The Misuse of Drugs Regulations 2001).	Reino Unido	<p>Requisitos de mantenimiento de registros con respecto a las drogas de las Listas I y II:</p> <p>1) <i>Requisitos que debe cumplir toda persona autorizada en virtud de los artículos 5 u 8 a suministrar cualquier droga especificada en las Listas I o II (sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 3) y en el artículo 21): a)</i> llevará un registro y anotará en él, por orden cronológico y en la forma especificada en la parte I o II del Anexo 6, según proceda, los datos de cada cantidad de un estupefaciente especificado en los Anexos 1 o 2 que haya obtenido o suministrado (sea mediante administración o de otro modo) a personas dentro o fuera de Gran Bretaña; y b) utilizará un registro separado o parte separada del registro para las inscripciones relativas a cada clase de estupefacientes, y cada estupefaciente especificado en los párrafos 1 y 3 de la Lista I y en los párrafos 1, 3 y 6 de la Lista II, junto con sus sales y cualquier preparado u otro producto que los contenga o a cualquiera de sus sales, de modo que cualquier forma isomérica de un estupefaciente o sus sales se clasificará con dicho estupefaciente.</p>	2001	No aplica

⁹ **Drogas clasificadas en:** Lista I: Psilocibina, Marihuana, extracto de marihuana / Lista II: Poppy de opio, poppy Straw, coca

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Organización/autor Tipo de documento	Objetivo de la revisión	País	Hallazgos claves	Fecha de última búsqueda/ publicación	Calidad
			<p>3) Las disposiciones anteriores del presente Reglamento no tendrán efecto si: a) un estupefaciente le haya sido suministrado para su destrucción de conformidad con el artículo 6 a un médico o farmacéutico; b) una persona está autorizada en virtud del artículo 5 a suministrar cualquier medicamento, cuando la autorización así lo indique; o así lo disponga; o c) la enfermera en funciones a cargo de una sala, quirófano u otro departamento de un hospital o residencia de ancianos.</p> <p>Categoría-. Quién provee la atención y cómo se gestiona la fuerza laboral en la atención en salud: cambios relacionados con quienes proveen la atención en salud, incluyendo su formación, y el reclutamiento, distribución y retención de los trabajadores de la salud.</p> <p>Categoría- intervenciones dirigidas a tipos específicos de práctica, condiciones o entornos</p> <p>Las listas I a V tendrán efecto con el objetivo de especificar los estupefacientes fiscalizados a los que se aplican determinadas disposiciones del presente reglamento.</p>		
<p>Colorado. Department of Regulatory Agencies</p> <p>Política pública</p>	<p>Describir el propósito de Ley de Salud de la Medicina Natural (2022) (Natural Medicine Health Act of 2022) que es establecer un enfoque nuevo, compasivo y eficaz de las medicinas naturales.</p>	<p>Estados Unidos</p>	<p>Categoría. Autoridad y rendición de cuentas para las políticas de salud</p> <p>Los votantes del estado de Colorado encuentran y declaran, entre otros, que:</p> <p>1) Colorado puede promover mejor la salud y la curación de las enfermedades reduciendo los castigos penales para las personas que sufren problemas de salud mental y estableciendo un acceso regulado a las medicinas naturales a través de un enfoque humano, rentable y responsable.</p> <p>2) Los votantes de la ciudad de Denver promulgaron la ordenanza 301 (I-301) en 05/2019 para despenalizar la posesión y el uso personal por parte de adultos de la medicina natural psilocibina. Es una prioridad la aplicación de la ley en la para evitar el consumo de recursos en la aplicación de sanciones relacionadas en este territorio.</p> <p>3) Los votantes de Oregón promulgaron la medida 109 en 11/2020 para establecer un sistema regulado de suministro de psilocibina para proporcionar a las personas su acceso con fines.</p>	<p>2022</p>	<p>No aplica</p>
<p>Ministerio de Salud de Chile</p> <p>Política pública</p>	<p>Revisar y actualizar las normas que complementan el Código Sanitario en materia de sustancias, drogas y demás productos psicotrópicos</p>	<p>Chile</p>	<p>Categoría. Autoridad y rendición de cuentas para las políticas de salud</p> <p>Dicha política (que incluye la psilocibina) resalta el siguiente artículo 5 que describe “corresponderá al Instituto de Salud Pública de Chile el control de la importación, exportación, tránsito, extracción, producción, fabricación, fraccionamiento y distribución de los productos psicotrópicos. Por su parte, a los Servicios de Salud les corresponderá el control de las actividades de preparación, transporte, transferencia a cualquier título, expendio, posesión, tenencia y uso de los productos psicotrópicos, dentro del territorio de su competencia”.</p>	<p>2022</p>	<p>No aplica</p>
<p>Ministerio de Salud</p> <p>Política pública</p>	<p>Decreto supremo No 023 (2001) que aprueba el reglamento de estupefacientes, psicotrópicos y otras sustancias sujetas a fiscalización sanitaria" (incluyendo la hoja de coca)</p>	<p>Perú</p>	<p>Categoría. Autoridad y rendición de cuentas para las políticas de salud</p> <p>El artículo 10º de esta política (incluye la hoja de coca y reglamenta la Ley General de Salud No 26842, en lo concerniente a estupefacientes, psicotrópicos y otras sustancias sujetas a fiscalización sanitaria) señala que “la importación de sustancias comprendidas en este reglamento o de medicamentos que las contienen, sólo podrá efectuarse por las aduanas del puerto y Aeropuerto Internacional Jorge Chávez del Callao. Está prohibido su comercio internacional a través de otros puertos o de zonas francas. La exportación de hojas de coca podrá realizarse por las aduanas del puerto y Aeropuerto Internacional Jorge Chávez del Callao y en los puertos marítimos de Matarani y Salaverry.”</p>	<p>2001</p>	<p>No aplica</p>

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Organización/autor Tipo de documento	Objetivo de la revisión	País	Hallazgos claves	Fecha de última búsqueda/ publicación	Calidad
<p>Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas (IDPC)</p> <p>Reporte informe de organización</p>	<p>Aborda el tema del desarrollo, los medios de vida alternativos y los derechos de grupos indígenas.</p>	<p>Mundial</p>	<p><u>Categoría. Autoridad y rendición de cuentas para las políticas de salud</u></p> <p>Un enfoque del control de drogas orientado al desarrollo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Debería realizarse un análisis exhaustivo de las leyes y políticas en el contexto de los ODS para asegurar que la fiscalización de las drogas aborde los factores sociales y económicos que subyacen a la participación en el comercio de drogas. Tal fiscalización debería incluir un análisis de cómo las políticas sobre drogas afectan a la capacidad de las comunidades, territorios y países para cumplir las metas de los ODS. 2) Las políticas de drogas no deberían orientarse a reducir la escala general del mercado, sino a reducir los daños asociados con estos mercados como la inseguridad, la corrupción, la violencia, los daños a la salud, entre otros. 3) Se deben revisar las leyes y las políticas de drogas para asegurar el acceso a medicamentos esenciales y a los servicios para la reducción de daños y tratamiento. 4) Las políticas y prácticas en las zonas donde se producen cultivos ilícitos deberían replantearse, con miras a abandonar la erradicación forzada y adoptar un enfoque de desarrollo de largo plazo centrado en medios de vida sostenibles. 5) Las sanciones penales para personas que usan drogas ilícitas y pequeños agricultores que participan en su cultivo deberían eliminarse, y asegurar una proporcionalidad en la determinación de penas para todos los delitos relacionados con drogas. 6) Debería adoptarse un enfoque con perspectiva de género para abordar las vulnerabilidades específicas de las mujeres implicadas en el comercio de drogas. 7) Se deben establecer y fortalecer los mecanismos para proteger y promover los derechos humanos, y eliminar la impunidad ante la violación de estos. 8) Se debería desarrollar un nuevo conjunto de indicadores orientados a la medición del éxito en el control en drogas desde un enfoque de desarrollo humano. <p>Promoción de medios de vida sostenibles:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Décadas de experiencia en la promoción del desarrollo alternativo muestran que la reducción del cultivo de coca y amapola es un problema que requiere una solución de largo plazo e implica metas más amplias de consolidación del estado y desarrollo. Las estrategias gubernamentales deben basarse en promover el crecimiento de las comunidades. 2) Las comunidades locales deberían implicarse en el diseño, la ejecución, la supervisión y la evaluación de las acciones en materia de desarrollo. Esto incluye el liderazgo comunitario y la participación de organizaciones locales como grupos de productores y agricultores. Las autoridades del gobierno pueden jugar un papel clave en movilizar, coordinar y respaldar la participación comunitaria. 3) Los gobiernos podrían avanzar hacia modelos regulatorios para el cultivo de coca, amapola y cannabis, respetando sus usos tradicionales y lícitos y permitiendo su transformación a pequeña escala y a nivel industrial en productos lícitos. 4) Los gobiernos son responsables de proteger los derechos de propiedad biológica, cultural e intelectual en relación con las plantas, semillas y otros derivados de las comunidades donde se cultivan y se usan tradicionalmente estos cultivos. 5) Los resultados no se deberían medir en función de las hectáreas de cultivos erradicados, sino en los programas de medios de vida alternativos indicadores de desarrollo humano y socioeconómico que midan el bienestar de la sociedad, económico y en prestación de servicios 	<p>2016</p>	<p>No aplica</p>

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Organización/autor Tipo de documento	Objetivo de la revisión	País	Hallazgos claves	Fecha de última búsqueda/ publicación	Calidad
			<p>básicos, la consolidación de la institucionalidad democrática y el estado de derecho; el respeto de los derechos humanos y el fortalecimiento de la seguridad en las áreas rurales donde prosperan los cultivos de coca y amapola.</p> <p>6) Estos medios de vida alternativos deben ser integrados en planes de desarrollo locales, regionales y nacionales, y ejecutarse en estrecha colaboración con sus beneficiarios.</p> <p>7) El cultivo de productos destinados al mercado ilícito no debería criminalizarse y se debería implicar a los agricultores como contraparte en la promoción del desarrollo rural.</p> <p>Derechos de grupos indígenas:</p> <p>1) Los gobiernos deberían resolver las discrepancias que existen entre las convenciones de la ONU y los acuerdos internacionales de derechos humanos para asegurar la defensa y protección de los derechos de los pueblos indígenas.</p> <p>2) Las comunidades indígenas deberían estar involucradas de manera inclusiva en el diseño y aplicación de cualquier política y regulación que les afecte.</p> <p>3) Los gobiernos deben establecer mecanismos para la recolección de datos, con el objetivo de analizar el impacto de las políticas de drogas y de las estrategias para aplicar las leyes sobre estas respecto a grupos indígenas, revisando cualquier ley, política o práctica que resulte dañina.</p> <p>4) Se debe reconocer el carácter histórico, cultural y tradicional de las plantas sujetas a control a nivel nacional e internacional, así como sus potenciales beneficios.</p> <p>5) Donde el uso de sustancias psicoactivas forme parte de las prácticas tradicionales y religiosas, debería permitirse y protegerse el derecho a cultivar, comerciar y consumir tales plantas para esos fines.</p> <p>6) Las campañas de fumigación aérea deberían cesar de inmediato pues causan daños significativos a la salud de los agricultores, comunidades indígenas y medio ambiente. Cualquier programa para la reducción de cultivos o desarrollo alternativo debería em- prenderse con la colaboración plena y en alianza con las comunidades afectadas. Asimismo, es importante garantizar la protección de los derechos de los pueblos indígenas, incluido el acceso y uso de sus tierras y recursos naturales, de una manera que respetuosa con su cultura y tradiciones.</p>		
<p>Metaal et al., 2006</p> <p>Reporte informe de organización</p>	<p>Analizar los escenarios pasados, presentes y futuros relacionados con la hoja de coca y las opciones reales de reprogramación, con un enfoque en la comunidad andina.</p>	<p>No aplica</p>	<p><u>Categoría. Intervenciones dirigidas a tipos específicos de práctica, condiciones o entornos</u></p> <p>Diplomacia de la coca: Bolivia y Perú intentaron en varias ocasiones cambiar el estatus de la hoja de coca en las listas de la Convención Única (1961). El derecho fundamental de los pueblos indígenas al consumo tradicional de la hoja de coca se incluyó en cierta medida en el artículo 14 de la Convención de la ONU (1988): <i>"Las medidas que se adopten respetarán los derechos humanos fundamentales y tendrán en cuenta los usos tradicionales lícitos, cuando existan pruebas históricas de tales usos, así como la protección del medio ambiente"</i>. Esta disposición no sólo es ambigua, sino que además no funciona en la práctica, una contradicción que fue reconocida por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) en el suplemento de su informe de 1994, donde afirmaba: <i>"el mate de coca, que se considera inocuo y legal en varios países de América del Sur, es una actividad ilegal en virtud de las disposiciones tanto en la Convención de 1961 como en la de 1988, aunque ésa no fuera la intención de las conferencias plenipotenciarias que aprobaron esas convenciones"</i>.</p>	<p>2006</p>	<p>No aplica</p>

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Organización/autor Tipo de documento	Objetivo de la revisión	País	Hallazgos claves	Fecha de última búsqueda/ publicación	Calidad
			<p>El estudio OMS/UNICRI (publicación en prensa internacional el 15/03/1995): el carácter inocuo del uso tradicional de la hoja de coca y sus beneficios para la salud humana quedaron demostrados con rigor científico en el estudio más amplio sobre cocaína, realizado entre 1991 y 1995 por la OMS en colaboración con el Instituto Interregional de las Naciones Unidas para Investigaciones sobre la Delincuencia y la Justicia (UNICRI). Esta investigación recopiló datos de 22 ciudades en 19 países desarrollados y en vía de desarrollo de los cinco continentes, examinando el consumo de la hoja de coca y sus derivados, los efectos sobre los consumidores y las comunidades y la respuesta de los gobiernos al problema de la cocaína. Los investigadores internacionales (incluidos profesores de cinco universidades estadounidenses) que trabajaron en el proyecto elaboraron perfiles del consumo de cocaína en 19 países, estudios de informadores clave desde los consumidores hasta personas con amplios conocimientos sobre el tema, y un estudio de historia natural en cuatro zonas de Sudamérica y África. Este estudio subrayó que el uso tradicional de la coca parece no tener efectos negativos para la salud y posee funciones terapéuticas, sagradas y sociales positivas en la región andina y algunos grupos en Brasil. El cultivo de coca es también el pilar de la economía de subsistencia de muchas comunidades agrícolas de Bolivia y Perú.</p> <p>Los informantes en Cochabamba señalaron que los agricultores indígenas han masticado coca durante décadas sin que haya indicios de su consumo continuado tenga AE. El informe de Colombia afirmaba que no había pruebas de daños perceptibles a la salud física o mental asociados al hábito de masticar coca.</p> <p><u>Recomendaciones:</u> fueron realizadas por los científicos que participaron en este estudio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Aunque existe la posibilidad de que el consumo de la hoja de coca esté relacionado con ciertos problemas de salud aún no detectados, esto es poco probable. Sería más interesante determinar si esta práctica tiene efectos positivos para la salud. 2) La OMS debería investigar el impacto que tienen sobre los individuos y poblaciones específicas, la legislación y las medidas de control de drogas. 3) La OMS debería investigar los beneficios terapéuticos de la hoja de coca y si estos pudieran transferirse de los contextos tradicionales a otros países y culturas. 		
<p>US Congress</p> <p>Reporte informe de organización</p>	<p>Enmienda a la Ley del Servicio de Salud Pública. Aborda una mayor investigación, prevención y tratamiento del TUS y pretende fortalecer la autoridad policial en el ámbito del uso indebido de drogas.</p>	<p>Estados Unidos</p>	<p>Categoría. Intervenciones dirigidas a organizaciones sanitarias Categoría. Autoridad y rendición de cuentas para las políticas de salud</p> <p>Se reconoce de forma clara y explícita en esta recomendación general que los Estados tienen la obligación de preservar activamente las medicinas y prácticas tradicionales, incluso modificando las leyes, políticas y prácticas que criminalizan las plantas ancestrales y su uso tradicional. Además, será una contribución importante y valiosa a los esfuerzos judiciales y políticos para reformar los marcos del uso de drogas que ignoran y socavan los sistemas de conocimiento indígena.</p> <p>Categoría. Intervenciones dirigidas a tipos específicos de práctica, condiciones o entornos Diplomacia de la coca: Mencionada en el reporte previamente descrito de antes de este de Metaal et al. (2006)</p>	<p>07/22/1970 Latest Action 10/27/1970 Became Public Law No. 91-513</p>	<p>No aplica</p>

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Organización/autor Tipo de documento	Objetivo de la revisión	País	Hallazgos claves	Fecha de última búsqueda/ publicación	Calidad
Senado Estados Unidos Reporte informe de organización	Ley para prohibir la venta de alimentos que contengan semillas de amapola inseguras.	Estados Unidos	Categoría. Autoridad y responsabilidad de los productos comerciales Responsabilidad por productos comerciales: esta ley pretende prohibir la distribución y venta de semillas de amapola contaminadas con morfina para prevenir daños, adicción y muertes. La Sección 301 de la Ley Federal de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos (21 U.S.C. 331) se enmienda para agregar lo siguiente: “Vender u ofrecer directamente a los consumidores un alimento que sea o contenga semillas de amapola incluidos concentrados, metabolitos, constituyentes o extractos de semillas, que contengan niveles de morfina, codeína u otros compuestos alcaloides que puedan hacer que el alimento sea perjudicial para la salud”.	04/03/2019	No aplica
Department of Health and Aged Care Reporte informe de organización	Requisitos reglamentarios que deben cumplir los psiquiatras en Australia al prescribir productos que contienen MDMA y psilocibina.	Australia	Categoría. Autoridad y responsabilidad de los profesionales de la salud: el documento da pautas para el uso terapéutico de la psilocibina, especifica quienes pueden acceder y las indicaciones terapéutica y costo. Da la explicación que al ser un medicamento no elegible en la lista de beneficios farmacéuticos, los pacientes deben ser los pagan por su costo, aunque no da datos del costo real en el mercado. Categoría. Cómo y cuándo se presta la atención en salud, Categoría. Dónde se presta la atención y cambios en el entorno del cuidado en salud, Categoría- quién provee la atención y cómo se gestiona la fuerza laboral en la atención en salud: cambios relacionados con quienes proveen la atención en salud, incluyendo su formación, y el reclutamiento, distribución y retención de los trabajadores de la salud: Dictamina pautas de como la persona encargada debe realizar una prescripción adecuada Categoría. Intervenciones dirigidas a los trabajadores de la salud: dictamina nuevas pautas para el trabajador de la salud encargado de realizar la prescripción adecuada.	Junio 2023	No aplica
Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes Reporte informe de organización	Enumeran las sustancias sicotrópicas sometidas a fiscalización internacional.	No aplica	Categoría. Intervenciones dirigidas a tipos específicos de práctica, condiciones o entornos: la Lista Verde ha sido preparada por la JIFE para ayudar a los gobiernos a elaborar el informe estadístico anual (formulario P) sobre las sustancias incluidas en las listas del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas (1971) y las estadísticas trimestrales de importaciones y exportaciones de sustancias de la Lista II (formulario A/P) del mismo Convenio. Las denominaciones utilizadas para las sustancias sometidas a fiscalización internacional y sus preparados, así como las fórmulas químicas, estructurales y demás información técnica, pueden verse en el Diccionario multilingüe de estupefacientes y sustancias sicotrópicas sometidos a fiscalización internacional ¹⁰ .	2022	No aplica
The Global Commission on Drugs Policy Reporte informe de organización	Aborda el tema de la percepción sobre las drogas, los defectos de los sistemas de clasificación, las consecuencias de la privación de	No aplica	Categoría. Intervenciones dirigidas a tipos específicos de práctica, condiciones o entornos: este documento recomienda: 1) Una política de drogas centrada en los derechos humanos que proteja la autonomía humana, reduzca los daños asociados al consumo de drogas y frene la violencia y la explotación producidas por el comercio ilegal. 2) En los últimos años, la investigación científica ha puesto de manifiesto los fallos y los daños de la prohibición y está desempeñando un papel clave a la hora de fundamentar estrategias basadas en pruebas que prioricen la salud y los derechos humanos. Uno de los resultados más significativos ha sido la reafirmación de los métodos basados en la reducción de daños, que	2021	No aplica

¹⁰ Ver Schedules 1,2,3,4,5,6 en este enlace https://www.incb.org/documents/Psychotropics/forms/greenlist/2022/Green_List_S.pdf

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Organización/autor Tipo de documento	Objetivo de la revisión	País	Hallazgos claves	Fecha de última búsqueda/ publicación	Calidad
	libertad y la imperiosa necesidad de controlar los mercados ilegales mediante la regulación legal.		<p>consiste en una práctica y un conjunto de políticas basadas en el respeto a la autonomía personal y en la mitigación de las consecuencias sociales y sanitarias del consumo problemático de drogas.</p> <p>3) Los enfoques basados en la reducción de daños aúnan los esfuerzos de los activistas, el personal sanitario, los trabajadores sociales, los investigadores y las personas que consumen drogas. Este enfoque ha ganado aceptación política en todo el mundo, a pesar de la resistencia ideológica al cambio profundamente arraigada.</p> <p>4) Si bien existen programas de jeringuillas y tratamientos con agonistas de opioides en la mayoría de los países de América del Norte y Europa Occidental, estas intervenciones básicas de reducción de daños solo se están aplicando lentamente en otras regiones como proyectos piloto.</p> <p>5) Los lugares para consumo supervisado de drogas ayudan a evitar sobredosis mortales y otros problemas de salud, pero solo funcionan en Australia, Canadá y algunos países de Europa</p> <p>6) Algunas sustancias como el tramadol, la ketamina y la planta del khat, evitaron ser incluidas en la prohibición internacional. Esto se debe que el Comité de Expertos en Farmacodependencia de la OMS en repetidas ocasiones ha recomendado que no se incluyan en las listas las sustancias fiscalizadas ya que son consideradas esenciales para uso médico, basándose en un equilibrio pragmático de los riesgos y beneficios para la salud. Desde hace una década, la Comisión Global ha insistido en que se aplique a todas las drogas este mismo enfoque, es decir, una cuidadosa evaluación de los riesgos que cada sustancia presenta para la salud.</p> <p>7) En 2017, Canadá permitió a sus ciudadanos y residentes adquirir sustancias controladas a través de cadenas de suministro legales. El país ha desarrollado amplios servicios de reducción de daños para hacer frente a la crisis aguda de sobredosis relacionada a los opioides, mediante la financiación de emergencia y el apoyo normativo a la recuperación en distintos niveles de gobierno.</p> <p>8) En 2008, la ONU reconoció que el régimen internacional de fiscalización de drogas estaba produciendo consecuencias negativas “no intencionadas” a gran escala. Entre estas esta la existencia del mercado ilegal de drogas, controlado y administrado por organizaciones delictivas que recurren a la violencia para definir territorios, contrarrestar la actividad de las fuerzas del orden, exigir lealtad y castigar las traiciones. Esta violencia se ve exacerbada por el cambio de las prioridades políticas y presupuestarias, el cual implica que los gobiernos concentran sus recursos e intervenciones de fiscalización de drogas en la aplicación de la ley y la represión.</p> <p>8) En 11/2020, Oregón fue el primer estado de EE. UU. en despenalizar el consumo de todas las drogas y la primera jurisdicción del mundo en establecer planes para regular el uso de la psilocibina en entornos terapéuticos certificados. A medida que las drogas psicodélicas se sometan a estudios de investigación rigurosos, los debates sobre su regulación serán cada vez más intensos</p> <p>9) El éxito en la próxima década dependerá de la organización que tenga el movimiento reformista mundial y su unión alrededor de un programa positivo que ofrezca un futuro saludable y sostenible, con oportunidades económicas para todos. Entre los principios organizativos de la agenda global de reformas cabe destacar los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Despenalizar el consumo y la posesión de drogas para uso personal, - Garantizar el acceso a medicamentos esenciales fiscalizados, - Invertir en la prevención del consumo de drogas, - Proporcionar tratamientos accesibles no obligatorios y servicios de reducción de daños, 		

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Organización/autor Tipo de documento	Objetivo de la revisión	País	Hallazgos claves	Fecha de última búsqueda/ publicación	Calidad
			<ul style="list-style-type: none"> - Implementar alternativas al encarcelamiento para los pequeños actores no violentos en el mercado ilegal, y - Avanzar hacia la plena regulación de todos los mercados de drogas mediante una protección justa de las personas marginadas y vulnerables. 10) La comisión global ha propuesto 5 caminos a seguir: <ul style="list-style-type: none"> -Camino 1: Poner la salud y la seguridad de las personas en primer lugar -Camino 2: Garantizar el acceso a medicamentos fiscalizados esenciales y para el control del dolor. -Camino 3: Poner fin a la penalización y el encarcelamiento de los consumidores de drogas y fomentar la prevención focalizada, la reducción del daño y estrategias de tratamiento para los consumidores -Camino 4: Volver a centrar la aplicación de la ley (estrategias represivas) enfocando sus esfuerzos en combatir a los grupos criminales más violentos y perjudiciales (como la delincuencia organizada), en lugar de castigar a los eslabones más bajos de la cadena. -Camino 5: Regular los mercados de drogas y adaptar sus para 		
The Global Commission on Drugs Policy Reporte informe de organización	Este informe ofrece una hoja de ruta para un cambio político pragmático enfocado a hacer que los problemas derivados de las drogas en el mundo actualmente sean más manejables.	No aplica	<p>Categoría. Intervenciones dirigidas a tipos específicos de práctica, condiciones o entornos</p> <p>1) Cuando los diplomáticos repiensen las políticas de drogas nacionales e internacionales deben recordar el mandato de la ONU, que hace hincapié en la seguridad, los derechos humanos y el desarrollo. La salud es el hilo conductor de estas tres aspiraciones y el marco internacional para el control de drogas de la ONU tiene como objetivo final “la salud y el bienestar de la humanidad”.</p> <p>2) Se necesita un nuevo y más adecuado marco internacional para el control de drogas, que proteja mejor la salud y la seguridad de las personas y las comunidades alrededor el mundo. Las medidas basadas en ideologías represoras se deben reemplazar por políticas más humanas y eficaces diseñadas a partir de la evidencia científica, los principios de salud pública y los derechos humanos.</p> <p>3) La Comisión Global propone cinco vías o caminos para mejorar el marco internacional de las políticas de drogas (ver descripción de documento inmediatamente anterior). Sus propuestas son complementarias e integrales y exhortan a los gobiernos a que reconsideren el problema, hagan lo posible y necesario inmediatamente sin rehuir al potencial transformador de la regulación responsable.</p>	2014	No aplica
Department of Health and Aged Care Reporte informe de organización	Indicaciones de prescripción u obtener acceso a o psilocibina por parte de los psiquiatras autorizados para condiciones específicas de salud mental (acceso aprobado 01/07/2023)	Australia	<p>Categoría. Autoridad y rendición de cuentas para las políticas de salud, Categoría- autoridad y responsabilidad de los profesionales de la salud: el documento da un paso a paso de cómo ser un prescriptor autorizado y lo que se debe tener en cuenta al momento dar una respuesta al paciente, recordando que para ser un médico autorizado para prescribir productos que contengan MDMA o psilocibina se necesitará la aprobación del comité de ética de investigación humana. Entre los pasos mencionados están:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Considerar productos aprobados para la condición médica de su paciente - Considerar riesgos de tratamiento - Obtener el consentimiento informado - Adherirse a los estándares relevantes de buenas prácticas médicas - Verificar los requisitos de estado y territorio - Verificar que el producto esté disponible y sea asequible para el paciente. 	No registra	No aplica

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Organización/autor Tipo de documento	Objetivo de la revisión	País	Hallazgos claves	Fecha de última búsqueda/ publicación	Calidad
			<p>Categoría. Cómo y cuándo se presta la atención en salud, Categoría- quién provee la atención y cómo se gestiona la fuerza laboral en la atención en salud: cambios relacionados con quienes proveen la atención en salud, incluyendo su formación, y el reclutamiento, distribución y retención de los trabajadores de la salud: los farmacéuticos deben tener en cuenta que los productos con MDMA y psilocibina son drogas controladas según el Código Penal del Commonwealth, por ende la forma en la que se obtiene el acceso y suministro están autorizados por una ley del estado o territorio relevante.</p>		
<p>Denver City Council. Finance & Governance Committeee</p> <p>Reporte informe de organización</p>	<p>Informe de las recomendaciones al Consejo Municipal de Denver por parte del panel de Revisión de la Política sobre setas de psilocibina de Denver creado para evaluar y revisar el impacto de la iniciativa 301 (I-301) por medio de la cual la mayoría de los votantes de aprobaron la despenalización de la posesión personal, cultivo y almacenamiento de hongos de psilocibina en Denver (07/05/2019).</p>	<p>Estados Unidos</p>	<p>Investigación y aplicación terapéutica modernas de la psilocibina: Durante miles de años, la psilocibina se consideró beneficiosa porque permitía comprender el funcionamiento interno de la mente. En 1970 ya se habían publicado múltiples artículos científicos revisados por expertos que informaban sobre los más de 40.000 pacientes que habían recibido psilocibina en estudios clínicos para tratar síntomas de condiciones como la dependencia del alcohol, los trastornos neuróticos y para ayudar en las transiciones al final de la vida. La investigación moderna demuestra que la psilocibina es eficaz para tratar el malestar psicosocial, la ansiedad y los TD, mejorar la calidad de vida, cambiar la percepción del dolor, mejorar los marcadores plasmáticos relacionados con el estrés y el funcionamiento del sistema inmunológico, y reducir la ansiedad y el miedo a la muerte en enfermos terminales.</p> <p>Los estudios sobre la psilocibina están mostrando beneficios no clínicos en la personalidad y bienestar como como mayor espiritualidad, sensación de conexión con la naturaleza y cambios positivos en los rasgos de personalidad como un mayor rasgo de apertura. Los usuarios de microdosis o que ingieren pequeñas cantidades subperceptuales declaran haber mejorado su estado de ánimo, su energía y su cognición, al tiempo que han reducido sus niveles de emociones y actitudes negativas.</p> <p>La investigación sobre la psilocibina demuestra su seguridad, baja toxicidad y tolerabilidad.</p> <p>Categoría. Dónde se presta la atención y cambios en el entorno del cuidado en salud</p> <p>Entrenamiento multirrespuesta (recomendaciones)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) El panel recomienda una formación especializada en reducción de daños para las primeras personas que reciban intervenciones en Denver, que se centre en enfoques eficaces para las crisis inducidas por la psilocibina. 2) El panel votó en 09/2020 para colaborar con la Asociación Multidisciplinar de Estudios Psicodélicos (MAPS) que es una organización de investigación y educación sobre drogas psicodélicas fundada en 1986. Desde entonces, MAPS ha estado trabajando con los departamentos de primera respuesta de Denver para desarrollar una iniciativa de formación en reducción de daños de para la psilocibina. 3) Aunque la psilocibina y otros psicodélicos clásicos se consideran fisiológicamente más seguros y menos adictivos que muchas otras sustancias psicoactivas, algunos usuarios experimentan estados alterados de conciencia inducidos por la psilocibina y pueden volverse inestables y erráticos, lo cual puede conducir a comportamientos perjudiciales. 4) En EE. UU. en los últimos 5 años, la respuesta de emergencia a las crisis psicodélicas ha originado demandas por homicidio culposo con penas económicas promedio de 2,28 millones de dólares. 5) El objetivo general de la iniciativa de formación es que las primeras personas en ser intervenidas en Denver mejoren los conocimientos, actitudes y habilidades necesarias para 	<p>2021</p>	<p>No aplica</p>

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Organización/autor Tipo de documento	Objetivo de la revisión	País	Hallazgos claves	Fecha de última búsqueda/ publicación	Calidad
			reconocer con rapidez y responder eficazmente a las crisis emocionales y de comportamiento relacionadas con la psilocibina y otros psicodélicos.		
Oregon Health Authority. Prevention and Wellness. Public Health Division Reporte informe de organización	Objetivos del acto legislativo por el cual las personas del Estado de Oregón constatan el desarrollo de un programa por un período de dos años que deberá proporcionar evidencia científica y de regulaciones políticas sobre el uso de psilocibina en mayores de 21 años.	Estados Unidos	Categoría. Autoridad y rendición de cuentas para las políticas de salud: el Pueblo del Estado de Oregón declara que los propósitos de la Ley 2020 son: 1) Educar a la población del estado sobre la seguridad y eficacia de la psilocibina en el tratamiento de enfermedades mentales. 2) Reducir la prevalencia de las enfermedades mentales entre los adultos del estado y mejorar el bienestar físico, mental y social de todas las personas. 3) Desarrollar un plan estratégico a largo plazo para asegurar que los servicios de provisión de psilocibina se conviertan y persistan como una opción terapéutica segura, accesible y asequible para todas las personas mayores de 21 años para las que la psilocibina pueda ser apropiada. 4) Proteger la seguridad, el bienestar, la salud y la paz de la población priorizando los recursos limitados policiales del estado de la forma más efectiva, coherente y racional 5) Después de un período de desarrollo del programa de dos años, pretende: - Permitir a las personas autorizadas, controladas y reguladas por el estado, la fabricación legal de productos con psilocibina y la prestación de servicios basados en esta sustancia a personas mayores de 21 años, sujeto a las disposiciones de esta Ley 2020. -Establecer un marco regulador exhaustivo relativo a los productos y servicios que usan psilocibina bajo la ley estatal. 6) El pueblo del Estado de Oregón pretende que las disposiciones de esta, junto con otras disposiciones de la legislación estatal: -Impidan la distribución de productos a base de psilocibina a otras personas que no estén autorizadas para poseer estos productos en virtud de las disposiciones y normas adoptadas de los artículos 3 a 129 de la Ley 2020, incluidas, entre otras, las personas menores de 21 años. - Prevenir el desvío de productos a base de psilocibina hacia otros estados.	2020	No aplica
Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas Reporte informe de organización	Informe de la Conferencia de las Naciones Unidas para la Adopción de un Protocolo sobre Sustancias Psicotrópicas (Viena entre 11/01 y 21/02/1971)	Mundial	Categoría. Autoridad y rendición de cuentas para las políticas de salud: en el marco de esta conferencia, en la que participó Colombia, se aprobaron un conjunto de resoluciones para la adopción de un protocolo sobre sustancias psicotrópicas, incluida la psilocibina. Las Resoluciones aprobadas fueron: 1) Aplicación provisional del protocolo sobre sustancias psicotrópicas hasta su entrada en vigor 2) Investigaciones sobre las drogas anfetamínicas. En relación con el convenio sobre sustancias psicotrópicas, algunos de los artículos claves fueron: - <i>Artículo 5:</i> limitación del uso a los fines médicos y científicos - <i>Artículo 7:</i> disposiciones especiales aplicables a las sustancias de la lista I - <i>Artículo 9:</i> prescripciones médicas - <i>Artículo 23:</i> aplicación de medidas nacionales de fiscalización más estrictas a las establecidas por este convenio. - <i>Artículo 27:</i> aplicación territorial de medidas.	1971	No aplica
ICEERS, International Centre for Ethnobotanical Education,	Realizar una retroalimentación sobre el primer borrador de la	Mundial.	Categoría. Autoridad y rendición de cuentas para las políticas de salud: el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las ONU ha determinado que el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel de salud física y mental incluye la obligación del estado de proteger "las plantas medicinales vitales, animales y minerales necesarios para el pleno disfrute de la salud de los pueblos indígenas". El artículo 24 de la Declaración de las ONU sobre los derechos de los	04/08/2023	No aplica

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Organización/autor Tipo de documento	Objetivo de la revisión	País	Hallazgos claves	Fecha de última búsqueda/publicación	Calidad
<p>Research and Service</p> <p>Reporte informe de organización</p>	Recomendación General		<p>pueblos indígenas establece que <i>“los pueblos indígenas tienen derecho a sus medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud”</i>. En este sentido, la Relatora Especial de la ONU sobre el derecho a la salud, Dra. Tlaleng Mofokeng, ha encontrado que <i>“la supresión, el debilitamiento y la marginación de los conocimientos tradicionales e indígenas tiene impactos de amplio alcance en la salud”</i>, y ha recordado a los Estados que <i>“la salud requiere un enfoque urgente para garantizar el fin de la demonización y el menosprecio de los pueblos indígenas y salud tradicional”</i>.</p> <p>El régimen de fiscalización internacional de drogas se rige por la Convención Única sobre Drogas (1961) y el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas (1971) que establecen una lista de plantas y sustancias con efectos psicoactivos que están bajo control internacional; y la Convención contra el Tráfico ilícito de Estupefacientes y sustancias psicotrópicas (1988) que establece la obligación de tipificar como delito su cultivo, suministro y posesión. Mientras que las sustancias psicoactivas utilizadas en la tradición occidental con fines culturales y recreativos como el alcohol y el tabaco no son controladas, las plantas y sustancias de origen vegetal utilizadas en la medicina indígena están sujetas a prohibición internacional. Uno de los ejemplos más claros de vulneración a la práctica tradicional indígena es la prohibición de masticar hoja de coca (aún vigente), incluida en la convención de 1961 entre las sustancias más peligrosas (lista I) y que, además, comprometió a todos los Estados miembros a eliminar gradualmente esta práctica ancestral andina en 25 años. A pesar de la prohibición, millones de personas en la región andina siguen elaborando y masticando la hoja de coca. El foro permanente de las ONU para las cuestiones indígenas ha reconocido <i>“la importancia cultural y médica de la hoja de coca en las regiones andinas y otras regiones indígenas de América del Sur”</i>. Este foro recomienda que las partes de la Convención relativas al mascado de esta hoja sean incompatibles con los derechos de los pueblos indígenas para mantener sus prácticas culturales y sanitarias tradicionales, y que sean enmendadas y/o derogadas. Bolivia ha anunciado recientemente que pondrá en marcha un proceso para eliminar la hoja de coca de las convenciones internacionales sobre drogas.</p> <p>Otros preparados o plantas utilizadas tradicionalmente por los pueblos indígenas de América como la ayahuasca, el peyote (mezcalina) o el cactus de San Pedro, están sujetos a control en virtud del Convenio del 1971. Las plantas que contienen esos ingredientes quedaron exentas del control internacional, por lo que sus disposiciones sólo se aplican a los compuestos químicos aislados y a los preparados elaborados en combinación con otros ingredientes, y como tal ha sido interpretado por la JIFE en sus informes anuales de 2010 y 2012. Además, el Convenio de 1971 ofrece la opción de una reserva especial para usos indígenas, que países como Canadá, México, Perú y EE. UU. han adoptado, por el contrario, ciertos países han tomado medidas para prohibir la posesión o viajar con estas sustancias, o han creado limbos legales en el que las personas pueden acabar siendo criminalizadas.</p>		
<p>Programa Global de Política de Drogas</p> <p>Reporte</p>	Informe que describe los éxitos de la política boliviana de regulación de la producción de la hoja de coca y los	Perú	<p>Categoría. Intervenciones dirigidas a organizaciones sanitarias</p> <p>Implementación del programa de control social de la coca: incorpora la participación voluntaria y el compromiso de los agricultores con las instituciones estatales, como el intercambio de información y el compromiso con las entidades y los organismos internacionales, incluida la UE y la ONU, y los gobiernos de Brasil y EE. UU. Para esto se han desarrollado políticas complementarias como: 1) registro de cocaleros y las tarjetas de identificación; 2) monitoreo; 3) licencia para la comercialización de la coca; 4) despenalización de la hoja de coca; 5) elaboración de productos alternativos a la coca, y 6) estudio del consumo de la coca.</p>	2015	No aplica

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Organización/autor Tipo de documento	Objetivo de la revisión	País	Hallazgos claves	Fecha de última búsqueda/ publicación	Calidad
informe de organización	retos que ha enfrentado.		La política de control social de la coca en Bolivia, aún con sus limitaciones y desafíos, ofrece una iniciativa digna de consideración, puesto que ha demostrado ser más eficaz y rentable que la erradicación forzosa en el control de la producción de coca, y representa una propuesta local apropiada al contexto. Comparada con el continuo enfrentamiento que hay en Perú y Colombia, el enfoque del gobierno boliviano ofrece una alternativa no violenta que da autoridad a los ciudadanos y mejora las relaciones entre los productores y el estado.		
Commission on Narcotic Drugs Reporte informe de organización	Informe de los estados miembro de la declaración política y el plan de acción sobre cooperación internacional sobre la adopción de una estrategia integral y equilibrada para contrarrestar el problema mundial de las drogas.	Mundial	<p>Categoría. Autoridad y rendición de cuentas para las organizaciones: la declaración política y plan de acción sobre cooperación internacional favorece una estrategia integral y equilibrada para contrarrestar el problema mundial de las drogas. En 2019, establecen como fecha objetivo para que los Estados eliminen o reduzcan de manera significativa y mensurable: 1) El cultivo ilícito de adormidera; 2) arbusto de coca, y 3) planta de cannabis.</p> <p>Cooperación internacional para la erradicación de los cultivos ilícitos utilizados para la producción de estupefacientes y sustancias psicotrópicas y para el desarrollo alternativo: los estados miembros deberían proporcionar el apoyo financiero y político necesario, en la medida de lo posible, para estudiar, vigilar y verificar la extensión de los cultivos de arbusto de coca, adormidera y planta de cannabis, tanto en interiores como en exteriores, en consonancia con los tratados de fiscalización internacional de drogas, y compartir esta información con los organismos internacionales pertinentes y otros gobiernos con miras a intensificar la cooperación en materia de erradicación de cultivos para la producción de drogas y de desarrollo alternativo preventivo, de conformidad con las especificidades de cada país o región.</p> <p>Un enfoque equilibrado y a largo plazo para abordar el cultivo ilícito de plantas utilizadas para la producción de estupefacientes y sustancias psicotrópicas: los estados miembros deben velar para que los asociados para el desarrollo, las instituciones financieras internacionales y la Oficina de las ONU contra la Droga y el Delito apoyen a los estados en la lucha contra el cultivo ilícito de arbusto de coca, adormidera y cannabis mediante actividades secuenciadas, como la realización de investigaciones para evaluar el alcance del cultivo, la identificación de los factores sociales y económicos que lo impulsan y, el diseño de intervenciones adecuadas para hacer frente al problema.</p>	2009	No aplica
International Drug Policy Consortium Reporte informe de organización	Informe sobre el papel de la salud y el bienestar en el debate mundial sobre políticas de drogas.	No especificado (Mundial)	<p>Categoría. Autoridad y rendición de cuentas para las políticas de salud, Categoría- autoridad y rendición de cuentas para las organizaciones</p> <p>Liderazgo político en materia de drogas y salud: a pesar de una mayor implicación, los organismos ejecutivos y gubernamentales de la OMS siguen sin reclamar un papel de liderazgo en el debate mundial sobre políticas de drogas, a diferencia de la posición clara que ha tomado con respecto al alcohol y el tabaco. Esto puede deberse, al menos en parte, a la reticencia de algunos Estados miembros a que la agencia asuma dicho papel y traslade el foco de atención de la justicia penal a la salud y los derechos humanos.</p> <p>Garantizar el acceso a las sustancias reguladas para fines médicos y científicos: la capacidad de la OMS para ayudar a los estados miembros a mejorar el acceso a los medicamentos controlados es muy limitada, a pesar de la gran necesidad existente. Además, la iniciativa anunciada de reestructurar la OMS hace que el futuro de este trabajo es incierto. A la luz de estas consideraciones, el IDPC hace un llamamiento a la OMS para que:</p>	2019	No aplica

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Organización/autor Tipo de documento	Objetivo de la revisión	País	Hallazgos claves	Fecha de última búsqueda/ publicación	Calidad
			<p>1) Abogue por los medicamentos controlados como un pilar de las estrategias y debates sobre medicamentos seguros, en la línea del Documento Final de la UNGASS (2016) e incluya indicadores claros, puntos de referencia temporales y objetivos para realizar un seguimiento de los avances en el acceso.</p> <p>2) Colaborar estrechamente con las oficinas de la OMS, la JIFE y la ONU-CD en los países de muy bajo consumo para abordar los obstáculos que impiden el acceso de las personas necesitadas a las sustancias controladas con fines médicos, e informar periódicamente a los organismos gubernamentales de la OMS y a la CND sobre los progresos realizados.</p> <p>3) Garantizar que el proceso de reestructuración de la OMS se traduzca en una mayor capacidad para ayudar a los países a garantizar la disponibilidad adecuada de medicamentos controlados, especialmente en las oficinas regionales y nacionales, incluyendo una estimación de las necesidades de medicamentos controlados, una reforma de las normativas restrictivas y una formación de los profesionales sanitarios en el uso seguro y eficaz de estos medicamentos.</p> <p>Aunque el proceso de clasificación es apolítico y se basa en consideraciones científicas, en los últimos años se ha politizado cada vez más. En 2015, China solicitó una votación en la CND para clasificar la ketamina, a pesar de la reiterada recomendación de la OMS de no clasificarla y esto generó confusión sobre si la CND puede clasificar sustancias en contra del consejo de la OMS. En 2019, Egipto, Nigeria y otros países criticaron a la OMS por recomendar en contra de la clasificación del tramadol tras múltiples revisiones de la sustancia. La JIFE y la ONUDD también han insinuado en repetidas ocasiones que la ketamina y el tramadol deberían ser clasificados internacionalmente, aunque sin llegar a criticar explícitamente a la OMS.</p> <p>La recomendación de la OMS sobre la clasificación del cannabis en 01/2019 también suscitó preocupación sobre la integridad del proceso. Si bien reconoció que el cannabis tiene usos médicos y recomendó retirarlo de la lista IV (contiene sustancias sin aplicaciones médicas conocidas), también recomendó mantenerlo en la lista I (contiene las sustancias más nocivas como la heroína, la cocaína y la morfina) debido a su uso generalizado, aunque las convenciones no contemplan mantener una sustancia en una lista más estricta por la prevalencia de su uso. Debíó trasladarlo a otra lista o eliminarlo por completo, a pesar de constatar que no se asociaba al mismo riesgo que otras sustancias en la lista I.</p>		
Bouso, 2022 Revisión sistemática	Esbozar las bases de una propuesta alternativa al tradicional abordaje de la política de drogas y la drogodependencia en España.	España	<p>Categoría. Intervenciones dirigidas a tipos específicos de práctica, condiciones o entornos: no se pronuncian sobre la financiación</p> <p>Categoría. Cómo y cuándo se presta la atención en salud, Categoría- dónde se presta la atención y cambios en el entorno del cuidado en salud, Categoría- coordinación de la atención y gestión de procesos asistenciales: cambios relacionados a como los trabajadores de la salud interactúan entre ellos y con los pacientes para asegurar una atención en salud oportuna y eficiente: además del uso ritual también se habla de la forma de cómo, cuándo y quien debe realizar el control, teniendo en cuenta la gestión del uso de plantas.</p> <p>Categoría. Intervenciones dirigidas a los trabajadores de la salud: el planteamiento que sean los trabajadores de la salud quienes supervisores la administración y vigilancia de la codependencia</p>	11/03/2022	Críticamente baja

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Organización/autor Tipo de documento	Objetivo de la revisión	País	Hallazgos claves	Fecha de última búsqueda/ publicación	Calidad
Zuleta González et al., 2020 Reporte informe de organización	Documentar las políticas de salud pública que han afectado el consumo de sustancias psicoactivas y los TUS en Colombia.	Colombia	<p>Categoría. Autoridad y rendición de cuentas para las políticas de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> -En 1993, la ley determinó la universalidad del cubrimiento para el consumo, siguiendo el espíritu de la Constitución política (1991). Por otro lado, el primer Plan Obligatorio de Salud (POS), excluyó las patologías crónicas de las adicciones a las Sustancias Psicoactivas (SPA), lo cual implicó un descuido en el entrenamiento clínico de los profesionales y facultades involucradas en la salud mental, práctica que todavía muestra un atraso significativo. - Quienes participaron en la discusión y redacción final del documento de la Sentencia C-221 (1993) de la Corte Constitucional sentaron las bases para la comprensión del enfoque de derechos en las adicciones, el cual se fundamenta en la reducción de daños. -En el 2002, la Ley 745, buscando proteger a los menores, considera al consumidor un actor ilegal y sanciona la dosis mínima. También menciona que los portadores pueden ser menores, en cuyo caso se fomenta la participación de centros de rehabilitación y terapias. -La Sentencia C-689 (2002) de la Corte Constitucional separaba el porte y consumo de SPA ilegales de actividades relacionadas con el narcotráfico, siendo lo primero legal. Sin embargo, según ideología del gobierno de ese momento se intentó penalizar el porte y consumo de SPA en más de una ocasión, lo cual consiguió en 2009. -En 2003, se expidió otra norma sobre el consumo y el dopaje en deportistas de alto rendimiento, que se considera un problema de ética y salud pública. -Entre 2000-2008 se incluyeron políticas de salud pública y Derechos Humanos ante el consumo de SPA ilegales. Se tocan temas como la atención de las personas drogadictas en el Sistema de Seguridad Social y la cobertura de sus tratamientos por las empresas promotoras de salud (EPS); también se establece el porte de la dosis mínima sin sanción. -La Corte estableció que, según el Acto Legislativo 02 (2009), la dosis de uso personal no se penalizaba. En ese mismo año con la reforma del artículo 49 de la Constitución política (1991), por primera vez hablaba de tratamientos y del deber de brindar programas de prevención; también daba la connotación de enfermo al consumidor, aunque se prohibió la dosis personal. -La atención clínica de las TUS inició en 2012. La Ley 1566 (2012) vinculó al POS la patología crónica de las adicciones, pero se requirió un proceso de organización institucional, gestión del conocimiento e influencia internacional. Durante un periodo de seis años, algunos centros de atención en salud mental ofrecieron programas de rehabilitación intrahospitalaria y la institución que cubría el 100 % del costo era el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), pero ante el potencial desgaste financiero del sistema, se determinó que las EPS debían cubrir el 50 % y el FOSYGA el otro 50 %. Esta ley fue el resultado de un trabajo acumulado de muchos años del personal técnico del Ministerio de Salud. -Mediante Sentencia T-043 (2015), la Corte Constitucional indicó que el tratamiento integral brindado por los programas de salud debía: ser respetuoso con los consumidores; asegurar la confidencialidad y el buen trato; promover la autonomía del paciente y su decisión de entrar y permanecer en un tratamiento; ser accesible y estar disponible. -En 2016, la Corte Constitucional estableció el criterio que determina en qué momento es legal el porte de la dosis personal. También este año estableció el marco regulatorio para el consumo de <i>Cannabis sativa</i> con fines medicinales. 	16/05/2020	No aplica

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Organización/autor Tipo de documento	Objetivo de la revisión	País	Hallazgos claves	Fecha de última búsqueda/ publicación	Calidad
de las Casas et al., 2014 Reporte informe de organización	Informe documental científico y jurídico sobre la ayahuasca y su legislación en España.	España	<p>Categoría. Autoridad y rendición de cuentas para las políticas de salud: se refiere a como la ayahuasca como una sustancia no incluida en la lista de sustancias psicoactivas y que no se ha comprobado cause daño a la salud:</p> <p>-Sentencia n.o 581/2013 de la Sección 7a de la Audiencia Provincial de Barcelona (04/06) expone lo fiscalizado en el Convenio de Viena es el principio activo (DMT) y no la infusión, y aclara que <i>“Brasil y EE. UU. la permiten y en Europa sólo la ha prohibido Francia”</i>, concluyendo así que <i>“en España la infusión no está incluida en la lista de sustancias fiscalizadas, por tanto, no tiene el carácter de producto sometido a control de estupefacientes”</i>.</p> <p>-Sentencia n.o 557 de la Sección 2a de la Audiencia Provincial de Barcelona (17/06/2013) incluye en sus fundamentos el hecho de que la ayahuasca no está incluida en las listas de los convenios internacionales sobre drogas y, en consecuencia, <i>“al no aparecer en dichas listas no puede concluirse que la sustancia causa daño a la salud”</i>.</p> <p>-Audiencia Provincial de Barcelona, de la Sección 22a (sentencia n.o 558/2013, de 23/12/2013) expone que <i>“ninguna planta que contenga dimetilriptamina (DMT) se halla actualmente controlada bajo el Convenio de Sustancias Psicotrópicas de 1971, de modo que las preparaciones (por ejemplo, decocciones) hechas de tales plantas no están sometidas a control internacional; sin perjuicio de que se recomiende a los gobiernos de los distintos países una actitud vigilante por el mal uso que pudiera hacerse de dichos materiales vegetales”</i>, haciendo una clara alusión a las recomendaciones de la JIFE. Esta sentencia presenta una curiosidad argumental que ha colaborado en la absolución de la persona acusada cuando dice que de la prueba pericial (informes de laboratorio de Toxicología) se colige que <i>“los efectos psicoactivos de la DMT no se producen si no se mezcla en proporción de 1 a 3 con inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO), como es la harmina”</i>.</p> <p>-El Código Penal español, en lo referente a los delitos contra la salud pública por asuntos de drogas, contiene vacíos, puesto que establece las penas por traficar con drogas, pero no determina qué sustancias deben ser consideradas droga. En consecuencia, si la tipicidad del delito contra la salud pública requiere que la sustancia sea considerada droga, y este hecho se cumple si la sustancia está fiscalizada internacionalmente, el hecho de no estarlo supone que no se cumple el tipo penal del delito.</p>	Septiembre de 2014	No aplica
Belouin et al., 2022 Revisión narrativa	Discutir el uso histórico de medicamentos psicodélicos, la evidencia empírica y las consideraciones políticas asociadas a su uso.	Estados Unidos	Si bien los datos indican que los psicodélicos son en gran medida seguros y bien tolerados cuando se usan en entornos apropiados, tienen un potencial riesgos graves.	2022	No aplica

Anexo 3. Revisiones basadas en evidencia y otros estudios relevantes para la opción 3

Tipo de estudio Autor, Año	Objetivo del estudio	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda/ publicación	Calidad
<p>Estudio primario</p> <p>Jones et al., 2019 (158)</p>	<p>Examinar las tendencias en el uso de alcohol y marihuana entre los conductores de automóviles con 16 o más años evaluados en un centro de trauma nivel I antes y después de la legalización de la marihuana medicina en Arizona en 04/2011.</p>	<p>De los 30.083 conductores heridos, a 14.710 (49%) se les realizó prueba de drogas en orina. De estos, 2.590 fueron positivos para THC, y 1.087 (42%) también fueron positivos para alcohol. En la muestra general, 9% de los conductores fueron positivos para THC, 18% tuvieron niveles de alcohol por encima del límite legal y 4% fueron positivos para las 2 sustancias. Las tendencias antes (01/2008- 04/2011) vs después (04/ 2011 a finales de 2014) de aprobación de ley de marihuana medicinal mostraron:</p> <p>Antes de la aprobación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Marihuana</i>: la proporción de conductores heridos positivos para marihuana venia en descenso 0,5%/año (IC 95% -1,0/año; 0,0/año). - <i>Alcohol</i>: la proporción de conductores heridos positivos para alcohol venia en descenso 1,9%/año (IC 95% -2,6/año; -1,3/año). - <i>Ambas sustancias</i>: la proporción de conductores heridos positivos para ambas sustancias venia en descenso 0,5%/año (IC 95% -0,8/año; -0,2/año). <p>Después de la aprobación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Marihuana</i>: incremento significativo en pendiente de la línea de tendencia (medida de cambio) a 0,6%/año (IC 95% 0,0/año, 0,8/año). A finales de 2014, la proporción de conductores involucrados en accidentes positivos para THC fue 9,6% contra un 5,6% proyectado para un escenario donde la ley no había entrado en vigor, una diferencia de 4,0 puntos porcentuales (IC 95% 1,2- 6,9). - <i>Alcohol</i>: incremento significativo en pendiente de la línea de tendencia (medida de cambio) a -0,5%/año (IC 95% -1,0/ año; 0,0/ año). A finales de 2014, la proporción de conductores involucrados en accidentes positivos para alcohol fue 15,7% contra un 8,2% proyectado para un escenario donde la ley no había entrado en vigor, una diferencia de 7,5 puntos porcentuales (IC 95% 3,8- 11,1). - <i>Ambas sustancias</i>: un aumento pequeño pero significativo anual en la proporción de conductores que presentaron pruebas positivas para cualquiera de las dos sustancias. A finales de 2014, la proporción de conductores involucrados en accidentes positivos para ambas sustancias fue 3,5% contra un 1,0% proyectado para un escenario donde la ley no había entrado en vigor, una diferencia de 1,0 puntos porcentuales (IC 95% 0,9- 4,0). 	1/11/2019	7/8
<p>Estudio primario</p> <p>Weinberger et al., 2022 (157)</p>	<p>Estimar los cambios entre 2004 y 2017 de la prevalencia en el uso de cannabis según el estado de uso de cigarrillo y examinar como las políticas al nivel de cada estado modifican estas tendencias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tanto la tendencia en el consumo de cannabis (6,10 % en 2004 a 9,47 % en 2017) como el uso diario (1,54 % en 2004 a 3,15 % en 2017) aumentó significativamente entre fumadores y no fumadores, aunque fue 2 a 10 veces más común entre los fumadores. - Para 2017, el consumo de cannabis en el último mes fue 4 a 4,5 veces mayor entre fumadores (22,80 a 26,57 % en fumadores vs 6,31 % en no fumadores), y en los estados donde el cannabis medicinal o recreativo era legal. - Los subgrupos demográficos que reportaron mayores prevalencias en el uso de cannabis en el último mes entre los fumadores, comparado con no fumadores, fueron los jóvenes (73,20 % y 53,70 %, respectivamente), adultos mayores (24,24 % y 15,69 %, respectivamente), y solteros (35,71 % y 39, 31 %, respectivamente). - La mayor prevalencia en el uso de cannabis se encontró en los fumadores que viven en estados que legalizaron el cannabis recreativo, tanto en el último mes (34,64 % a 33,38%) como diario (18,18 %). 	8/07/2022	8/8

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de estudio Autor, Año	Objetivo del estudio	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda/ publicación	Calidad
		<p>- Estados con legislación aprobando el uso de cannabis recreativo no mostraron incremento significativo en las tendencias de consumo cannabis entre 2013 y 2017 (ORa 1,010; IC 95% 0,959-1,063), mientras los estados con leyes aprobando el cannabis medicinal (ORa 1,027; IC 95% 1,021-1,033) o sin leyes sobre CM y CR (ORa 1,028; IC 95% 1,023- 1,032) mostraron un incremento en el uso de cannabis en el tiempo que no difirió según el consumo o no de cigarrillo.</p>		
<p>Estudio primario Harris and Kulesza (148)</p>	<p>Examinar las tendencias en remisiones del sistema legal para tratamiento del uso de cannabis en estados que han legalizado el uso de cannabis en adultos comparado con aquellos que no lo han legalizado entre 2007 y 2019 Determinar si los cambios en la política tienen diferente impacto según las diferentes poblaciones.</p>	<p>- La legalización del consumo de cannabis no tuvo un impacto significativo en las tasas de remisión para tratamiento en ninguna población de los estudios, lo cual fue consistente en los modelos con y sin variables de control. - La legalización no se asoció significativamente con la disminución a largo plazo en las tasas de referencia por parte del sistema legal, con la excepción de cierta ventaja en adultos blancos ($p < 0,05$). - En los modelos con variables de control, los mayores niveles de conservatismo medidos por el índice de ideología del gobierno se asociaron con mayores tasas de remisión para jóvenes afroamericanos e hispanos/latinos y para adultos afroamericanos (todos, $p < 0,05$). - Según grupos de edad (18–20, 21–24, y ≥ 25 años) en cada grupo racial/étnico no mostró diferencias en remisiones con respecto a la legalización. - Mayores tasas de no aseguramiento al sistema de salud se asociaron significativamente a mayores tasas de referencia, principalmente en jóvenes afroamericanos ($p < 0,05$). - Mayor nivel de desventaja socioeconómico se asoció significativamente a mayores tasas de referencia en blancos e hispanos/latinos ($p < 0,05$). - La disminución de referencias para tratamiento se asoció más a un cambio anual en el tiempo que a los cambios en las políticas de legalización. Esto fue consistente con los análisis descriptivos y los de tendencia anual. -Sin embargo, las tasas de referencia en los jóvenes afroamericanos y adultos hispanos/latinos de los estados que legalizaron el consumo incrementaron al compararlos con los estados control luego de la implementación de la política ($p < 0.05$).</p>	<p>Enero de 2023</p>	<p>8/8</p>
<p>Estudio primario Shah et al. (148)</p>	<p>Determinar la asociación de la legalización de la marihuana medicinal con la utilización de opiáceos de prescripción.</p>	<p>La legalización de la marihuana medicinal en los estados, según los diferentes desenlaces, se asoció con: Uso de opioides: disminución de la probabilidad de uso en general. Según los diferentes subgrupos: - <i>Población general:</i> ORa 0,95 (IC 95% 0,94–0,96). Porcentaje predicho de probabilidad de uso de opioides en estados donde la marihuana medicinal es legal 19,290 % vs no es legal 19,900 % (diferencia 0,604; IC 95% 0,591–0,618). - <i>Pacientes sin cáncer:</i> ORa 0,94 (IC 95% 0,93–0,95). Porcentaje predicho de probabilidad de uso de opioides en estados donde la marihuana medicinal es legal 16,650 % vs no es legal 17,340 % (diferencia 0,692; IC 95% 0,676–0,707). - <i>Paciente con dolor crónico no asociado a cáncer:</i> ORa 0,94 (IC 95% 0,92–0,95). Porcentaje predicho de probabilidad de uso de opioides en estados donde la marihuana medicinal es legal 33,490 % vs no es legal 34,710 % (diferencia 1,230 IC 95% 1,200–1,260). Uso crónico de opioides: disminución de la probabilidad de uso en general. Según los diferentes subgrupos:</p>	<p>08/2019</p>	<p>9/9</p>

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de estudio Autor, Año	Objetivo del estudio	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda/ publicación	Calidad
		<p>- <i>Población general</i>: ORa 0,93 (IC 95% 0,91–0,95). Porcentaje predicho de probabilidad de uso de opioides en estados donde la marihuana medicinal es legal 1,750 % vs no es legal 1,870 % (diferencia 0,118; IC 95% 0,116–0,12).</p> <p>- <i>Pacientes sin cáncer</i>: ORa 0,93 (IC 95% 0,90–0,96). Porcentaje predicho de probabilidad de uso de opioides en estados donde la marihuana medicinal es legal 1,600 % vs no es legal 1,720 % (diferencia 0,117; IC 95% 0,115–0,119).</p> <p>- <i>Paciente con dolor crónico no asociado a cáncer</i>: ORa 0,94 (IC 95% 0,91–0,97). Porcentaje predicho de probabilidad de uso de opioides en estados donde la marihuana medicinal es legal 4,540 % vs no es legal 4,820 % (diferencia 0,279, IC 95% 0,275–0,284).</p> <p>Alto riesgo de uso de opioides: disminución de la probabilidad de uso.</p> <p>- <i>Población general</i>: ORa 0,96 (IC 95% 0,94–0,98). Porcentaje predicho de probabilidad de uso de opioides en estados donde la marihuana medicinal es legal 2,600 % vs no es legal 2,500 % (diferencia 0,093, IC 95% 0,090–0,096).</p> <p>- <i>Pacientes sin cáncer</i>: ORa 0,95 (IC 95% 0,92–0,97). Porcentaje predicho de probabilidad de uso de opioides en estados donde la marihuana medicinal es legal 2,130 % vs no es legal 2,230 % (diferencia 0,107; IC 95% 0,104–0,11).</p> <p>- <i>Paciente con dolor crónico no asociado a cáncer</i>: ORa 0,91 (IC 95% 0,88–0,94). Porcentaje predicho de probabilidad de uso de opioides en estados donde la marihuana medicinal es legal 5,120 % vs no es legal 5,550 % (diferencia 0,431; IC 95% 0,423–0,44)</p>		
<p>Estudio primario Tolana et al. (161)</p>	<p>Determinar las tendencias en el consumo de marihuana en los servicios de urgencias de dos grandes centros médicos académicos en Boston, Massachusetts.</p>	<p>- Aumento en el número de resultados positivos de THC en el IA en ambos hospitales, BWH (p < 0,0001) y MGH (p < 0,0001), a medida que avanzaba la legalización.</p> <p>- Algunas características demográficas contribuyeron de manera más significativa a las tasas crecientes de positividad de THC IA. La tasa de positividad en mujeres aumentó tanto en BWH (p 0,002) como en MGH (p 0,003). También hubo un aumento en la positividad en pacientes de 30-39 años (p < 0,0001 en BWH y MGH), de 50-59 años (p < 0,0001 solo en MGH) y mayores de 59 años (p < 0,0001 en BWH y MGH). Se observó una disminución en la positividad en pacientes menores de 18 años (p < 0,0001 solo en MGH), de 18-29 años (p < 0,0001 en BWH y MGH), de 40-49 años (p = 0,010 solo en BWH) y de 50-59 años (p 0,009 solo en BWH). En MGH hubo una disminución en la positividad en pacientes blancos (p 0,001) y pacientes no hispanos (p 0,009), y un aumento en la positividad en pacientes hispanos (p 0,009) y pacientes en el tercil de ingresos 3 (el ingreso más alto) (p 0,038). No hubo tendencias significativas en diferentes razas, etnias o terciles de ingresos en BWH.</p> <p>- Hubo un aumento en el número de pacientes positivos tanto para THC como para anfetaminas en BWH (p < 0,0001) y MGH (p 0,025) y una disminución en el número de pacientes positivos tanto para THC como para opiáceos en BWH (p < 0,0001) y MGH (p < 0,0001) en los tres últimos períodos de legalización (MED DISP, REC BD y REC DISP). MGH también tuvo una disminución en el número de pacientes positivos tanto para THC como para benzodiazepinas (p < 0,0001).</p> <p>Códigos de ICD-10 relacionados con cannabis: en general, hubo un aumento en el número de códigos de ICD-10 relacionados con cannabis en ambos hospitales, BWH (p 0,006) y MGH (p < 0,0001) por período de legalización. En BWH, hubo una disminución en los códigos de ICD-10 relacionados con cannabis positivos en personas de raza negra (p 0,025) y en pacientes en el tercil de ingresos 1 (el más bajo) (p 0,040). La única tendencia significativa en MGH fue una disminución en pacientes de 18 a 29 años (p 0,006).</p>	<p>05/2022</p>	<p>7/9</p>

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de estudio Autor, Año	Objetivo del estudio	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda/ publicación	Calidad
Estudio primario Callaghan et al. (146)	Evaluar si la implementación inicial de la legalización del cannabis en Canadá ("acto Cannabis" 17/10/2018) se asocia con perjuicios a los jóvenes.	-Los diagnósticos más comunes fueron desorden mental y del comportamiento por uso de cannabinoides (F12), envenenamiento por narcóticos y psicodélicos, incluyendo cannabinoides (T40), náusea y vómito (R11), siendo el total de visitas relacionadas al cannabis 13.615. -Los resultados mostraron que luego de la legalización la presentación semanal de jóvenes con envenenamiento/desorden por uso de cannabis en los departamentos de emergencia de Ontario/Alberta incrementó un 20,0% (IC 95% 6,2%-33,9%). -No se encontró evidencia entre la legalización del cannabis y los episodios de uso de alcohol, opioides o apendicitis entre los jóvenes en los departamentos de emergencia.	16/02/2023	8/8
Estudio primario Weinberger et al. (147)	Estimar el impacto de las leyes sobre uso de cannabis medicinal y recreacional (CM, CR) en el uso de cannabis y cigarrillos en EE. UU.	Analizó el impacto de la legalización de CM y CR en 4 grupos según el desenlace: 1) Uso de cannabis combinado cigarrillo, 2) Uso de solo cigarrillos, 3) Uso de solo cannabis, 4) no uso de cannabis o cigarrillos. Se describe los resultados de interés. 1) Uso de cannabis combinado cigarrillo: - <i>Legalización del CM:</i> se asoció al aumento global del uso combinado en el último mes (odds ratio ajustado -ORa 1,09; IC 95% 1,02–1,16). Esta asociación fue mayor en personas con 50 años o más (ORa 1,60; IC 95% 1,39–1,84), casados (ORa 1,19; IC 95% 1,07–1,31), afroamericanos (ORa 1,14; IC 95% 1,02–1,07) y aquellos con que tienen un nivel educativo universitario o mayor (ORa 1,160; IC 95% 1,043-1,291). - <i>Legalización del CR:</i> no se asoció con aumento global en el consumo combinado de cannabis+ cigarrillos en el último mes (ORa 1,061; IC 95% 0,955-1,178). Se asoció con el aumento del uso combinado entre los casados (ORa 1.24; IC 95% 1.02–1.50) y aquellos con 50 años o más (ORa 1.37; IC 95% 1.03–1.84) 3) Uso de solo cannabis - <i>Legalización del CM:</i> se asoció al incremento en uso el uso en aquellos con edad igual o mayor a 50 años (ORa 1,24; IC 95% 1,07–1,44) y personas con estado civil viudo, divorciado o separado (ORa 1,18; IC 95% 1,01–1,37). No se asoció con el aumento global en el consumo de cannabis (ORa 1,021; IC 95% 0,947- 1,101) - <i>Legalización del CR:</i> se asoció con un incremento en el uso de cannabis global (ORa 1,206; IC 95% 1,088- 1.336). 4) no uso de cannabis o cigarrillos - <i>Legalización del CM:</i> disminución de la asociación con el co-uso de cannabis + cigarrillos (ORa 0,83; IC 95% 0,76- 0,91) y cannabis (ORa 0,90; IC 95% 0,82- 0,98) en grupo de edad entre 12 y 17 años. Disminución de la asociación con el uso de cannabis en hispanos (ORa 0,83; IC 95% 0,73- 0,95) y aquellos con escolaridad menor a educación secundaria (ORa 0,78; IC 95% 0,68- 0,90). - <i>Legalización del CR:</i> Disminución de la asociación con el co-uso de cannabis + cigarrillos (ORa 0,65; IC 95% 0,51- 0,81) y cannabis (ORa 0,74; IC 95% 0,62- 0,87) en grupo de edad entre 12 y 17 años.	14/12/2021	8/8
Estudio primario Weinberger et al. (143)	Estimar los cambios entre 2004 y 2017 de la prevalencia en el uso de cannabis según el estado de uso de cigarrillo y examinar como las políticas al nivel de cada estado	- Tanto la tendencia en el consumo de cannabis (6,10 % en 2004 a 9,47 % en 2017) como el uso diario (1,54 % en 2004 a 3,15 % en 2017) aumentó significativamente entre fumadores y no fumadores, aunque fue 2 a 10 veces más común entre los fumadores. - Para 2017, el consumo de cannabis en el último mes fue 4 a 4,5 veces mayor entre fumadores (22,80 a 26,57 % en fumadores vs 6,31 % en no fumadores), y en los estados donde el cannabis medicinal o recreativo era legal. - Los subgrupos demográficos que reportaron mayores prevalencias en el uso de cannabis en el último mes entre los fumadores, comparado con no fumadores, fueron los jóvenes (73,20 % y	08/07/2022	8/8

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de estudio Autor, Año	Objetivo del estudio	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda/ publicación	Calidad
	modifican estas tendencias.	53,70 %, respectivamente), adultos mayores (24,24 % y 15,69 %, respectivamente), y solteros (35,71 % y 39, 31 %, respectivamente). - La mayor prevalencia en el uso de cannabis se encontró en los fumadores que viven en estados que legalizaron el cannabis recreativo, tanto en el último mes (34,64 % a 33,38%) como diario (18,18 %). - Estados con legislación aprobando el uso de cannabis recreativo no mostraron incremento significativo en las tendencias de consumo cannabis entre 2013 y 2017 (ORa 1,010; IC 95% 0,959-1,063), mientras los estados con leyes aprobando el cannabis medicinal (ORa 1,027; IC 95% 1,021-1,033) o sin leyes sobre CM y CR (ORa 1,028; IC 95% 1,023- 1,032) mostraron un incremento en el uso de cannabis en el tiempo que no difirió según el consumo o no de cigarrillo.		
Estudio primario Toumbourou et al. (144)	Reportar los efectos de la implementación del programa preventivo "Comunidades a las que les importa-Communities That Care (CTC)" para reducir el consumo de alcohol y sustancias relacionadas (principalmente cannabis y cigarrillo)	En Australia, la implementación del programa CTC mencionadas en los adolescentes de las en las primeras cuatro comunidades australianas que completaron el proceso (solo desenlaces de interés): - Una mayor y significativa reducción anual a lo largo de la vida en el consumo de cannabis (ORa 0,96; IC 95% 0,93-0,98) y del comportamiento antisocial (coeficiente de regresión no estandarizado beta de 0,001; IC 95% 0,002-0,000). - Esta reducción fue mayor para el sexo femenino (ORa 0,72; IC 95% 0,66-0,78), comunidades más vulnerables (ORa 0,69; IC 95% 0,54-0,88) y si el lugar de nacimiento no es Australia (ORa 0,77; IC 95% 0,62-0,95). - Se identificó un mayor consumo de cannabis según el grado de escolaridad (ORa 1,49; IC 95% 1,45- 1,54), el estado de residencia (ORa 2,11; IC 95% 1,29- 3,4) para Australia occidental), en comunidades indígenas (ORa 1,41; IC 95% 1,05- 1,90), si hay consumo por los pares (ORa 3,96; IC 95% 3,78- 4,13) o si hay actitudes antisociales en la familia (ORa 1,50; IC 95% 1,39- 1,61), y movilización comunitaria (ORa 1,38; IC 95% 1,29- 1,47). - La implementación del proceso CTC en Australia se asoció con una mayor y más rápida reducción de los problemas de salud en adolescentes. Apoyar las coaliciones comunitarias para adoptar intervenciones en la evidencia parece un medio factible para que los psicólogos clínicos mejoren la salud de la población de adolescentes y prevenir problemas de salud crónicos a lo largo de la vida.	3/02/2019	8/8
Estudio primario Borodovsky et al. (154)	Evaluar si las leyes sobre la marihuana medicinal (MML) influyen en los patrones de uso de métodos alternativos de administración de cannabis (vapeo y comestibles) en comparación con los métodos tradicionales (fumar).	2838 personas contestaron la encuesta con edad media de 32,5 años. 84,5% hombres. 14,5% escolaridad universitaria. - Las personas en estados con MML tuvieron una probabilidad significativamente mayor de usar alguna vez vapeo (OR: 2,04, IC 99 %: 1,62-2,58) y comestibles (OR: 1,78, IC 99 %: 1,39-2,26) que aquellos en estados sin MML. - Una mayor duración en el estado de MML y una mayor densidad de dispensarios también se asociaron significativamente con el uso de vapeo y comestibles. - Para el vapeo, el estado de legalización recreativa y el estado del dispensario no fueron predictores significativos (OR: 1,65, IC del 99 %: 0,95-2,87, p=0,02; OR: 1,17, IC 99%: 0,81-1,71, p=0,27 respectivamente). Para los comestibles la legalización recreativa del estado no fue significativo (OR: 1,39, IC 99%: 0,74-2,62, p=0,18).	10/2016	6/8

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de estudio Autor, Año	Objetivo del estudio	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda/ publicación	Calidad
Estudio primario Mair et al. (165)	Investigar la asociación entre hospitalizaciones por abuso/dependencia de marihuana, factores demográficos, condiciones ambientales y la densidad de los dispensarios de marihuana locales y adyacentes entre 2001 a 2012 en California.	Había 1.650 dispensarios en California a principios de 2012. El número de dispensarios de marihuana medicinal por código postal osciló entre 0 y 40, con un promedio de aproximadamente uno por código postal y 27,0% reportando al menos un dispensario. - Una mayor densidad de dispensarios, un ingreso familiar medio más bajo y una menor densidad de población se asociaron con mayores tasas de hospitalizaciones por marihuana. - Los códigos postales con un mayor porcentaje de residentes con estudios superiores tuvieron menos hospitalizaciones por marihuana. - Hubo un aumento grande y constante en las tasas de hospitalizaciones por abuso/dependencia de marihuana entre 2001 y 2012, incluso después de controlar las covariables demográficas y otras covariables ambientales. Un dispensario adicional por milla cuadrada se asoció con un aumento del 6,8 % en el número de hospitalizaciones por marihuana (intervalo de credibilidad del 95 %: 1,033, 1,105).	09/2015	8/8
Estudio primario Wang et al. (156)	Evaluar el impacto de la legalización de la marihuana en las visitas de adolescentes al servicio de urgencias en un sistema hospitalario infantil de atención terciaria en Colorado.	-Las visitas anuales relacionadas con la marihuana aumentaron de 161 en 2005 a 777 en 2015; las evaluaciones anuales de salud conductual aumentaron de 84 a 500. - La tasa general de visitas relacionadas con la marihuana aumentó de 1,8 por 1.000 visitas a urgencias en 2009 a 4,9 por 1.000 visitas a urgencias en 2015 (p < 0,0001). - Las consultas de salud conductual relacionadas con la marihuana aumentaron de 1,2 por cada 1.000 visitas al servicio de urgencias en 2009 a 3,2 por cada 1.000 visitas al servicio de urgencias en 2015.	2018	7/9
Estudio primario McMichael et al. (150)	Presentar el efecto de las leyes de acceso a cannabis en la prescripción y uso de opioides a la fecha en Estados Unidos e informar los debates en curso a nivel estatal y nacional sobre la legalidad del cannabis y otras opciones de política para combatir la epidemia asociada al consumo de opioides.	La aprobación de leyes para acceder a CR y CM: - Reducen el número de miligramos equivalentes de morfina cada prescrito por año en un 11,8% y 4,2%, respectivamente. Se observa en general un efecto mayor con la legalización del CR. - Reducen los días de suministro total de opioides prescritos en un 12, 4% y 6,1%, respectivamente. Disminuyen la cuenta del total en 294 y 105 días menos de suministro de opioides a pacientes por proveedor. - Reducen el número total de pacientes que reciben opioides en un 6,5% y 2,9% respectivamente, la legalización del CR reduce el porcentaje de pacientes de un proveedor que reciben opioides en aproximadamente 0,3 %, mientras la legalización del CM las aumenta un 0,1 %. -Reducen la probabilidad de prescripción de cualquier opioide en cualquier entorno. La legalización del CR reduce la probabilidad de prescripción de opioides en un año determinado en 2,1 puntos porcentuales, mientras la legalización del CM la reduce un 1,1 punto porcentual, sobre una línea de base de 73%. Estas leyes tienen diferentes efectos dependiendo de: 1) La especialidad médica: - Las cinco especialidades más grandes (por número de proveedores/año: medicina de urgencia, de familia, medicina interna, pediatría y psicología y neurología): reduce los miligramos equivalentes de morfina prescritos en un 10,2% y 2%, respectivamente. - Las cinco especialidades que más prescriben (medido por miligramos equivalentes de morfina por año: cirugía oral y maxilofacial, ortopédica, medicina del dolor, medicina física y rehabilitación, medicina del deporte): reduce los miligramos equivalentes de morfina prescritos en un 28,3% y 6,9%, respectivamente. 2) El pagador:	7/12/2019	8/8

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de estudio Autor, Año	Objetivo del estudio	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda/ publicación	Calidad
		<ul style="list-style-type: none"> - En el seguro comercial reduce los miligramos equivalentes de morfina prescritos en un 16,1% y 4,4%, respectivamente. También se ve este comportamiento en otras medidas de prescripción de opioides. - En Medicare se observa un comportamiento similar, aunque es menos fuerte que para los seguros comerciales. - Medicaid se observa reducción en el día total de suministro y número de pacientes único que reciben opioides. La legalización de CR tiene impacto positivo en disminuir el uso de opioides, pero negativo en el porcentaje de pacientes que reciben opioides, a diferencia de la legalización del CM que tienen efecto positivo en todos los desenlaces. - Otra asistencia gubernamental: son similares a los de la población general, seguro comercial y medicare. - Dinero del paciente: son similares a los de Medicaid. 		
<p>Estudio primario Notrica et al. (142)</p>	<p>Evaluar el impacto de las leyes estatales en los índices de mortalidad en accidentes de tráfico, para determinar qué leyes fueron eficaces.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Las leyes específicas que penalizan la conducción bajo los efectos de la marihuana no se asociaron con cambios en las tasas de mortalidad 16 a 20 años (B= 0,0; p 0,9); de 21 a 55 años (B= -0,02; p 0,3); de 56 a 65 años (B= -0,01; p 0,2); y mayores de 65 años (B= -0,01; p 0,6). - La despenalización general se asoció con un aumento de las tasas de mortalidad para todos los grupos de edad de 16 a 20 años (B= 0,11; p < 0,001); de 21 a 55 años (B= 0,21; p < 0,004); de 56 a 65 años (B= 0,07; p < 0,003); y mayores de 65 años (B= 0,09; p < 0,003). 	06/2020	No aplica (es un modelo)
<p>Estudio primario Choo et al. (153)</p>	<p>Evaluar el impacto de la legalización de la marihuana medicinal en los Estados Unidos mediante la comparación de las tendencias en el consumo entre los adolescentes de los estados con y sin legalización de la marihuana medicinal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El resultado primario (dependiente) se definió como cualquier consumo de marihuana durante 30 días (sí/no). Las variables de la YRBS de interés para el análisis incluyeron datos demográficos de los estudiantes: grado (9º a 12º), sexo y raza/etnia. Se crearon variables categóricas para representar el estado, el año y si la ley de marihuana medicinal estaba vigente o no en un año determinado. Los resultados de los análisis de diferencias en diferencias se recogen en la Tabla 2 (un coeficiente positivo indica un aumento en la probabilidad de consumo de marihuana en los últimos 30 días) y los resultados de los modelos que utilizan valores imputados se enumeran en la Tabla 3. - Al controlar las covariables a nivel individual, el análisis de regresión muestra que la legislación sobre marihuana medicinal no ha tenido ningún efecto en el aumento del consumo de marihuana declarado en los últimos 30 días. - En la comparación Utah-Nevada y la de Idaho-Montana, el estado con la política de marihuana medicinal (Nevada año 2000, y Montana año 2004) demostró una disminución de la probabilidad de consumo de marihuana después de la aplicación de la política. No hubo cambios en la probabilidad de consumo de marihuana en ninguno de los otros emparejamientos por estados o en el conjunto de datos combinado de todos los estados (probabilidad marginal 0,007; IC 95%: 0,007 a 0,02), este último modelo proporcionó el IC más estrecho. - La regresión lineal proporcionó resultados similares para todos los modelos. La adición a alcohol a 30 días en los modelos generó resultados similares, pero dio lugar a un mal ajuste del modelo, probablemente debido a la multicolinealidad. - En el subanálisis por curso, la disminución de las probabilidades marginales de consumo de marihuana en el modelo Utah/Nevada parece ser predominante en los cursos 10º y 12º, mientras en el modelo Nueva York/Vermont los alumnos de 9º curso mostraron una disminución de la probabilidad marginal de consumo de marihuana en presencia de la política, a pesar de la ausencia general de efecto de la política en los alumnos de 10º y 12º curso y de la falta de efecto general de 	08/2014	8/8

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de estudio Autor, Año	Objetivo del estudio	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda/ publicación	Calidad
		la política en el emparejamiento por estados. En otros grados, la estratificación no demostró ningún subgrupo específico especialmente vulnerable al aumento del consumo de marihuana tras la implementación de leyes sobre marihuana medicinal. Ningún estado demostró un cambio en el consumo de marihuana asociado con la implementación de leyes sobre marihuana medicinal.		
Revisión de alcance Ansari et al. (141)	Actualizar una revisión de 2014 sobre las intervenciones en las políticas de opioides a nivel de sistemas de salud, centrándose en las pruebas publicadas durante 2014-2018 y en las políticas de opioides nuevas y ampliadas.	- Un estudio (pequeño tamaño de muestra) encontró que los pacientes con dolor crónico que recibieron cannabis medicinal tenían dosis más bajas de opioides recetados que aquellos sin cannabis medicinal. Los estudios de los beneficiarios de Medicaid muestran que los estados con políticas de cannabis medicinal tenían menos recetas de opioides de la Lista III, aunque no menos recetas de la Lista II, comparados con los estados sin estas políticas. Los estados con leyes de cannabis medicinal con dispensarios activos tenían menos recetas de morfina e hidrocodona entre los afiliados a la Parte D de Medicaid que los estados sin estas regulaciones. - Se encontraron resultados limitados y variables sobre el cannabis recreativo. Un estudio encontró una disminución en la tasa de muertes por sobredosis relacionadas con opioides posterior a su legalización en Colorado. Otro no encontró ninguna asociación significativa entre la legalización de la marihuana recreativa y cualquier receta de opioides (Lista II o III) entre los afiliados de pago por servicio de Medicaid. El estudio con más datos encontró que, en comparación con estados sin leyes aprobadas sobre marihuana medicinal o recreativa, los estados con leyes de cannabis recreativo tenían menos recetas de opioides de Lista II. - Después de controlar por Programas de monitoreo de medicamentos recetados (PDMP) y las regulaciones de las clínicas del dolor, los estudios informaron asociaciones negativas entre las leyes sobre el cannabis medicinal y la hospitalización y mortalidad relacionadas con los opioides. Un estudio del PDMP y las políticas de marihuana medicinal encontró que la mortalidad se redujo cuando se implementaron simultáneamente ambas estrategias. Un estudio nacional sobre los PDMP, las regulaciones de las clínicas del dolor, la marihuana medicinal y las estrategias de reducción de daños encontró que solo los PDMP y las políticas sólidas sobre la marihuana medicinal tuvieron efectos significativos sobre la mortalidad relacionada con los opioides.	07/2020	Moderada
Revisión de alcance Kitchen et al. (139)	Identificar las políticas existentes o pendientes sobre el uso recreativo y medicinal del cannabis, indicando el posicionamiento nacional y resumiendo las publicaciones que abordan los impactos relacionados a estas políticas en África.	Se incluyeron 208 registros que cumplieron con los criterios de elegibilidad. Mapeo de políticas existentes y pendientes: el ámbito del control de drogas está regido por el Convenio Único sobre Estupefacientes de la ONU (1961), el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas (1971) y el Convenio contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas (1988). 1) <i>Políticas recreativas:</i> el cannabis es ilegal en todo el continente africano, aunque hay diferencias en el grado de las sanciones impuestas, que según el país y contexto pueden ir de una multa o condenas que van desde 2 meses hasta la pena de muerte. Ghana, Seychelles y Sudáfrica han despenalizado el uso personal, y Sudáfrica permite el cultivo privado. Egipto y Mozambique tienen legislaciones pendientes para definir la despenalización. La mayoría de los países carecen de organismos independientes encargados de la implementación de políticas y recopilación de datos. Los esfuerzos de aplicación son realizados por una combinación de autoridades, incluidos departamentos de salud, comités interministeriales, organizaciones de la sociedad civil (OSC) y los servicios penitenciarios e iniciativas comunitarias. 2) <i>Políticas medicinales:</i> siete países (Lesoto, Malawi, Ruanda, Seychelles, Sierra Leona, Zambia y Zimbabue) han establecido disposiciones oficiales específicas para el uso de cannabis medicinal y 4 países (Esuatini, Camerún, Marruecos y Sudáfrica) tienen pendiente legislaciones para definir su	06/2022	Baja

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de estudio Autor, Año	Objetivo del estudio	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda/ publicación	Calidad
		<p>uso. De la legislación oficial, las disposiciones se refieren principalmente al cultivo medicinal para la exportación. Sudáfrica, Seychelles y Malawi han establecido programas para el uso de cannabis medicinal para facilitar el acceso de los pacientes</p> <p>Impactos de políticas recreativas</p> <p><u>1) Directos:</u> un informe regional de un instituto de investigación estadounidense sobre el estado del mercado de cannabis en África produjo las siguientes estadísticas hasta 2019: 1) 83 millones o casi un tercio de los 263 millones de usuarios del mundo están en África; 2) Nigeria tiene el mayor número de usuarios (20,1 millones), seguido de Etiopía (7,1 millones); 3) el mercado estimado del país representa el 11% del mercado global; y 4) la tasa de consumo continental (11,4%) es el doble que la tasa global (6,0%). El Informe Mundial sobre Drogas (2020) de la UNODC identificó a África Occidental y Central como el epicentro del consumo de cannabis en el continente, con una prevalencia anual estimada del 9,3% entre adultos, en comparación con el promedio mundial y continental del 3,9% y 6,3%, respectivamente.</p> <p>-<i>Consecuencias para la salud:</i> del 12% al 40% de los jóvenes en hospitales psiquiátricos de África fueron diagnosticados con psicosis por cannabis u otras drogas. Los TUS fueron más frecuentes entre personas de 15 a 44 años, con educación primaria o secundaria y desempleadas (Red de Epidemiología de África Occidental y la Panafricana). El 50% de las admisiones en instituciones de salud mental de Zimbabue se atribuyen al TUS, un 80% de esos pacientes son hombres entre 16 y 40 años. En Sudáfrica, los indicadores asociados a los TUS en hombres incluyeron una edad más temprana, raza mixta, residencia en áreas urbanas y víctimas de crímenes violentos, mientras en las mujeres se encontraron la edad más temprana, ser de raza blanca o mixta, estar desempleada y la angustia psicológica.</p> <p><u>2) Indirectos:</u></p> <p>-<i>Ambiental:</i> una resolución de la ONU sugirió que el aumento del cultivo ilegal ha acelerado la erosión del suelo debido a la fertilización excesiva, sobreexplotación del suelo, destrucción de bosques y esfuerzos de erradicación. La infertilidad del suelo tiene un impacto en el rendimiento de los cultivos legales llevando a mayor demanda de áreas más grandes de tierra para mantener la producción. Las nuevas variedades híbridas de cannabis, que requieren más agua para alcanzar la madurez, representan un riesgo para los recursos hídricos y su uso creciente en Marruecos pone en peligro el futuro del desarrollo económico lícito e ilícito por el agotamiento de los recursos acuíferos.</p> <p>-<i>Económico y estabilidad socioeconómica:</i> la lucha contra el cannabis de Sudáfrica costó a los contribuyentes más de \$US 223,7 millones en 2014 y 2015. Las campañas de erradicación financiadas por Occidente en Marruecos costaron 75 millones de euros entre 2003 y 2013. El análisis de costo-beneficio de la política de drogas de Mauritius encontró que, en 2014, el gasto del gobierno en represión y servicios de salud representó el 78% y el 22%, respectivamente, del presupuesto para combatir las drogas. El presupuesto nacional de control de drogas de Etiopía en 2017 fue de \$US 980.000, de los cuales el 34,2% (\$US 335.000) se destinó a la demanda y reducción de daños. La región del Rif depende del hachís para la estabilidad socioeconómica y política, con beneficios considerados importantes para mantener el equilibrio social, puesto que los ingresos de la industria se reinvierten en el desarrollo de viviendas sin control, especialmente en el norte de Marruecos.</p>		

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de estudio Autor, Año	Objetivo del estudio	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda/ publicación	Calidad
		<p><i>-Delitos asociados:</i> el tráfico de cannabis en África es principalmente intrarregional, con países como Ghana y Nigeria en África Occidental y Central; Mozambique, Eswatini y Malawi en África Austral; Tanzania, Uganda y Kenia en África Oriental; y Marruecos en África del Norte. Estos países son identificados como de origen, partida y tránsito entre 2014 y 2018. En el Magreb, Marruecos se destaca como la principal fuente de resina de cannabis. El tráfico de cannabis a menudo se asocia con la introducción de otros elementos extranjeros, como hachís con opio afgano y libanés, que están disponibles para su compra en Libia. Además, África Occidental se considera una estación de tránsito en el tráfico de cocaína y heroína hacia Europa debido a su ubicación geográfica estratégica.</p> <p><i>-Conflicto y seguridad.</i> los ingresos generados por el cultivo ilegal de cannabis se utilizan para financiar grupos armados no estatales (GANE) en varios países africanos, incluyendo Mozambique, Camerún, Malí, Níger, Chad, Sudán y Somalia, los cuales utilizan estos fondos para mantener sus actividades violentas y aumentar su influencia. En zonas como región de Kidal (Malí), la producción de cannabis se ha convertido en una fuente principal de financiación para grupos separatistas que buscan la independencia, como los touareg. Asimismo, el cultivo y tráfico han contribuido a la inseguridad y la violencia en países como Mozambique, donde la creación de áreas para cultivo de cannabis en 2020 aumentó los conflictos en el norte del país.</p> <p>Por un lado, los esfuerzos para erradicar el cultivo de cannabis y combatir a los GANE a menudo involucran operativos militares y de seguridad a gran escala en países como Mali, Burkina Faso, Nigeria y Eswatini. Estas operaciones a veces resultan en abusos contra los derechos humanos, incluyendo ejecuciones extrajudiciales. De otro lado, la presión de la erradicación puede llevar al desarrollo y sostenimiento de otras industrias ilegales como la minería ilegal, la explotación forestal, el tráfico de drogas y la trata de personas.</p> <p>También, en algunas áreas, los líderes y jefes de tribus asociados con la producción de cannabis tienen influencia política y utilizan los ingresos del cultivo para mantener su poder y autoridad. Además, el tráfico de drogas a veces se convierte en una fuente de financiamiento para los partidos políticos en elecciones en la región oeste de África.</p> <p>Finalmente, preocupa que los ingresos del cultivo de cannabis se utilicen para financiar grupos terroristas como el Estado Islámico en Libia.</p>		
<p>Revisión sistemática</p> <p>French et al. (140)</p>	<p>Evaluar los costos y desenlaces de las leyes para legalización de la marihuana. Provee una recopilación de la literatura relevante y una evaluación comprensiva a la que pueden acceder los oficiales elegidos, tomadores de</p>	<p><u>Uso de marihuana en adolescentes (n=22)</u></p> <p>Incremento del uso (10 estudios): en 2012 en California, los estudiantes de 12vo grado tuvieron un 25% más de probabilidad de uso de marihuana en los últimos 30 días comparado con sus pares en estados sin descriminalización.</p> <p>- <i>Legalización del uso de MM:</i> cinco estudios encontraron una relación positiva con el aumento en el uso o una mayor probabilidad de uso entre jóvenes. Otros dos estudios encontraron una correlación con el incremento en el uso de MR en adolescentes.</p> <p>- <i>Legalización del uso de MR:</i> Wadsworth & Hammond (2018) encontraron un incremento global en el consumo de marihuana entre los jóvenes, independiente del tiempo de implementación de la ley. Otro estudio en Washington encontró un incremento en el consumo del 2% de estudiantes de 8vo grado y del 4,1% en estudiantes de 10mo grado. El estudio de Paschall et al. (2020) en Oregón, encontró que la mayor disponibilidad de marihuana aumentó el consumo entre adolescentes y otro estudio de seguimiento del mismo autor en California (2021) encontró resultados similares siendo los subgrupos con mayor incremento los estudiantes de 7mo grado, mujeres, no Hispanos y blancos. Otro estudio encontró que los estudiantes de pregrado también</p>	<p>28/11/2021</p>	<p>Baja</p>

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de estudio Autor, Año	Objetivo del estudio	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda/ publicación	Calidad
	<p>decisiones, empleadores educadores, profesionales de la salud y potenciales consumidores.</p>	<p>tuvieron un aumento en el consumo, siendo mayor en aquellos que estaban por fuera del estado de origen, siendo la legalización un factor que pudo influenciar la elección de la institución de pregrado.</p> <p>Disminución del uso (n=2):</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Legalización del uso de MM:</i> Keyes et al. (2016) encontró un incremento del daño percibido por la marihuana que se asoció con una disminución en el consumo de marihuana entre los de 8vo grado. Otro estudio encontró una posible disminución en el uso recreacional como resultados de aprobar la MM. - <i>Legalización del uso de MR:</i> tres estudios en 2019 encontraron disminución o posible disminución en el consumo. Uno de ellos encontró una disminución significativa en el uso frecuente y en las áreas escolares entre los estudiantes de mayor grado en California. Otro reportó una disminución pequeña en el uso entre adolescentes que fue mayor en hombres, negros e hispanos jóvenes. <p>Sin efecto significativo o evidencia de cambios en el uso (10 estudios): un estudio enfocado en la justicia criminal involucrando jóvenes comparó los estados California (legal) y Pensilvania (no legal) y no encontró efectos en el uso de marihuana en California, pero si en Pensilvania luego de la legalización en California.</p> <p>Uso de opioides y desenlaces relacionados (N=25): la mayoría de los estudios encontraron una disminución del uso de opioides en los estados que aprobaron el uso de MM o MR. La relación entre las políticas asociadas a la marihuana y los desenlaces relacionados al uso de opioides (mal uso, hospitalización, muertes) fueron menos concluyentes, aunque varios estudios no encontrando asociación. Solo un pequeño número de estudios encontró una relación positiva entre la legalización de la MM y MR y el uso de opioides y desenlaces negativos asociados.</p> <p>Disminución en el uso de opioides:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Legalización del uso de MM:</i> Shah et al. (2019) entre 2006 y 2014 encontró que la legalización se asoció con una menor probabilidad de uso de opioides, consumo crónico de opioides y alto riesgo de consumo de opioides en pacientes asegurados. Resultados concordantes fueron encontrados por Flexon et al. (2019). Otros dos estudios encontraron un menor uso de opioides para manejo del dolor crónico al ser sustituidos por MM. Uno de ellos encontró 64% de disminución en el uso de opioides y sus efectos secundarios y un aumento del 45% en la calidad de vida. Cuatro estudios se enfocaron en Medicaid, reportando uno de ellos una disminución 5,88% del uso de opioides por cirujanos ortopédicos. Un estudio (2020) encontró que la legalización de la MM y la MR combinadas redujo la prescripción de opioides. Raji et al. (2019) encontró que los adultos con seguro privado tuvieron menores tasas de prescripción de opioides entre 4 de 5 grupos de edad (18–25, 26–35, 36–45, and 46–55). Aunque los datos son limitados, se encontró una disminución del uso de opioides en estudiantes de 8vo grado y un incremento en los estudiantes de 12vo grado. - <i>Legalización del uso de MR:</i> un estudio (2020) encontró que la legalización de la MR redujo de forma consistente el uso de opioides más que la MM. <p>Sin cambios en el uso de opioides:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Legalización del uso de MM:</i> Segura et al. (2019), entre 2004 y 2014, no encontraron una asociación significativa entre la legalización del MM y el uso de opioides con fines no médicos o el trastorno por uso de opioides entre los estadounidenses de 12 años o más. Otro estudio (2013 y 2014) realizado entre adolescentes de 12 a 18 años no encontró que la legalización de MM se 		

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de estudio Autor, Año	Objetivo del estudio	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda/ publicación	Calidad
		<p>asociara a mal uso de medicamentos de prescripción (analgésicos, tranquilizantes / sedantes, estimulantes).</p> <p>- <i>Legalización del uso de MR</i>: Shi et al. (2019) no encontró asociación significativa con las prescripciones de opioides entre los adolescentes de 12 a 18 años. Estos resultados son concordantes con otro estudio que comparo estados que aprobaron la legalización vs los que no.</p> <p>Desenlaces asociados al uso de opioides: tres estudios encontraron que la apertura de dispensarios de marihuana tiene un efecto negativo en las sobredosis fatales de opioides recetados y admisiones a centros de tratamiento relacionadas con uso de opioides. Uno de ellos encontró que una mayor prevalencia de dispensarios de marihuana dentro de un condado se asocia con una reducción estimada del 17 % en las tasas de mortalidad relacionadas con el uso de opioides, con reducciones significativas en las muertes asociadas con opioides sintéticos como el fentanilo.</p> <p>- <i>Legalización del uso de MM</i>: un estudio encontró que los consumidores de MM tenían más probabilidades de informar el uso médico y no médico de medicamentos recetados (analgésicos, estimulantes y tranquilizantes recetados). Otro estudio que tomo resultados de la encuesta Nacional sobre Uso de Drogas y Salud (NSDUH) de 2004-2014 para evaluar en mujeres el inicio en el uso opioides, el uso indebido en el último mes y año, y el trastorno por uso de opioides, no encontraron asociación entre la legalización y estos desenlaces, ni en el global de la población ni en el subgrupo de madres y mujeres embarazadas.</p> <p>Un estudio encontró que los estados que permiten el cultivo doméstico de MM tuvieron una mayor prevalencia de hospitalizaciones y visitas al departamento de emergencia relacionadas con opioides. Mientras otra investigación reportó que los estados que legalizaron la MM tuvieron una disminución en del 24% en la tasa de mortalidad por sobredosis de opioides entre 1990 y 2010. Estos resultados son contradictorios a los encontrados por Shover et al. (2019) cuando se tomaron los datos del 2010 al 2017, que mostraron un 23% en el incremento de la mortalidad por sobredosis de opioides.</p> <p>La legalización de MM redujo las hospitalizaciones por uso de opioides sin asociarse con hospitalizaciones relacionadas al uso de marihuana.</p> <p>-<i>Legalización del uso de MR</i>: los estados que legalizaron MR tuvieron una mayor prevalencia de hospitalizaciones relacionadas con opioides. En contraposición Livingston et al. (2017) en Colorado determinaron que la legalización redujo un 0,7 las muertes relacionadas a consumo de opioides por mes. Esto se correlaciona con otro estudio que encontró que la legalización de MM y MR disminuyó la mortalidad por sobredosis de opioides. Un estudio que evaluó específicamente dispensarios de MR en Colorado concluyó falta evidencia sobre su asociación con las muertes por sobredosis de opioides (Alcocer, 2020).</p> <p><u>Uso de alcohol, cigarrillo y otras drogas ilícitas (N=13)</u></p> <p>Alcohol:</p> <p><i>Disminución en el consumo de alcohol</i>: Cerdá et al. (2018) encontró disminución entre los estudiantes de 8vo grado luego de la legalización. Concordante con otros estudios que encontraron menores probabilidades de uso de alcohol, uno en los últimos 30 días entre los estudiantes de 9no a 12vo grado y el otro luego de un seguimiento de 1 año en estudiantes de 8vo grado en Washington. Múltiples estudios no encontraron cambios en los patrones de bebida luego de la legalización de marihuana en los menores de edad (12 a 20 años), estudiantes de 10mo a 12vo grados y estudiantes mayores de secundaria.</p>		

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de estudio Autor, Año	Objetivo del estudio	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda/ publicación	Calidad
		<p>Un estudio en Washington no reportó cambios importantes en el uso de alcohol luego de la legalización de MM y MR. Otro estudio no encontró asociación entre la legalización de la MM o MR y las ventas de alcohol per cápita.</p> <p><u>Aumento en el consumo de alcohol:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Legalización del uso de MM:</i> Kim et al. (2021) encontraron que se asoció con un incremento en el uso combinado de MM y alcohol entre los mayores de 50 años y con mayores ingresos mensuales y nivel educativo. H. Wen et al. (2015) encontró un incremento en el uso de alcohol entre los adultos. - <i>Legalización del uso de MR:</i> Kim et al. (2021) reportaron asociación con un incremento en el uso combinado de MR y alcohol entre todos los grupos sociodemográficos. <p>Cigarrillo: Veligati et al. (2020) no encontraron cambios estadísticamente significativos en las ventas de cigarrillo luego de legalizar la MM y MR, luego de ajustar por políticas que podrían alterar los resultados como las leyes de aires libre de humo de tabaco.</p> <p><u>Disminución en el consumo de cigarrillo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Legalización del uso de MM:</i> Cerdá et al. (2018) encontraron una disminución del uso de cigarrillos entre los estudiantes de 8vo grado, sin cambios en los estudiantes de 10mo grado. Similar fue lo informado en otro estudio que mostró poco o no efecto en el consumo de cigarrillos entre los estudiantes mayores de secundaria. Choi et al. (2019) encontraron una clara disminución del uso y el número de cigarrillos consumidos luego de la legalización. - <i>Legalización del uso de MR:</i> Mason et al. (2016) reportaron una menor tasa de uso de cigarrillos entre los adolescentes durante el tiempo de seguimiento luego de la legalización en Washington. <p><u>Aumento en el consumo de cigarrillo:</u> Wang et al. (2016) encontraron que un mayor número de uso combinado se presenta en estados con legalización de MM y asociación con mayores probabilidades de dependencia a nicotina (hasta 3 veces) entre los individuos de 12 a 17 años y de 50 a 64 años. Cerdá et al. (2018) también reportaron un aumento en el uso de cigarrillos entre los estudiantes de 12vo grado, sin cambios en los estudiantes de 10mo grado.</p> <p>Otras drogas ilícitas: los resultados no son concluyentes, estudios recientes muestran que la legalización de la marihuana, tanto MM como MR, podría reducir el uso de otras drogas ilícitas pesadas como heroína y metanfetaminas. Park et al. (2020) analizó los datos a nivel país entre 2009 y 2015 y mostró una disminución general de las hospitalizaciones por otras drogas pesadas, sin embargo, luego de controlar por confusores (nivel educativo y económico) se incrementó el uso de drogas pesadas luego de la legalización de la MR.</p> <p>Otros dos estudios encontraron que el uso de en el último mes y el inicio de cocaína y heroína no fueron impactados por la implementación de las leyes de MM en la población de 21 años o mayor. En contraposición, otra investigación encontró que se asociaba, tanto aumento de drogas ilícitas, como a mal uso de drogas de prescripción en adultos estadounidenses de 18 años o más.</p> <p>Tres estudios no encontraron cambios significativos en el uso de drogas ilícitas en adolescentes luego de la legalización de MM. Sin embargo, otros dos mostraron aumento del uso de drogas ilícitas en esta población con resultados conflictivos, uno encontró un aumento en el consumo de cocaína y heroína en los pasados 12 meses, y el otro una disminución del uso de anfetaminas, tranquilizantes y otras drogas ilícitas en los estudiantes de 8vo grado.</p>		

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de estudio Autor, Año	Objetivo del estudio	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda/ publicación	Calidad
		<p><u>Empleo, ganancias y otros desenlaces relacionados con el sitio de trabajo (N=8):</u> Nicholas & Maclean (2019) encontraron una relación positiva significativa entre la legalización de la MM y un incremento del trabajo a tiempo completo y las horas condicionales y no condicionales trabajadas entre los adultos mayores (51 años o más), siendo el efecto mayor en aquellos con condiciones de salud que accedieron legalmente al tratamiento. Esto concuerda con otros estudios que evaluaron muestras de empleados a tiempo completo y ausencia relacionadas a condiciones de salud en estados que legalizaron MM. Un estudio encontró una disminución en las ausencias laborales del 8%, otro reportó una disminución del 33,7% en el número esperados de muertes en el lugar de trabajo 5 años después de la implementación de las leyes de legalización, el tercero encontró una disminución de 0,1 puntos porcentuales en la probabilidad que el trabajador solicitara compensaciones laborales (aunque el resultado fue significativo, el efecto es pequeño y el impacto económico mínimo). En contraposición, Maclean et al. (2017) reportó un incremento en las aplicaciones a retiro por invalidez y ausencias prolongadas por invalidez.</p> <p><u>Desempeño y logros académicos (N=3)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Legalización del uso de MM:</i> el impacto es mayormente negativo. Chu & Gershenson (2018) no encontraron cambios en estudiantes de secundaria en estados que la legalizaron. En otro estudio, se asoció a una disminución de 0,4 puntos porcentuales de no lograr graduarse o de desarrollar una educación general, y a un incremento 1,84 puntos porcentuales en la probabilidad de no ingresar a la universidad y 0,85 puntos porcentuales de no lograr graduarse de la universidad. En estudiantes posterior a la secundaria, se encontró que pasaban 20% menos tiempo en actividades educativas y más tiempo en actividades de ocio en los estados con legalización comparados con aquellos que no la legalizaron. - <i>Legalización del uso de MR:</i> en Western Washington University se asoció con menores logros académicos en estudiantes de 21 años o mayores. <p><u>Actividad criminal (N=10):</u> no se encontró una relación significativa entre las políticas de legalización de marihuana y la actividad criminal (crímenes violentos, crímenes a la propiedad y arrestos), por el contrario, hubo disminución en homicidios, de crímenes violentos y daños a la propiedad (20% en California), asalto simple, robo y violaciones (Colorado y Washington) y reducción de crímenes en la frontera por organizaciones de tráfico de drogas. Sin embargo, se encontraron diferencias entre los estados que legalizaron las políticas y podría haber un incremento de crimen a propiedad en estados adyacentes a aquellos que legalizaron la marihuana.</p> <p><u>Daño percibido (N=13):</u> 10 estudios encontraron una disminución en el daño percibido asociado a la marihuana, particularmente en adolescentes y adultos jóvenes, y uno no encontró diferencias significativas antes y después de las políticas en normas, actitudes o percepciones. Vivir en estados donde la marihuana es legal no se asoció a una visión más permisiva de la marihuana en modelos ajustados, aunque parece haber una tendencia nacional en crecimiento a actitudes más permisivas, mayor tolerancia al uso y disminución del riesgo percibido para la salud, que fue mayor en los estados donde se legalizó la MM (California, Colorado, Washington). Un estudio encontró que los profesionales de la salud en estados donde se legalizó la MM tenían reservas para soportar la ley y percibían altos riesgos asociado a su uso, aunque desconocían en su mayoría los riesgos</p>		

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de estudio Autor, Año	Objetivo del estudio	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda/ publicación	Calidad
		<p>para la salud asociados a la marihuana y no sentían confianza al hablar con los pacientes sobre los beneficios y riesgos.</p> <p><u>Tráfico y seguridad en las vías (N=13):</u></p> <p>- <i>Legalización del uso de MM:</i> tres estudios encontraron un incremento en la prevalencia de accidentes asociados a consumo de cannabis por los conductores luego de la legalización, sin embargo, uno de ellos no encontró que fuese un factor significativo para accidentes fatales al analizar datos entre 1993 y 2014 en EE. UU. Se encontró que los hombres, jóvenes, con bajos ingresos y de menor nivel educativo tenían mayor probabilidad de manejar bajo el efecto de la marihuana y manejar luego de usar marihuana fue más prevalente en estados con legalización que en aquellos que no han legalizado. Esto se correlaciona con los resultados de otro estudio que analizó datos nacionales entre 2012 y 2013. En contraposición, otra investigación no mostró evidencia que los conductores de estados con legalización de MM y MR tuvieran mayores probabilidades de manejar bajo su efecto comparado con estados que no. Esto se correlaciona con lo encontrado por Neavyn et al. (2014). Asimismo, Anderson et al. (2013) reportaron que antes y después de la legalización de la MM no cambiaron las tasas de muertes por accidentes de tráfico, inclusive disminuyeron más rápido en los estados que la legalizaron. Un estudio en Arizona encontró un incremento en la proporción de pacientes en accidentes de tráfico positivos para cannabis mientras manejaban comparando el periodo pre y posimplementación de la legalización de MM. Sin embargo, otro mostró que el consumo de alcohol mientras se maneja permaneció como una más prevalente y mayor amenaza para la seguridad de las vías en este estado.</p> <p>- <i>Legalización del uso de MR:</i> evaluado en 5 estudios. Al comparar Washington y Colorado con otros 8 estados similares en patrones de tráfico que no han legalizado la MR no se encontraron diferencias en accidentes de tráfico fatales. Esto se correlaciona con un estudio que uso un control sintético para el estado de Colorado sin incremento significativo en el mismo desenlace. Por otra parte, una investigación informó un 15% de incremento relativo de colisiones fatales de vehículos y 16% de incremento de muertes asociadas a la legalización de MR. Sin embargo, es importante que los estudios evaluando estos desenlaces asociados a la MR tengan en cuenta el turismo de cannabis y la densidad de dispensarios.</p> <p><u>Cambios del comportamiento (N=4):</u> dos estudios evaluaron las leyes de uso de marihuana sobre el suicidio y la actividad sexual. Baggio et al. (2020) estudiaron cambios en actividad sexual, uso de anticonceptivos y tasas de nacimiento y encontraron un incremento en la actividad sexual. Petrova and Gray (2021) examinaron los efectos de la legalización de MM en los desenlaces del nacimiento y encontraron un ligero incremento en el peso al nacer sin impacto en el periodo de gestación o los puntajes de Apgar. Anderson et al. (2014) estudiaron la asociación entre MM y suicidios y encontraron luego, de ajustar por confusores como edad y género, una reducción del 10,8% en tasas de suicidio entre hombre de 20 a 29 años y de 9,4 en hombres entre 30 y 39 años, luego de la aprobación de leyes de MM. Un estudio investigó la relación de la legalización de MM y las muertes relacionadas a causas cardiovasculares y encontró un incremento en ambos sexos.</p>		

Anexo 4. Revisiones basadas en evidencia y otros estudios relevantes para las consideraciones de implementación: facilitadores, barreras y estrategias de implementación

Tipo de estudio Autor, año	Objetivo del estudio	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda/ publicación	Calidad Instrumento
Revisión narrativa Belouin et al., 2022 (132)	Discutir el uso histórico de medicamentos psicodélicos, la evidencia empírica y las consideraciones políticas asociadas a su uso.	Si bien los datos indican que los psicodélicos son en gran medida seguros y bien tolerados cuando se usan en entornos apropiados, tienen un potencial riesgos graves.	2022	No aplica
Revisión narrativa Tupper, 2008 (172)	Explorar las implicaciones filosóficas y políticas del uso contemporáneo de la ayahuasca, su construcción social como medicina, sacramento y "maestro vegetal" y la reducción de daños con respecto a su uso.	Facilitadores: La intención de inclusión de las nuevas políticas basadas en reducción de daños	24/05/2006	No aplica
Guía International Drug Policy Consortium (IDPC) (114)	Proporcionar detalles sobre enmiendas pertinentes a las Regulaciones de Bienes Terapéuticos (1990) para agilizar el proceso de solicitud de medicamentos que se consideran tener un historial establecido de uso.	Estrategias de implementación: La guía esboza temas claves relacionados con la salud pública, desde la clasificación de sustancias y el acceso a medicamentos esenciales hasta la prevención de las drogas, reducción de daños y servicios de tratamiento. Propone un enfoque del control de drogas orientado al desarrollo que contemple: 1) Un análisis exhaustivo de las leyes y políticas en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, para asegurar que la fiscalización de drogas sea abordada de una manera holística, incluyendo factores sociales y políticos propios de los territorios, no solo centrada en el comercio de drogas. 2) Orientar las políticas de drogas para reducir las externalidades negativas asociadas al mercado de drogas, como la inseguridad, la corrupción, la violencia o los daños a la salud. 3) Replantear las políticas que buscan la erradicación forzada de cultivos ilícitos. 4) Eliminar las sanciones penales a consumidores y pequeños agricultores que participan en el cultivo de plantas ilícitas, asegurando la proporcionalidad en las penas para delitos relacionados con drogas. 5) Implicar a las comunidades locales en el diseño, ejecución, monitoreo y evaluación en las políticas de control de cultivos ilícitos. 6) Avanzar en modelos regulatorios para el cultivo de coca, amapola y cannabis que respeten los usos culturales, tradicionales y lícitos de estas plantas.	2016	No reportados

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de estudio Autor, año	Objetivo del estudio	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda/ publicación	Calidad Instrumento
		<p>7) Involucrar a las comunidades indígenas en el diseño e implementación de cualquier acción o política de drogas que les afecte.</p> <p>8) Reconocer el carácter cultural, ancestral e histórico, además de los potenciales beneficios, que tienen algunas plantas catalogadas en las Listas de sustancias peligrosas sujetas a control internacional. Reconocer el carácter cultural, ancestral e histórico, además de los potenciales beneficios, que tienen algunas plantas catalogadas en las Listas de sustancias peligrosas sujetas a control internacional.</p>		
<p>Reporte informe de organización</p> <p>Drugs and Democracy Programme -The Netherlands</p> <p>Metaal et al., 2006 (173)</p>	<p>Reportar los efectos positivos que tiene la hoja de coca en base a estudios realizados y su impacto en las comunidades indígenas de ciertos países.</p>	<p>Barreras:</p> <p>-En las últimas décadas, la hoja de coca ha sido sistemáticamente demonizada sobre la base de opiniones infundadas que conducían a generalizaciones. La mayor parte de la información proporcionada sobre el uso tradicional de la hoja de coca y sus adaptaciones modernas es errónea. Esto ha impedido esclarecer los aspectos positivos de la planta y sus beneficios potenciales para la salud física, mental y social de las personas que la consumen y cultivan.</p> <p>Facilitador:</p> <p>-La coca podría convertirse en un factor de desarrollo económico de los sectores empobrecidos de la sociedad, así como en un elemento para la promoción de la democracia</p>	<p>2006</p>	<p>No aplica</p>
<p>Reporte informe de organización</p> <p>Department of Health and Aged Care (Australia) (174)</p>	<p>Comprender los requisitos reglamentarios para los psiquiatras australianos realizar la prescripción de productos que contienen MDMA y psilocibina</p>	<p>Barreras:</p> <p>-El costo y acceso de la psilocibina con efecto terapéutico, dado que es un medicamento no elegible para cobertura por el sistema de salud y debe ser pagado por paciente.</p> <p>Facilitadores:</p> <p>-El documento da pautas para el uso terapéutico de la psilocibina, cómo se puede acceder, las indicaciones de uso terapéutico y el costo para favorecer la prescripción adecuada.</p>	<p>Junio 2023</p>	<p>No aplica</p>
<p>Reporte informe de organización</p> <p>The Global Commission on Drug Policy (175)</p>	<p>Exponer las limitaciones asociadas a las reformas que pretenden flexibilizar las políticas antidrogas y la evidencia de que tanto funcionan los abordajes convencionales comparados con los novedosos propuestos en algunos países.</p>	<p>Barreras:</p> <p>-Los obstáculos en el camino a la reforma de las políticas de drogas son abrumadores y diversos. Las poderosas burocracias nacionales e internacionales a cargo del control de las drogas son acérrimas defensoras de las políticas del <i>statu quo</i> y rara vez cuestionan la posibilidad de que su rol y sus tácticas puedan hacer más daño que bien. Mientras tanto, los medios de comunicación con frecuencia exhiben una tendencia al sensacionalismo ante cada nueva “alerta de droga” y los políticos normalmente se adhieren a la atractiva retórica de la “tolerancia cero” y a la creación de sociedades “libres de drogas”, en lugar de buscar enfoques informados, basados en la evidencia de lo que funciona</p>	<p>2014</p>	<p>No aplica</p>

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de estudio Autor, año	Objetivo del estudio	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda/ publicación	Calidad Instrumento
<p>Reporte informe de organización</p> <p>ICEERS- International Centre for Ethnobotanical Education, Research and Service (176)</p>	<p>Realizar la retroalimentación sobre el primer borrador de la Recomendación General sobre el uso de psicodélicos.</p>	<p>Barreras:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ciertos países han tomado medidas para prohibir la posesión o viajar con estas sustancias psicodélicas, creando limbo legales en el que las personas están siendo criminalizadas. -Limitaciones para las comunidades indígenas al limitar la incorporación de las sustancias psicodélicas dentro de sus prácticas y conocimientos tradicionales. <p>Facilitadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> -El Foro Permanente de la ONU para las Cuestiones Indígenas ha reconocido "<i>la importancia cultural y médica de la hoja de coca en las regiones andinas y otras regiones indígenas de América del Sur</i>", y que "<i>el mascado de la hoja de coca está específicamente prohibido por la Convención Única de las Naciones Unidas sobre Estupefacientes</i>". -Recomienda que aquellas partes de la Convención relativas al mascado de hoja de coca que sean incompatibles con los derechos de los pueblos indígenas a mantener sus prácticas culturales y sanitarias tradicionales, sean enmendadas y/o derogadas. 	<p>Agosto 4 de 2023</p>	<p>No aplica</p>
<p>Reporte informe de organización</p> <p>The Global Commission on Drugs Policy (177)</p>	<p>Dar recomendaciones sobre enfoques basados en reducción de daño para sustancias psicoactivas.</p>	<p>Facilitadores</p> <ul style="list-style-type: none"> -Los enfoques basados en la reducción de daños aúnan los esfuerzos de los activistas, el personal sanitario, los trabajadores sociales, los investigadores y las personas que consumen drogas. Este tipo de enfoques se ha ganado finalmente la aceptación política en todo el mundo, a pesar de la resistencia ideológica al cambio, profundamente arraigada. -Los lugares de consumo supervisado de las personas que usan drogas, que ayudan a evitar sobredosis mortales y otros problemas de salud, solo están funcionando en Australia y Canadá y en unos pocos países de Europa -Canadá (2017) permitió a sus ciudadanos y residentes adquirir productos de calidad controlada a través de cadenas de suministro legales. El país ha desarrollado amplios servicios de reducción de daños para hacer frente a la aguda crisis de sobredosis relacionada con los opioides, mediante la financiación de emergencia y el apoyo normativo a la recuperación en distintos niveles de gobierno. -Los cinco caminos propuestos por la Comisión Global: Camino 1: Poner la salud y la seguridad de las personas en primer lugar Camino 2: Garantizar el acceso a medicamentos fiscalizados Camino 3: Poner fin a la penalización y el encarcelamiento de los consumidores de drogas 	<p>2021</p>	<p>No aplica</p>

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de estudio Autor, año	Objetivo del estudio	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda/ publicación	Calidad Instrumento
		<p>Camino 4: Volver a centrar la aplicación de la ley en la delincuencia organizada</p> <p>Camino 5: Regular todas las drogas</p> <p>Barreras:</p> <p>-La ONU (2008) reconoció que el régimen internacional de fiscalización de drogas estaba produciendo consecuencias negativas a gran escala, las que consideró “no intencionadas”. -La primera es la existencia del mercado ilegal de drogas, controlado y administrado por organizaciones delictivas que recurren a la violencia para definir territorios, contrarrestar la actividad de las fuerzas del orden, exigir lealtad y castigar las traiciones.</p> <p>-A medida que las drogas psicodélicas (hongos psilocibios) se vayan sometiendo a rigurosos ensayos de investigación, los debates sobre su regulación serán cada vez más intensos</p>		
<p>Reporte informe de organización</p> <p>International Drug Policy Consortium (178)</p>	<p>Debatir sobre el papel de la salud dentro del debate mundial sobre políticas de drogas.</p>	<p>Barreras:</p> <p>-Hay una continua falta de voluntad por parte de la OMS para reclamar un mayor papel en la política de drogas puede deberse, al menos en parte, a la reticencia de algunos países miembros a que la agencia asuma dicho papel y traslade el foco de atención de la justicia penal a la salud y los derechos humanos.</p>	<p>2019</p>	<p>No aplica</p>
<p>Reporte informe de organización</p> <p>Zuleta González et al., 2020 (129)</p>	<p>Documentar las políticas de salud pública y que la han afectado en Colombia respecto al consumo de sustancias psicoactivas</p>	<p>Barreras:</p> <p>-Aún existe en el país una corriente prohibicionista en relación con el consumo de drogas que ha limitado la implementación de políticas de reducción de daños y la atención en salud de las personas con problemas de adicciones a drogas.</p> <p>Facilitadores:</p> <p>-La atención clínica de los TUS dentro del POS desde el 2012. La (Ley 1566 de 2012). La Sentencia T-043 (2015) de la Corte Constitucional indicó que el tratamiento integral brindado por los programas de salud debía: ser respetuoso con los consumidores; asegurar la confidencialidad y el buen trato de estos; promover la autonomía del paciente y su decisión de entrar y permanecer en un tratamiento de salud; ser accesible y estar disponible para todos los consumidores.</p> <p>-La Corte estableció que la dosis de uso personal no se penalizaba (Acto Legislativo 02 de 2009). En 2016 estableció el criterio que determina en qué momento es legal el porte de la dosis personal</p> <p>-En 2016 también se estableció el marco regulatorio para el consumo de <i>Cannabis sativa</i> con fines medicinales.</p>	<p>16/05/2020</p>	<p>No aplica</p>

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de estudio Autor, año	Objetivo del estudio	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda/ publicación	Calidad Instrumento
<p>Reporte informe de organización</p> <p>UN. Thai programme for drug abuse control in Thailand - A report on phase I: February 1972-June 1979 (179)</p>	<p>Describir los principales logros del programa piloto UN/Thai para el control del abuso de drogas que se llevó a cabo durante los años 1972-1979.</p>	<p>Barreras:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Falta de recursos económicos para el sostenimiento de los programas. -Dificultad para la aceptación por parte de las comunidades de las aldeas de la atención prestada dentro de los programas. <p>Facilitadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Uso de alternativas para como clínicas móviles de hospitales grandes para lograr llevar atención en salud para la drogodependencia a comunidades alejadas Entrenamiento de los voluntarios en salud de las villas. 	<p>Enero de 1979</p>	<p>No aplica</p>
<p>Estudio primario</p> <p>Wang et al., 2018</p>	<p>Evaluar el impacto de la legalización de la marihuana en las visitas de adolescentes al servicio de urgencias en un sistema hospitalario infantil de atención terciaria en Colorado.</p>	<p>Estrategias de implementación:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dado el aumento en la prevalencia de enfermedades psiquiátricas y el consumo de drogas entre los adolescentes que acuden al servicio de urgencias luego de la legalización del uso de marihuana es necesaria la implementación de una estrategia integral dirigida a fortalecer los programas de educación y prevención, en particular a aquellos adolescentes con enfermedades psiquiátricas concomitantes y adicción a psicoactivos. 	<p>2018</p>	<p>7/9</p>
<p>Revisión sistemática</p> <p>Kitchen et al., 2022 (139)</p>	<p>Identificar las políticas existentes o pendientes, indicando la posición nacional en términos de uso recreativo y medicinal del cannabis, y resumir publicaciones que aborden los impactos relacionados en África.</p>	<p>Facilitadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> -La implementación de disposiciones específicas para el cannabis medicinal en varios países africanos facilita el acceso a tratamientos beneficiosos para los pacientes y puede sentar las bases para regulaciones más amplias. -La despenalización y legalización parcial del uso personal y el cultivo privado en algunos países africanos como Sudáfrica, Ghana y Seychelles demuestran que es posible adoptar enfoques más flexibles. - La investigación sobre los impactos de las políticas de drogas y el consumo de cannabis proporciona datos sólidos para respaldar cambios en las políticas y promover un enfoque basado en la evidencia. <p>Barreras:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En algunos países, la legislación no proporciona pautas claras sobre el tratamiento de usuarios de drogas condenados, lo que crea incertidumbre y limita la implementación efectiva de alternativas a la prisión. - En algunos países, las regulaciones en la legislación penal han establecido precedentes para criminalizar a los usuarios de drogas en lugar de enfocarse en manejos terapéuticos y de salud pública. La limitada aplicación de alternativas a la prisión, como multas y tratamiento, detenciones prolongadas, puede resultar en una carga adicional para los sistemas penitenciarios y dificultades para su 	<p>Junio de 2022</p>	<p>Baja</p> <p>Amstar II</p>

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Tipo de estudio Autor, año	Objetivo del estudio	Hallazgos clave	Fecha de última búsqueda/ publicación	Calidad Instrumento
		<p>reintegración en la sociedad debido a la falta de programas de rehabilitación y apoyo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La falta de instalaciones de tratamiento, educación y rehabilitación adecuadas y suficientemente financiadas en varios países como Sierra Leona y Liberia dificulta la rehabilitación efectiva de los infractores. - Las políticas relacionadas con el cannabis en muchos países africanos están influenciadas por los convenios internacionales de drogas de la ONU, lo que dificulta la implementación de políticas divergentes. - La mayoría de los países carece de organismos independientes encargados de la implementación de políticas y la recopilación de datos, lo que afecta la eficacia en la aplicación de las leyes y la evaluación de resultados. - La presión de la comunidad internacional y la financiación de programas de erradicación por parte de países extranjeros pueden limitar la capacidad de los países africanos para establecer políticas de cannabis independientes. 		
<p>Revisión sistemática French et al. (140)</p>	<p>Evaluar los costos y desenlaces de las leyes para legalización de la marihuana. Provee una recopilación de la literatura relevante y una evaluación comprensiva a la que pueden acceder los oficiales elegidos, tomadores de decisiones, empleadores educadores, profesionales de la salud y potenciales consumidores.</p>	<p>Facilitadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En cuanto al aumento de accidentes de tránsito con pacientes bajo el efecto del cannabis posterior a la legalización, la revisión sistemática encontró que es necesario implementar programas educativos de seguridad vial sobre el manejo de vehículos automotores bajo el uso de cannabis y con esto disminuir el consumo durante este tipo de actividades. <p>Barreras:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un estudio encontró que los profesionales de la salud en estados donde se legalizó la MM tenían reservas para apoyar la ley y percibían altos riesgos asociado a su uso, aunque desconocían en su mayoría los riesgos en salud asociados a la marihuana y no sentían confianza al hablar con los pacientes sobre los beneficios y riesgos. 	<p>Noviembre 28 de 2021</p>	<p>Baja Amstar II</p>
<p>Cuasiexperimental Toumbourou et al. (144)</p>	<p>Reportar la evaluación de los efectos de la implementación del programa preventivo "Comunidades a las que les importa- Communities That Care (CTC)" para reducir el consumo de alcohol y sustancias relacionadas (principalmente cannabis y cigarrillo) en los adolescentes de las primeras cuatro comunidades australianas que completaron el proceso.</p>	<p>Facilitadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apoyar las coaliciones comunitarias para adoptar intervenciones en la evidencia parece un medio factible para que los psicólogos clínicos mejoren la salud de la población de adolescentes y prevenir problemas de salud crónicos a lo largo de la vida. 	<p>Febrero 3 de 2019</p>	<p>8/8 Herramienta evaluación de la calidad JBI (corte trasversal analítico)</p>

Anexo 5. Búsqueda de la evidencia

Opción 1

Pubmed	Hits	Fecha
<p>((("Coca"[MeSH Terms] OR "Coca"[Title/Abstract] OR "Erythroxylo[n]"[Title/Abstract] OR "E-coca"[Title/Abstract] OR "Erythroxylo[n]"[Title/Abstract] OR "Erythroxylo[n]"[Title/Abstract] OR "Papaver"[MeSH Terms] OR "Papaver"[Title/Abstract] OR "poppy"[Title/Abstract] OR "Banisteriopsis"[MeSH Terms] OR "Banisteriopsis"[Title/Abstract] OR "Ayahuasca"[Title/Abstract] OR "yaje"[Title/Abstract] OR "Psilocybin"[MeSH Terms] OR "psilocybin*" [Title/Abstract] OR "Agrocycbe"[Title/Abstract] OR "Copelandia"[Title/Abstract] OR "Galerina"[Title/Abstract] OR "Gymnopilus"[Title/Abstract] OR "Hypholoma"[Title/Abstract] OR "Inocybe"[Title/Abstract] OR "Mycena"[Title/Abstract] OR "Panaeolus"[Title/Abstract] OR "Pluteus"[Title/Abstract]) AND ("review"[Publication Type] OR "systematic review"[Filter] OR "review"[Title])) NOT ((("Coca"[MeSH Terms] OR "Coca plant"[Title/Abstract] OR "Erythroxylo[n]"[Title/Abstract] OR "E-coca"[Title/Abstract] OR "Erythroxylo[n]"[Title/Abstract] OR "Erythroxylo[n]"[Title/Abstract] OR "Papaver"[MeSH Terms] OR "Papaver"[Title/Abstract] OR "poppy"[Title/Abstract] OR "Psilocybin"[MeSH Terms] OR "psilocybin*" [Title/Abstract] OR "Agrocycbe"[Title/Abstract] OR "Copelandia"[Title/Abstract] OR "Galerina"[Title/Abstract] OR "Gymnopilus"[Title/Abstract] OR "Hypholoma"[Title/Abstract] OR "Inocybe"[Title/Abstract] OR "Mycena"[Title/Abstract] OR "Panaeolus"[Title/Abstract] OR "Pluteus"[Title/Abstract] OR "Banisteriopsis"[MeSH Terms] OR "Banisteriopsis"[Title/Abstract] OR "Ayahuasca"[Title/Abstract] OR "yaje"[Title/Abstract] OR "cannabinoids"[MeSH Terms] OR "cannabinoids"[Title/Abstract] OR "marijuana"[Title/Abstract] OR "marihuana"[Title/Abstract] OR "cannabis"[Title/Abstract] OR "hashish"[Title/Abstract] OR "hash"[Title/Abstract] OR "bhang"[Title/Abstract] OR "ganja"[Title/Abstract] OR "hemp"[Title/Abstract] OR "charas"[Title/Abstract] OR "tetrahydrocannabinol*" [Title/Abstract] OR "endocannabino*" [Title/Abstract] OR "tetra hydrocannabinol*" [Title/Abstract] OR "THC"[Title/Abstract] OR "CBD"[Title/Abstract]) AND ("health policy"[MeSH Terms] OR "health polic*" [Title/Abstract] OR "public policy"[MeSH Terms] OR "public polic*" [Title/Abstract] OR "policy making"[MeSH Terms] OR "policy making"[Title/Abstract] OR "making polic*" [Title/Abstract] OR "health planning"[MeSH Terms] OR "health planning"[Title/Abstract] OR "policy"[MeSH Terms] OR "Health Services"[MeSH Terms] OR "Health Services"[Title/Abstract]) AND ("review"[Publication Type] OR "systematic review"[Filter] OR "review"[Title])) AND "2013/09/08 00:00": "3000/01/01 05:00"[Date - Publication])</p>	<p>Total con duplicados (109)</p> <p>525</p> <p>Total exportado</p> <p>526</p> <p>total exportado</p>	<p>06 de Septiembre de 2023</p>
<p>("hallucinogens"[MeSH Terms] OR "hallucinogen*" [Title/Abstract] OR "psychedelic*" [Title/Abstract] OR "psychotomimetic*" [Title/Abstract]) AND ("review"[Title] OR "systematic review"[Filter]) <i>A esta línea se le restaron los duplicados con el bloque exportado.</i></p>	<p>211</p>	<p>06 de Septiembre de 2023</p>
BVSsalud (Bireme-Lilacs)	Hits	Fecha
<p>(hallucinogens OR psychotropics) AND (db:(("LILACS" OR "IBECs" OR "WPRIM" OR "BINACIS" OR "BDEFN" OR "INDEXPSI" OR "PAHO" OR "CUMED" OR "LIPECS" OR "SES-SP" OR "BBO" OR "BDNPAR" OR "coleccionaSUS") AND type_of_study:(("qualitative_research" OR "guideline" OR "systematic_reviews" OR "evaluation_studies" OR "health_economic_evaluation")))</p> <p>(erythroxylo[n]) AND (db:(("LILACS" OR "IBECs" OR "WPRIM" OR "BINACIS" OR "BDEFN" OR "INDEXPSI" OR "PAHO" OR "CUMED" OR "LIPECS" OR "SES-SP" OR "BBO" OR "BDNPAR" OR "coleccionaSUS") AND type_of_study:(("qualitative_research" OR "guideline" OR "systematic_reviews" OR "evaluation_studies" OR "health_economic_evaluation")))</p> <p>(papaver OR poppy) AND (db:(("WPRIM" OR "BDEFN" OR "BRISA" OR "IBECs" OR "LILACS" OR "HomeoIndex" OR "CUMED" OR "BINACIS") AND type_of_study:(("guideline" OR "qualitative_research" OR "health_technology_assessment")))</p> <p>(psilocybin) AND (db:(("LILACS" OR "IBECs" OR "WPRIM" OR "INDEXPSI" OR "SES-SP") AND type_of_study:(("qualitative_research" OR "systematic_reviews")))</p> <p>(ayahuasca) AND (db:(("LILACS" OR "IBECs" OR "INDEXPSI" OR "MTYCI" OR "BINACIS" OR "LIPECS" OR "HISA" OR "coleccionaSUS") AND type_of_study:(("qualitative_research" OR "guideline" OR "systematic_reviews")))</p>	<p>112</p>	<p>06 de Septiembre de 2023</p>

Opción 1 Cannabis

Pubmed	Hits	Fecha
("agriculture"[MeSH Terms] OR "agricult*"[Title/Abstract] OR "Architecture"[MeSH Terms] OR "Architecture"[Title/Abstract] OR "engineering"[MeSH Terms] OR "engineer*"[Title/Abstract] OR "Industry"[MeSH Terms] OR "manufacturing industry"[MeSH Terms] OR "textiles"[MeSH Terms] OR "textil*"[Title/Abstract] OR "ceramics"[MeSH Terms] OR "ceramic*"[Title/Abstract] OR "Clothing"[Title/Abstract] OR "cloth*"[Title/Abstract] OR "Jewelry"[MeSH Terms] OR "Jewelry"[Title/Abstract] OR "transportation"[MeSH Terms] OR "transport*"[Title/Abstract]) AND ("cannabinoids"[MeSH Terms] OR "cannabinoids"[Title/Abstract] OR "marijuana"[Title/Abstract] OR "marihuana"[Title/Abstract] OR "cannabis"[Title/Abstract] OR "hashish"[Title/Abstract] OR "hash"[Title/Abstract] OR "bhang"[Title/Abstract] OR "ganja"[Title/Abstract] OR "hemp"[Title/Abstract] OR "charas"[Title/Abstract] OR "tetrahydrocannabinol*"[Title/Abstract] OR "endocannabino*"[Title/Abstract] OR "tetra hydrocannabinol*"[Title/Abstract] OR "THC"[Title/Abstract] OR "CBD"[Title/Abstract])	13	05 de Octubre de 2023
Science Direct	Hits	Fecha
Cannabis AND Title, abstract, keywords: ("industrial application" OR "industrial use" OR "industrial production" OR "Manufacturing Industry" OR fabrication OR cosmetics OR textiles OR engineering OR clothing OR cloth OR construction OR agriculture OR "Materials Science" OR) AND (Reviews)	273	05 de Octubre de 2023

Opciones 2 y 3

PubMed	Hits	Fecha
("Coca"[MeSH Terms] OR "Coca plant"[Title/Abstract] OR "Erythroxylo[n]"[Title/Abstract] OR "E-coca"[Title/Abstract] OR "Erythroxylo[n]"[Title/Abstract] OR "Erythroxylo[n]"[Title/Abstract] OR "Papaver"[MeSH Terms] OR "Papaver"[Title/Abstract] OR "poppy"[Title/Abstract] OR "Psilocybin"[MeSH Terms] OR "psilocybin*"[Title/Abstract] OR "Agrocybe"[Title/Abstract] OR "Copelandia"[Title/Abstract] OR "Galerina"[Title/Abstract] OR "Gymnopilus"[Title/Abstract] OR "Hypholoma"[Title/Abstract] OR "Inocybe"[Title/Abstract] OR "Mycena"[Title/Abstract] OR "Panaeolus"[Title/Abstract] OR "Pluteus"[Title/Abstract] OR "Banisteriopsis"[MeSH Terms] OR "Banisteriopsis"[Title/Abstract] OR "Ayahuasca"[Title/Abstract] OR "yaje"[Title/Abstract] OR "cannabinoids"[MeSH Terms] OR "cannabinoids"[Title/Abstract] OR "marijuana"[Title/Abstract] OR "marihuana"[Title/Abstract] OR "cannabis"[Title/Abstract] OR "hashish"[Title/Abstract] OR "hash"[Title/Abstract] OR "bhang"[Title/Abstract] OR "ganja"[Title/Abstract] OR "hemp"[Title/Abstract] OR "charas"[Title/Abstract] OR "tetrahydrocannabinol*"[Title/Abstract] OR "endocannabino*"[Title/Abstract] OR "tetra hydrocannabinol*"[Title/Abstract] OR "THC"[Title/Abstract] OR "CBD"[Title/Abstract]) AND ("health policy"[MeSH Terms] OR "health polic*"[Title/Abstract] OR "public policy"[MeSH Terms] OR "public polic*"[Title/Abstract] OR "policy making"[MeSH Terms] OR "policy making"[Title/Abstract] OR "making polic*"[Title/Abstract] OR "health planning"[MeSH Terms] OR "health planning"[Title/Abstract] OR "policy"[MeSH Terms] OR "Health Services"[MeSH Terms] OR "Health Services"[Title/Abstract]) AND ("review"[Publication Type] OR "systematic review"[Filter] OR "review"[Title])	609 De estas 590 Son de cannabis	14 de Agosto de 2023
("cannabinoids"[MeSH Terms] OR "cannabinoids"[Title/Abstract] OR "marijuana"[Title/Abstract] OR "marihuana"[Title/Abstract] OR "cannabis"[Title/Abstract] OR "hashish"[Title/Abstract] OR "hash"[Title/Abstract] OR "bhang"[Title/Abstract] OR "ganja"[Title/Abstract] OR "hemp"[Title/Abstract] OR "charas"[Title/Abstract] OR "tetrahydrocannabinol*"[Title/Abstract] OR "endocannabino*"[Title/Abstract] OR "tetra hydrocannabinol*"[Title/Abstract] OR "THC"[Title/Abstract] OR "CBD"[Title/Abstract]) AND ("health policy"[MeSH Terms] OR "health polic*"[Title/Abstract] OR "public policy"[MeSH Terms] OR "public polic*"[Title/Abstract] OR "policy making"[MeSH Terms] OR "policy making"[Title/Abstract] OR "making polic*"[Title/Abstract] OR "health planning"[MeSH Terms] OR "health planning"[Title/Abstract] OR "policy"[MeSH Terms] OR "Health Services"[MeSH Terms] OR "Health Services"[Title/Abstract]) AND ("monitor*"[Title] OR "impact*"[Title] OR "evaluac*"[Title] OR "follow"[Title])) NOT (("cannabinoids"[MeSH Terms] OR "cannabinoids"[Title/Abstract] OR "marijuana"[Title/Abstract] OR "marihuana"[Title/Abstract] OR "cannabis"[Title/Abstract] OR "hashish"[Title/Abstract] OR "hash"[Title/Abstract] OR "bhang"[Title/Abstract] OR "ganja"[Title/Abstract] OR "hemp"[Title/Abstract] OR "charas"[Title/Abstract] OR "tetrahydrocannabinol*"[Title/Abstract] OR "endocannabino*"[Title/Abstract] OR "tetra hydrocannabinol*"[Title/Abstract] OR "THC"[Title/Abstract] OR "CBD"[Title/Abstract]) AND ("health policy"[MeSH Terms] OR "health polic*"[Title/Abstract] OR "public policy"[MeSH Terms] OR "public polic*"[Title/Abstract] OR "policy making"[MeSH Terms] OR "policy making"[Title/Abstract] OR "making polic*"[Title/Abstract] OR "health planning"[MeSH Terms] OR "health planning"[Title/Abstract] OR "policy"[MeSH Terms] OR "Health Services"[MeSH Terms] OR "Health Services"[Title/Abstract])	181 Cannabis Policy Impact - Primarios	01 de Septiembre de 2023

making"[MeSH Terms] OR "policy making"[Title/Abstract] OR "making polic*"[Title/Abstract] OR "health planning"[MeSH Terms] OR "health planning"[Title/Abstract] OR "policy"[MeSH Terms] OR "Health Services"[MeSH Terms] OR "Health Services"[Title/Abstract] AND ("monitor*"[Title] OR "impact*"[Title] OR "evaluat*"[Title] OR "follow"[Title]) AND ("review"[Publication Type] OR "systematic review"[Filter] OR "review"[Title])) Filters: in the last 10 years Sort by: Most Recent		
BVSsalud (Bireme-Lilacs)	Hits	Fecha
(hallucinogens OR psychotropic) AND (policies OR policy) AND (db:("LILACS" OR "INDEXPSI" OR "BDEFN" OR "LIPECS" OR "RHS" OR "SES-SP" OR "AIM" OR "CUMED" OR "coleccionaSUS") AND mj:("Health Policy" OR "Mental Health Services" OR "Public Policy" OR "Primary Health Care" OR "Health Services Accessibility" OR "Patient Participation" OR "Quality of Health Care" OR "Child Health Services" OR "Models, Organizational" OR "Government Regulation" OR "Ambulatory Care" OR "Legislation as Topic" OR "Legislation, Drug" OR "National Health Programs")) (coca) AND (policies OR policy) AND (db:("LILACS" OR "IBECS" OR "LIPECS" OR "PAHO" OR "WHOLIS")) (papaver OR poppy) AND (policy OR policies) AND (db:("LILACS" OR "BDEFN" OR "WPRIM")) (psilocybin) AND (mh:(health policies)) OR (policy OR policies) AND (db:("LILACS" OR "IBECS" OR "WPRIM" OR "INDEXPSI" OR "SES-SP")) (ayahuasca) AND (mh:(health policy) OR (ti:(policy)) OR (ti:(policies)) AND (db:("LILACS" OR "IBECS" OR "MTYCI" OR "INDEXPSI" OR "LIPECS" OR "BINACIS" OR "coleccionaSUS"))	79	14 de Agosto de 2023
Epistemonikos	Hits	Fecha
(title:(title:(Psychotropic) OR abstract:(Psychotropic))) OR abstract:(title:(Psychotropic) OR abstract:(Psychotropic))) AND (title:(policy) OR abstract:(policy)) (title:(cannabinoids) OR abstract:(cannabinoids)) AND title:(policy) OR title:(policies) (title:(Ayahuasca) OR abstract:(Ayahuasca)) OR (title:(yaje) OR abstract:(yaje)) AND title:(policy) OR title:(policies) (title:(Psilocybin) OR abstract:(Psilocybin)) AND (title:(policy) OR abstract:(policy)) (title:(Papaver) OR abstract:(Papaver)) OR (title:(Poppy) OR abstract:(Poppy)) (title:(coca) OR abstract:(coca)) AND (title:(policies) OR abstract:(policies))	49	14 de Agosto de 2023
Cochrane Library	Hits	Fecha
0 Cochrane Reviews matching "cocaine" in Title Abstract Keyword AND "policy-making" in Title Abstract Keyword - (Word variations have been searched) 0 Cochrane Reviews matching "Papaver" in Title Abstract Keyword AND policies in Title Abstract Keyword - (Word variations have been searched) 1 Cochrane Review matching poppy in Title Abstract Keyword - (Word variations have been searched) 2 Trials matching Psilocybin in Title Abstract Keyword AND policy in Title Abstract Keyword - (Word variations have been searched) 30 Trials matching "Banisteriopsis" in Title Abstract Keyword - (Word variations have been searched) 49 Trials matching Ayahuasca in Title Abstract Keyword - (Word variations have been searched) 17 Trials matching "cannabinoid" in Title Abstract Keyword AND policy OR policies in Title Abstract Keyword - (Word variations have been searched)	Solo hay Primarios No se exportan	14 de Agosto de 2023

Búsqueda jurisdicciones

WHO IRIS	Hits	Fecha
Psychotropic, Hallucinogen, Coca, Erythroxyton, Papaver, Psilocybin, Banisteriopsis, Ayahuasca, yaje, Cannabinoids AND (Health policy)	7	22 de Agosto de 2023

Internacionales

International Narcotics Control Board (INCB)

[Green List](#) – List of Psychotropic Substances Under International Control

- [Convention on Psychotropic Substances of 1971](#)

Global Commission on Drug Policy: <https://www.globalcommissionondrugs.org/>

Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies ([MAPS](#))

- [Considerations For the Regulation and Decriminalization of Psychedelic Substances](#)
- [Colorado's Proposition 122](#)

Distinctions in Australian MDMA and Psilocybin Policy: [Therapeutic Goods Administration](#)

International Drug Policy Consortium:

- [Submission to CERD: The right to health and the criminalisation of ancestral plants](#)
- [Ayahuasca, global consumption & reported deaths in the media](#)
- [Women coca and poppy growers mobilising for social change](#)

International Center for Ethnobotanical Education, Research and Service (ICEERS):

- Ayahuasca: [Información básica](#), [Origen/Historia](#), [Composición química y dosificación](#), [Efectos](#), [Estatus legal](#), [Prevalencia de uso](#), [Salud y reducción de riesgos](#), [Guía de buenas prácticas](#)
- Hongos psicólibes: [Información básica](#), [Origen/Historia](#), [Composición química y dosificación](#), [Efectos](#), [Estatus legal](#), [Prevalencia de uso](#), [Salud y reducción de riesgos](#)

Chacruna

WHO

- [Access to Medicines and Health Products](#)
- United Nations Office on Drugs and Crime:
 - [an E-Learning tool on "Availability of and Access to Controlled Substances for Medical and Scientific Purposes"](#)
 - [UNODC Global Report on Cocaine 2023](#)
 - [The Global Report on Cocaine 2023](#)
 - [Drogas sintéticas y nuevas sustancias psicoactivas en América Latina y el Caribe 2021](#)
 - Programa Global SMART: https://www.unodc.org/documents/scientific/21-02920_LAC_drug_assessment_Ebook.pdf
 - [Manufacture of narcotic drugs, psychotropic substances and their precursors: 2021](#)
 - [Competent national authorities under the international drug control treaties: 2022](#)
 - [Cocaine: A spectrum of products](#)
 - [The non-medical use of prescription drugs Policy direction issues – 2011](#)
 - [Ensuring balance in national policies on controlled substances: Guidance for availability and accessibility of controlled medicines – 2000](#)
 - National Policy on Narcotic Drugs and Psychotropic substances: [Connecting the Dots . . . Human Rights, Illicit Cultivation and Alternative Development](#)

International Drug Policy Consortium (IDPC): <https://idpc.net/>

- <https://idpc.net/publications/2023/08/comments-to-draft-general-recommendation-n-37-on-racial-discrimination-in-the-enjoyment-of-the>
- Time for a wake-up call: An historical and ethnographic approach to the regulation of plant-based stimulants: <https://idpc.net/publications/2015/02/time-for-a-wake-up-call-an-historical-and-ethnographic-approach-to-the-regulation-of-plant-based-stimulants>

Union Europea y Europa

EU Legislation database. [EUR.Lex](#)

EU. European Drug Report 2023: [Trends and Developments](#)

New psychoactive substances – the current situation in Europe ([European Drug Report 2023](#))

[Cannabis laws in Europe: questions and answers for policymaking](#)

Germany. [Federal Opium Agency](#)

UK. [The National Archives](#):

- <https://www.legislation.gov.uk/ukpga?title=drugs>
- <https://www.legislation.gov.uk/primary+secondary?title=cannabis>
- UK. [Advisory Council on the Misuse of Drugs](#):
 - https://www.gov.uk/search/all?parent=advisory-council-on-the-misuse-of-drugs&level_one_taxon=8124ead8-8ebc-4faf-88ad-dd5cbcc92ba8&content_purpose_supergroup%5B%5D=policy_and_engagement&organisations%5B%5D=advisory-council-on-the-misuse-of-drugs&order=updated-newest
 - Policy paper. [Diversion & illicit supply of medicines](#)
 - Policy paper. [Cocaine powder: review of its prevalence, patterns of use and harm](#)
 - Research and analysis. [Consideration of barriers to research: part 1](#)
 - [Government response to the part 1 report and commission of part 2 work.](#)
 - Corporate report. [Psychoactive Substances Bill: evaluation review](#)
 - Research and analysis. [Review of Psychoactive Substances Act 2016: ACMD contribution](#)
 - Research and analysis. [Novel psychoactive substances report \(2011\)](#)

What are the UK drug laws?: <https://www.drugwise.org.uk/what-are-the-uk-drug-laws/>

- [The Misuse of Drugs Act \(1971\)](#)
- [The Medicines Act \(1968\)](#)
- [The Psychoactive Substances Act \(2016\)](#)
- [The Misuse of Drugs Act \(1971\)](#)
- [The Medicines Act \(1968\)](#)
- [List of the most commonly encountered drugs currently controlled under the misuse of drugs legislation in the UK](#)
- [The Psychoactive Substances Act \(2016\)](#)

UK. United Kingdom. [Misuse of drugs legislation 1971](#)

UK. [Department of Health on Misuse of drugs legislation](#)

- [Misuse of Drugs Act 1971](#)
- [Misuse of Drugs \(Designation\) Order \(Northern Ireland\) 2001 \(SR 2001 No. 431\)](#)
- [Designation Order Amendments](#)
- [The Misuse of Drugs Regulations \(Northern Ireland\) 2002 \(S.R. 2002 No. 2\)](#)
- [Amending SRs to The Misuse of Drugs Regulations \(Northern Ireland\) 2002](#)
- [Guidance for medical practitioners](#)
- [Guidance in primary and secondary care settings](#)
- [The Misuse of Drugs \(Safe Custody\) \(Northern Ireland\) Regulations 1973 \(SR 1973 No. 179\)](#)
- [Exceptions to the safe custody Regulation requirements](#)
- [Exemption certificates](#)
- [Temporary class drug orders](#)

UK. [Psychoactive Substances Act 2016](#)

[Beckley Foundation](#)

- [UK. Roadmaps to Regulation: New Psychoactive Substances](#)
- [Cannabis and the Psychedelics: Reviewing the UN Drug Conventions 2013](#)
- [Licensing and Regulation of the Cannabis Market in England and Wales: A Cost/Benefit Analysis. Report Summary 2013](#)

AMÉRICAS

OPS. Organización Panamericana de la Salud [“La política de drogas y el buen público” – 2012](#)

Canada.

- Special Access Program for drugs: [Guidance document for industry and practitioners](#)
- [Special Access Programme](#)

Canada. Department of Justice:

- [https://www.canada.ca/en/sr/srb/sra.html? charset =UTF-8&idx=10&allq=Psychotropic&exctq=&anyq=&noneq=&fqupdate=&dmn=&fqocct=title_t#wb-land](https://www.canada.ca/en/sr/srb/sra.html?charset=UTF-8&idx=10&allq=Psychotropic&exctq=&anyq=&noneq=&fqupdate=&dmn=&fqocct=title_t#wb-land)
- [Appendix A: Controlled Drugs and Substances Act Scheduled Drugs - Drug Use and Offending](#)

USA. Drug Enforcement Administration

- **The Controlled Substances Act.** <https://www.dea.gov/drug-information/csa>
- [Title 21 United States Code \(USC\) Controlled Substances Act.](#)
- [Alphabetical listing](#) of Controlled Substances
- Controlling Drugs or Other Substances through Formal Scheduling: [Section 201 of the Act \(21U.S.C. §811\)](#).
- [Section 201 \(c\), \[21 U.S.C. § 811 \(c\)\]](#)
- [More information on the Drug Scheduling process](#)

USA. Congress legislative data base: <https://www.congress.gov/>

- <https://www.congress.gov/search?q=%7B%22source%22%3A%22legislation%22%2C%22search%22%3A%22psilocybin%22%7D>
- <https://www.congress.gov/search?q=%7B%22source%22%3A%22legislation%22%2C%22search%22%3A%22papaver%22%7D>
- <https://www.congress.gov/search?q=%7B%22source%22%3A%22legislation%22%2C%22search%22%3A%22poppy%22%2C%22subject%22%3A%22Health%22%7D>
- <https://www.congress.gov/search?q=%7B%22source%22%3A%22legislation%22%2C%22search%22%3A%22psychedelic%22%7D>
- <https://www.congress.gov/search?q=%7B%22source%22%3A%22legislation%22%2C%22search%22%3A%22marijuana%22%2C%22bill-status%22%3A%22law%22%2C%22subject%22%3A%22Health%22%7D>
- <https://www.congress.gov/search?q=%7B%22source%22%3A%22legislation%22%2C%22search%22%3A%22cannabis%22%2C%22bill-status%22%3A%22law%22%7D>

USA. FDA.

- Temporal Trends, Routes of Exposure, and Medical Outcomes Related to Nonmedical Use of Prescription and Illicit Stimulants: [An Analysis of the National Poison Data System from 2001 to 2018](#)

USA. National Institute on Drug Abuse:

- <https://nida.nih.gov/research-topics/cocaine>
- [Cocaine Research Report. What is the scope of cocaine use in the United States?](#)
- [Commonly Used Drugs Charts](#)
- [Ayahuasca](#)
- [Cocaine \(Coke/Crack\)](#)
- [Psilocybin \(Magic Mushrooms/Shrooms\)](#)
- [Psychedelic and Dissociative Drugs](#)

NORML. Legalization. (Listado de legislaciones USA)

- [Alaska Legalization](#)
- [Arizona Legalization](#)
- [California Legalization](#)
- [CNMI Legalization](#)
- [Colorado Legalization](#)
- [Connecticut Legalization](#)
- [Delaware Legalization](#)
- [District of Columbia Legalization](#)
- [Guam Legalization](#)
- [Illinois Legalization](#)
- [Maine Legalization](#)
- [Maryland Legalization](#)
- [Massachusetts Legalization](#)
- [Michigan Legalization](#)
- [Minnesota Legalization](#)
- [Missouri Legalization](#)
- [Montana Legalization](#)
- [Nevada Legalization](#)
- [New Jersey Legalization](#)
- [New Mexico Legalization](#)
- [New York Legalization](#)
- [Oregon Legalization](#)
- [Rhode Island Legalization](#)
- [US Virgin Islands Legalization](#)
- [Vermont Legalization](#)
- [Virginia Legalization](#)
- [Washington Legalization](#)

USA. [Overview of Controlled Substances and Precursor Chemicals:](#)

- [About the Controlled Substances Act](#)
- [Definitions](#)
- [Summary of DEA Schedules I-V](#)
- [Lists of Regulated Substances](#)
- [USC's requirements](#)

Controlled Substances Act of 1970:

- [Title 21 United States Code \(USC\) Controlled Substances Act.](#)
- [California Uniform Controlled Substances Act](#)

Manuals

- [Researcher](#) – *An Informational Outline of the Controlled Substances Act*
- [Chemical Handler](#) – *A Guide to Chemical Control Regulations*
- [Practitioner](#) – *An Informational Outline of the Controlled Substances Act*

USA. Federal proposals for cannabis legalization

- [MORE Act](#)
- [Cannabis Administration and Opportunity \(CAO\) Act](#)
- [States Reform Act](#)
- [Harnessing Opportunities by Pursuing Expungement \(HOPE\) Act](#)

Marijuana Policy Project. [Cannabis Legalization](#)

Overviews of Bills and Laws:

- [Map of State Marijuana Laws](#)
- [Review of State Laws to Regulate Marijuana](#)
- [Summary of Connecticut's S.B. 1201 — An Act Concerning Responsible and Equitable Regulation of Adult-Use Cannabis](#)
- [Canada's Legalization and Regulation Law](#)
- [MPP's Model Bill to Equitably Legalize and Regulate Cannabis](#)
- [Model Legalization Bill Summary](#)
- [Current Marijuana Policy Reform Bills](#)
- [Types of Marijuana Policy Reform Laws](#)

Social Justice and Equity

- [Social Equity Policies in Adult-Use Legalization Laws](#)
- [VIDEO: The Human Toll: How the War on Cannabis Targeted Black America](#)
- [Reimagining Justice: Race, Cannabis, and Policing](#)
- [Key Takeaways from Reimagining Justice: Race, Cannabis, and Policing](#)
- [Fostering Social Justice and Equity While Regulating Cannabis](#)
- [Cannabis Legalization is Criminal Justice Reform](#)
- [Summary of Connecticut's S.B. 1201 — An Act Concerning Responsible and Equitable Regulation of Adult-Use Cannabis](#)
- [Cannabis and Racial Justice](#)
- [Cannabis Prohibition and Racial Justice](#)
- [How the SAFE Banking Act Means Equity](#)
- [Women and Minorities in the Cannabis Industry \(a *Marijuana Business Daily* Report\)](#)
- [A Tale of Two Countries: Racially Targeted Arrests in the Era of Marijuana Reform](#)

California. [Department of Cannabis Control](#):

- [Text of regulations](#)
- [Disciplinary guidelines](#)
- [Beverage and Tincture Guidance](#)
- [Inhaled Products Guidance](#)
- [Summary of Certificate of Compliance](#)

USA. California. [SB-519 Controlled substances: study of decriminalization of certain hallucinogenic substances](#):

USA. Oregon. [Cannabis](#):

- [Oregon Medical Marijuana Act](#)
 - [Oregon Medical Marijuana Program](#)
 - [Measure 91](#)
- [Chacruna Latinoamérica](#)

MEXICO

- [El Programa de Política de Drogas \(PPD\) del Centro de Investigación y Docencia Económicas \(CIDE\)](#)
- [Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios](#)
- [Sociedad Mexicana de la Psilocibina \(iniciativa civil-privada por la legalización\)](#)
- [Parlamento Abierto Psilocibina \(iniciativa de senadora mexicana por la legalización\)](#)
- [Programa "Foro Intercultural de Medicina Enteógena"](#)

CHILE

MinSalud. Instituto de Salud Pública. [Plantas y Hongos con Actividad Psicoactiva](#)

- [Amapola silvestre](#)
- [Ayahuasca](#)
- [Coca](#)
- [Marihuana](#)
- [Psilocybe cubensis-](#)

MinSalud. Instituto de Salud Pública.

- [Decreto 405 REGLAMENTO DE PRODUCTOS PSICOTROPICOS](#)

BOLIVIA

[Habeas Coca: Bolivia's community coca control](#)

COLOMBIA

[Memorando al Gobierno Nacional sobre la nueva política de drogas](#)

[Centro de Estudios sobre Seguridad y Drogas - CESED](#)

- [Regulación del cannabis de uso adulto en Colombia: recomendaciones de política. 2023](#)
 - [Atreverse a regular la coca y la cocaína: Lecciones desde las trincheras de la guerra contra las drogas en Colombia. 2023](#)
 - [La Coca Legal: Derechos culturales, recursos genéticos e investigación. 2022](#)
 - [Serie Cannabis Legal | Evolución Normativa de la Industria para Usos Médicos y Científicos en Colombia. 2021](#)
 - [Políticas Públicas en Colombia frente al consumo de sustancias psicoactivas \(SPA\). 2020](#)
 - [LA COCA LEGAL: posibilidades y desafíos normativos para usos fitoterapéuticos de la hoja de coca en Colombia. 2020](#)
- [Drug policy in Colombia: The road to a just regulation. Global Commission on Drug Policy](#)

PERÚ

Ministerio de Salud.

- https://www.gob.pe/institucion/minsa/buscador?contenido=todos&institucion=minsa&sheet=1&sort_by=none&term=psicotropicos
- [Decreto Supremo N.° 010-2005-SA](#)

BRASIL

Internacional sobre Brazil

[Global Initiative for Psychedelic Science Economics \(GIPSE\)](#)

[ICEERS Brasil](#)

- [General situation](#) | [International law](#) | [National drug legislation](#) | [Cases](#) | [Relevant documents](#)
- [Fax INCB 2001 Netherlands](#)
- [INCB letter ICEERS](#)
- [Hoasca 1971 Convention Legal Brief](#)
- [INCB Annual Report 2010](#)
- [INCB Annual Report 2012](#)
- [UN Declaration on the Rights of Indigenous Peoples](#)
- [TNI/ICEERS Ayahuasca Policy Report](#)
- [ICEERS Technical Report on Ayahuasca](#)
- [Plantaforma Ayahuasca Report Spain \(Spanish\)](#)
- [Declaration of Principles of the Religious Groups who consume the Tea Hoasca](#)

Organización de los Estados Americanos (OEA). Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD)

- [CICAD's Model Regulations for the Control of Chemical Substances used in the Illicit Manufacture of Narcotic Drugs and Psychotropic Substances](#)
 - [Information Bulletin on High-Concentration Cannabis and Synthetic Cannabis](#)
 - [August, 2023](#)
- [Coca yes, cocaine, no? Legal options for the coca leaf Transnational Institute](#)

Artículos o monografías identificados manualmente

- Labate BC, Feeney K. [Ayahuasca and the process of regulation in Brazil and internationally: implications and challenges](#). Int J Drug Policy. 2012 Mar;23(2):154-61. doi: 10.1016/j.drugpo.2011.06.006. PMID: 21856141.
- [Ayahuasca—From Dangerous Drug to National Heritage: An Interview with Antonio A. Arantes](#).
- Anderson BT, Labate BC, Meyer M, Tupper KW, Barbosa PC, Grob CS, Dawson A, McKenna D. [Statement on ayahuasca](#). Int J Drug Policy. 2012 May;23(3):173-5. doi: 10.1016/j.drugpo.2012.02.007. Epub 2012 Mar 27. PMID: 22459485.
- dos Santos RG, Bouso JC, Rocha JM, Rossi GN, Hallak JE. [The Use of Classic Hallucinogens/Psychedelics in a Therapeutic Context: Healthcare Policy Opportunities and Challenges](#). Risk Manag Healthc Policy. 2021;14:901-910
- Ribeiro M, Perrenoud LO, Duailibi S, Duailibi LB, Madruga C, Marques ACPR, Laranjeira R. [The Brazilian drug policy situation: the public health approach based on research undertaken in a developing country](#). Public Health Reviews. 2014;35: epub ahead of print.
- Maia, L.O., Daldegan-Bueno, D. & Fischer, B. [Opioid use, regulation, and harms in Brazil: a comprehensive narrative overview of available data and indicators](#). Subst Abuse Treat Prev Policy 16, 12 (2021).
- BETWEEN PROHIBITIONISM AND RELIGIOUS FREEDOM: [The Legal Disputes Concerning an Ayahuasca Church and the United States Government](#)¹
- Book Chapter. [Bubbling with Controversy: Legal Challenges for Ceremonial Ayahuasca Circles in the United States](#)

Reportes de organizaciones

[The Case of Brazil: After Ayahuasca, Ibogaine Opens Up Opportunity for First-Class Research in the Global South](#)

Brazil. **Política Nacional Sobre Drogas**

Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

- [Lei n. 11.343/2006](#)
- [Decreto n. 5.912/2006](#)
- [Lei n. 11.754](#)
- [Decreto n. 10.785](#)
- [Decreto n. 9.761/2019](#)

Brazilian Controlled Drugs and Substances Act

- ANVISA. ["Portaria n.o 344, de 12 de maio de 1998"](#) (PDF). Archived from [the original](#) (PDF) on 12 July 2017. Retrieved 19 July 2017.
- [Anvisa \(2023-07-24\). "RDC Nº 804 - Listas de Substâncias Entorpecentes, Psicotrópicas, Precursoras e Outras sob Controle Especial"](#)
- [\[Collegiate Board Resolution No. 804 - Lists of Narcotic, Psychotropic, Precursor, and Other Substances under Special Control\] \(in Brazilian Portuguese\). Diário Oficial da União \(published 2023-07-25\). Archived](#)

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

SECRETARIA DA SAÚDE COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

- [POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL.](#)

ICARO – the Interdisciplinary Cooperation for Ayahuasca Research and Outreach

- [Interdisciplinary Perspectives of Ayahuasca](#)

[Final Act of the United Nations Opium Conference held at United Nations Headquarters, New York, from U May to 18 June 1953 Protocol for Limiting and Regulating the Cultivation of the Poppy Plant, the Production of, International and Wholesale Trade in, and Use of Opium](#)

[Instituto Phaneros](#)

Ibama. Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis

- <https://www.gov.br/ibama/pt-br>
- <https://www.ibama.gov.br/sophia/>
- [Portaria 4/2001](#)
- <http://www.ibama.gov.br/sophia/cnia/legislacao/IBAMA/PT0004-161001.PDF>

[CDi/FAPESP](#) - Centro de Documentação e Informação da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

- [Sobre acomodações razoáveis: a regulação do uso religioso da ayahuasca no Canadá](#)
- [A construção da religião como patrimônio cultural: a patrimonialização da ayahuasca enquanto problema público](#)
- [Secularismos, Estados Nacionais e políticas de reconhecimento: comparando os processos de regulamentação e as demandas por reconhecimento de grupos ayahuasqueiros no Brasil e nos EUA](#)
- [O uso da ayahuasca como problema público: um contraponto entre os casos do Brasil e dos Estados Unidos](#)
- [Droga, religião e cultura: um mapeamento da controvérsia pública sobre o uso da ayahuasca no Brasil](#)
- [As políticas de circulação da cocaína no Porto de Santos](#)

[Instituto Nacional de Pesquisa de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas](#)

[Brazil. Plano Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas](#)

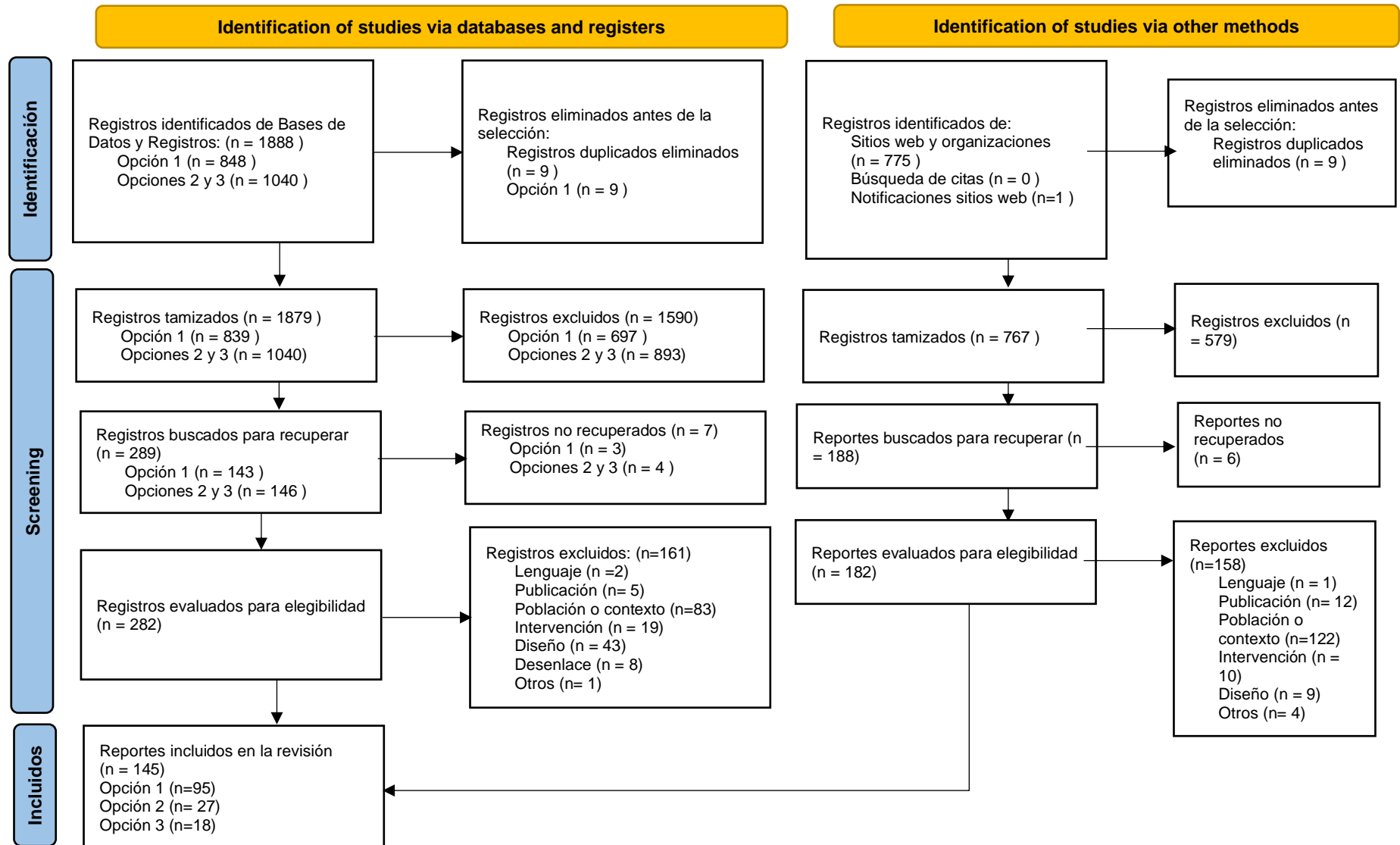
[Fiocruz Repository](#)

- [AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL: UMA ANÁLISE DA CONSTRUÇÃO POLÍTICA DE 1990 A 2015](#)
- [MEDICINAS INDÍGENAS E AS POLÍTICAS DA TRADIÇÃO: ENTRE DISCURSOS OFICIAIS E VOZES INDÍGENAS](#)
- [ESTUDO SOBRE OS DEZ ANOS DE IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS \(PNPMF\) NO BRASIL](#)

Consultadas sin resultados

- [International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use \(ICH\)](#)
- [USA. The Agricultural Marketing Service \(AMS\)](#)
- [Drug Science](#)
- [Bolivia. MinSalud](#)

Anexo 6. Diagrama de PRISMA



From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71. For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

Anexo 7. Herramienta para evaluación de la calidad de revisiones sistemáticas (AMSTAR 2)

Ítem	Descripción	
1	¿En las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyeron los componentes de la pregunta pico?	
	Para Si: - Población - Intervención - Comparador - Desenlace	Opcional (recomendado): - Tiempo de seguimiento
2	¿El reporte de la revisión contenía una declaración explícita de que los métodos usados en la revisión se establecieron antes de su realización (protocolo) y el informe justificaba cualquier desviación significativa del protocolo?	
	Para Si parcial: Los autores afirman que tenían un protocolo o guía por escrito que incluía todos los elementos siguientes: - Pregunta (s) de revisión - Estrategia de búsqueda - Criterios de inclusión/exclusión - Una evaluación de riesgo de sesgos	Para Si: Los necesarios para si parcial, más el protocolo debe estar registrado y especificar: - Un metaanálisis/plan de síntesis, si es apropiado, y - Un plan para investigar las causas de heterogeneidad - Justificaciones de cualquier desviación del protocolo
3	¿Los autores de la revisión explicaron su selección de los diseños de los estudios para su inclusión en la revisión?	
	Para Si, la revisión debe satisfacer uno de los siguientes: - Explicación para la inclusión de solo ensayos clínicos aleatorizados (ECAs) - O explicación para la inclusión de estudios de intervención no aleatorizados (NRSI en inglés) - O explicación para incluir ambos tipos de estudios	
4	¿Los autores de la revisión utilizaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	
	Para Si parcial (todas las siguientes): - Búsqueda en al menos 2 bases de datos (relevantes a la pregunta de investigación) - Provee palabras claves y/o estrategia de búsqueda - Justifica las restricciones en las publicaciones (por ejemplo, lenguaje)	Para Si, debe tener, además (todas las siguientes): - Búsqueda en las listas de referencias/ bibliografías de los estudios incluidos. - Búsqueda en los registros de ensayos/estudios - Incluyó/ consultó contenido con expertos en el campo. - Cuando fue relevante, se hizo búsqueda en la literatura gris. - Se condujo la búsqueda dentro de los 24 meses de completar la revisión
5	¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	
	Para Si, cualquiera de los siguientes: - Al menos dos revisores acordaron de forma independiente la selección de los estudios elegibles y lograron un consenso sobre qué estudios incluir - O dos revisores seleccionaron una muestra de estudios elegibles y lograron un buen acuerdo (al menos el 80%), y el resto fue seleccionado por un revisor.	
6	¿Los revisores realizaron la extracción de datos por duplicado?	
	Para Sí, cualquiera de los siguientes: - Al menos dos revisores lograron consenso sobre qué datos extraer de los estudios incluidos - O dos revisores extrajeron datos de una muestra de estudios elegibles y lograron un buen acuerdo (al menos el 80%), y un revisor extrajo el resto.	
7	¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?	

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

	<p>Para Si parcial:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionó una lista de todos los estudios potencialmente relevantes que se leyeron en texto completo pero que se excluyeron de la revisión 	<p>Para Si, debe tener, además:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Justificó la exclusión de la revisión de cada estudio potencialmente relevante
8	<p>¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?</p> <p>Para Si parcial (todas las siguientes):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Describió poblaciones - Describió intervenciones - Describió comparadores - Describió resultados - Describió diseños de investigación 	<p>Para Si, debe tener, además (todas las siguientes):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Describió la población en detalle - Describió la intervención en detalle (incluidas las dosis cuando sea pertinente) - Describió el comparador en detalle (incluidas las dosis cuando sea pertinente) - Describió el entorno del estudio - Describió plazo para el seguimiento
9	<p>¿Los autores de la revisión utilizaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo (RoB) en los estudios individuales que se incluyeron en la revisión?</p> <p>ECAs</p> <p>Para Si parcial, debe haber evaluado RoB para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asignación no oculta, y - Falta de cegamiento de los pacientes y evaluadores al valorar los resultados (innecesario para resultados objetivos como la mortalidad por todas las causas) <p>NRSI</p> <p>Para Si parcial, debe haber evaluado RoB:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para confusores, y - Para riesgos de selección 	<p>ECAs</p> <p>Para Si, debe haber evaluado RoB para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Secuencia de asignación que no fue verdaderamente aleatoria, y - Selección del resultado informado de entre múltiples mediciones o análisis de un resultado específico <p>NRSI</p> <p>Para Si, debe haber evaluado RoB:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Métodos utilizados para determinar exposiciones y resultados, y - Selección del resultado informado de entre múltiples mediciones o análisis de un resultado específico
10	<p>¿ Los autores de la revisión informaron sobre las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?</p> <p>Para Si:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Debe haber informado sobre las fuentes de financiación de los estudios individuales incluidos en la revisión. o <i>Nota:</i> Informar que los revisores buscaron esta información pero que no fue informada por los autores del estudio también califica 	
11	<p>Si se realizó un metaanálisis, ¿los revisores utilizaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?</p> <p>ECAs, para SI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los autores justificaron la combinación de los datos en un metaanálisis • Y utilizaron una técnica ponderada adecuada para combinar los resultados del estudio y ajustarlos por heterogeneidad si existía. • E investigó las causas de cualquier heterogeneidad <p>NRSI, para Si:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los autores justificaron combinar los datos en un metaanálisis • Y utilizaron una técnica ponderada adecuada para combinar los resultados del estudio, ajustando la heterogeneidad si estaba presente • Y combinaron estadísticamente estimaciones de efectos de NRSI que se ajustaron por confusión en lugar de combinar datos brutos, O justificaron combinar datos brutos cuando las estimaciones de efectos ajustados no estaban disponibles • Y reportaron estimaciones resumidas separadas para ECAs y NRSI por separado cuando ambos se incluyeron en la revisión 	
12	<p>Si se realizó un metaanálisis, ¿evaluaron los revisores el impacto potencial de la RoB en los estudios individuales sobre los resultados del metaanálisis u otra síntesis de evidencia?</p> <p>Para Si:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Incluyó solo ECA con bajo riesgo de sesgo 3. O, si la estimación combinada se basó en ECA y/o NRSI en la variable RoB, los autores realizaron análisis para investigar el posible impacto de RoB en las estimaciones resumidas del efecto. 	
13	<p>¿Los autores de la revisión tuvieron en cuenta el RoB en los estudios individuales al interpretar / discutir los resultados de la revisión?</p>	

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

	<p>Para Si:</p> <ul style="list-style-type: none"> - incluyó solo ECA con bajo riesgo de sesgo - O, si se incluyeron ECA con RoB moderado o alto, o NRSI, la revisión proporcionó una discusión sobre el impacto probable de RoB en los resultados
14	<p>¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y un análisis de cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?</p> <p>Para Si:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hubo heterogeneidad significativa en los resultados - O si hubo heterogeneidad, los autores realizaron una investigación de las fuentes de cualquier heterogeneidad en los resultados y discutieron el impacto de esto en los resultados de la revisión.
15	<p>Si realizaron una síntesis cuantitativa, ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una investigación adecuada del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su posible impacto en los resultados de la revisión?</p> <p>Para Si:</p> <ul style="list-style-type: none"> - realizó pruebas gráficas o estadísticas para el sesgo de publicación y discutió la probabilidad y la magnitud del impacto del sesgo de publicación
16	<p>¿Los autores de la revisión informaron sobre posibles fuentes de conflicto de intereses, incluida la financiación que recibieron para realizar la revisión?</p> <p>Para Si:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los autores informaron que no hay intereses en competencia O - Los autores describieron sus fuentes de financiación y cómo gestionaron posibles conflictos de intereses.
Calificación global de la calidad	

Nota: Traducción libre realizada por miembros de la Unidad de Evidencia y Deliberación para la toma de Decisiones (UNED), Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

*El AMSTAR 2 califica la calidad de acuerdo a unos dominios críticos: 1) protocolo registrado antes de la revisión (ítem 2); 2) adecuada búsqueda de la literatura (ítem 4); 3) riesgo de sesgos de los estudios individuales incluidos (ítem 9); 4) métodos meta-analíticos apropiados (ítem 11); 5) consideración de riesgo de sesgos en la interpretación de hallazgos de la revisión (ítem 13); 6) consideración de la presencia e impacto probable de sesgos de publicación (ítem 15). El ítem 7 justificación de los estudios excluidos, no fue considerado para esta revisión como un dominio crítico. Así asigna la calificación como: **Alta** cuando no hay ninguna debilidad crítica y hasta una no crítica (la RS proporciona un resumen exacto y completo de los resultados de los estudios disponibles); **Media** no hay ninguna debilidad crítica y más de una debilidad no crítica (aunque si son muchas podría justificarse una baja confianza) la RS tiene debilidades, pero no hay defectos críticos, pudiendo proporcionar un resumen preciso de los resultados de los estudios disponibles); **Baja** tiene hasta una debilidad crítica, con o sin puntos débiles no críticos (la RS puede no proporcionar un resumen exacto y completo de los estudios disponibles); **Críticamente baja** tiene más de una debilidad crítica, con o sin debilidades no críticos (la RS no es confiable*

Resultados de la evaluación de calidad revisiones sistemáticas y de alcance

Artículo	Ítem del AMSTAR evaluado																Calidad	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		
dos Santos, 2016 (38)	Sí	No	Sí	Sí parcial	Sí	Sí	No	Sí parcial	No	No	Sí	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	No	Sí	No se realizó metaanálisis	Sí	Críticamente baja
dos Santos 2, 2016 (86)	Sí	No	No	Sí parcial	Sí	No	No	Sí parcial	NA	NA	Sí	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	NA	NA	No se realizó metaanálisis	Sí	Baja
dos Santos 3, 2016 (101)	Sí	No	Sí	Sí parcial	Sí	No	No	Sí parcial	NA	NA	Sí	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	NA	NA	No se realizó metaanálisis	Sí	Baja
Nunes, 2016 (106)	Sí	No	Sí	No	Sí	No	No	Sí parcial	NA	NA	Sí	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	NA	NA	No se realizó metaanálisis	No	Críticamente baja
Rucker, 2016 (39)	Sí	No	No	Sí parcial	No	No	No	No	No	No	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	No	No	No se realizó metaanálisis	Sí	Críticamente baja
dos Santos, 2017 (89)	Sí	No	Sí	Sí parcial	Sí	No	No	Sí parcial	NA	NA	Sí	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	NA	NA	No se realizó metaanálisis	Sí	Baja
Thomas, 2017 (107)	No	No	No	No	No	No	No	Sí parcial	NA	NA	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	NA	NA	No se realizó metaanálisis	No	Críticamente baja
Bouso, 2018 (90)	Sí	No	No	Sí parcial	Sí	Sí	No	Sí parcial	NA	NA	Sí	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	NA	NA	No se realizó metaanálisis	Sí	Baja
Breet, 2018 (28)	Sí	No	Sí	Sí parcial	Sí	Sí	No	Sí parcial	Solo incluye NRSI	Sí parcial	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	Sí	No	No se realizó metaanálisis	Sí	Baja
dos Santos, 2018 (40)	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Solo incluye ECAs	Sí	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	Sí	Sí	No se realizó metaanálisis	Sí	Críticamente baja
Jungaberle, 2018 (41)	Sí	No	Sí	Sí parcial	No	No	No	Sí parcial	No	No	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	No	No	No se realizó metaanálisis	No	Críticamente baja
Reiche, 2018 (91)	Sí	No	Sí	Sí parcial	Sí	Sí	Sí parcial	Sí parcial	NA	NA	Sí	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	NA		No se realizó metaanálisis	Sí	Baja
Ross, 2018 (42)	Sí	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	No	No	No se realizó metaanálisis	Sí	Críticamente baja
Begola, 2019 (43)	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Sí	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	No	No	No se realizó metaanálisis	No	Críticamente baja
Cao, 2019 (44)	Sí	No	Sí	Sí parcial	No	No	No	Sí parcial	Solo incluye NRSI	No	Sí	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	No	Sí	No se realizó metaanálisis	Sí	Críticamente baja
Rocha, 2019 (45)	Sí	No	No	Sí parcial	Sí	No	Sí	Sí	No	No	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	No	Sí	No se realizó metaanálisis	Sí	Críticamente baja
Trope, 2019 (92)	No	No	No	Sí parcial	No	No	No	Sí parcial	NA	NA	Sí	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	NA	NA	No se realizó metaanálisis	No	Baja
Aday, 2020 (80)	Sí	No	Sí	No	No	No	No	Sí	No	Solo incluye ECAs	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	No	No	No se realizó metaanálisis	Sí	Críticamente baja

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Andersen, 2020 (47)	Sí	No	Sí	No	Sí	No	No	Sí	No	Solo incluye ECAs	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	No	Sí	No se realizó metaanálisis	No	Críticamente baja
Breeksema, 2020 (36)	Sí	No	No	Sí parcial	No	No	Sí	Sí	Solo incluye NRSI	Sí	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	Sí	Sí	No se realizó metaanálisis	Sí	Baja
Goldberg, 2020 (26)	Sí	Sí	Sí	Sí parcial	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Solo incluye ECAs	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Moderada
Goldberg1, 2020 (25)	Sí	Sí parcial	No	Sí parcial	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Solo incluye ECAs	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No	Moderada
Gómez-Busto, 2020 (87)	No	No	No	Sí parcial	No	No	No	Sí parcial	NA	NA	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	NA	NA	No se realizó metaanálisis	Sí	Baja
Hertenstein, 2020 (48)	Sí	No	Sí	No	No	No	No	Sí	No	No	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	No	No	No se realizó metaanálisis	Sí	Críticamente baja
O'callaghan, 2020 (102)	No	No	No	Sí parcial	Sí	Sí	Sí parcial	Sí	NA	NA	Sí	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	NA	NA	No se realizó metaanálisis	Sí	Baja
Romeo, 2020 (30)	Sí	Sí	No	Sí parcial	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Baja
Vargas, 2020 (31)	Sí	No	Sí	Sí parcial	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Solo incluye ECAs	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
Verstegen, 2020 (93)	No	No	No	Sí parcial	Sí	No	No	Sí parcial	NA	NA	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	NA	NA	No se realizó metaanálisis	Sí	Baja
Weston, 2020 (49)	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	No	No	Sí	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	No	No	No se realizó metaanálisis	No	Críticamente baja
Castro Santos, 2021 (51)	Sí	No	Sí	No	No	No	No	Sí	No	No	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	No	No	No se realizó metaanálisis	Sí	Críticamente baja
Rodrigues, 2021 (84)	Sí	Sí	No	Sí parcial	No	No	No	Sí	NA	NA	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	NA	NA	No se realizó metaanálisis	Sí	Moderada
Aday, 2021 (46)	Sí	No	No	No	Sí	No	No	Sí	No	No	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	No	Sí	No se realizó metaanálisis	Sí	Críticamente baja
Basedow, 2021 (52)	Sí	No	No	Sí parcial	Sí	No	No	No	No	No	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	No	Sí	No se realizó metaanálisis	No	Críticamente baja
Basedow1, 2021 (81)	Sí	No	Sí	Sí parcial	No	Sí	Sí parcial	Sí parcial	Solo incluye NRSI	No	No	No	No	No	Sí	No	Sí	Críticamente baja
Galvão-Coelho, 2021 (23)	Sí	Sí	Sí	Sí parcial	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí parcial	Solo incluye ECAs	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Moderada
Horton, 2021 (27)	Sí	Sí parcial	No	Sí parcial	No	No	No	Sí parcial	NA	NA	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	NA	NA	No se realizó metaanálisis	Sí	Moderada
Houle, 2021 (94)	Sí	No	Sí	Sí parcial	Sí	Sí	No	Sí	NA	NA	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	NA	NA	No se realizó metaanálisis	Sí	Baja

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Golden, 2022 (103))	No	No	No	Sí	Sí	No	No	Sí	NA	NA	Sí	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	NA	NA	No se realizó metaanálisis	No	Baja
Ona, 2021 (37)	No	No	Sí	Sí parcial	Sí	No	No	Sí parcial	NA	NA	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	NA	NA	No se realizó metaanálisis	Sí	Baja
Psiuk, 2021 (53)	Sí	No	No	No	No	No	No	Sí	No	No	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	No	No	No se realizó metaanálisis	Sí	Críticamente baja
romeo, 2021 (29))	Sí	Sí parcial	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	No	No	No se realizó metaanálisis	Sí	Baja
Schimmers, 2021 (95)	Sí	No	No	Sí parcial	Sí	No	No	Sí	NA	NA	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	NA	NA	No se realizó metaanálisis	Sí	Baja
Wieckiewicz, 2021 (54)	No	No	No	No	Sí	No	No	Sí	Sí parcial	Sí parcial	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	No	No	No se realizó metaanálisis	Sí	Críticamente baja
Zeifman, 2021 (35)	Sí	Sí	Sí	Sí parcial	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	No	No	No se realizó metaanálisis	Sí	Baja
Mardi, 2022 (55)	Sí	No	No	Sí parcial	No	No	No	No	Solo incluye NRSI	Sí parcial	No	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Críticamente baja
Sarparast, 2022 (56)	Sí	Sí	Sí	Sí parcial	Sí	No	No	Sí parcial	No	No	Sí	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	No	No	No se realizó metaanálisis	Sí	Críticamente baja
Yu, 2022 (13)	Sí	Sí	Sí	Sí parcial	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Solo incluye ECAs	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Alta
Yu, 2022 (22)	Sí	Sí	Sí	Sí parcial	Sí	Sí	No	Sí parcial	Sí parcial	Sí parcial	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Moderada
Bender, 2022 (96)	Sí	No	Sí	Sí parcial	Sí	No	No	Sí	NA	NA	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	NA	NA	No se realizó metaanálisis	Sí	Baja
Breeksema, 2022 (57)	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	No	Sí parcial	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	No	No	No se realizó metaanálisis	No	Críticamente baja
Calleja-Conde, 2022 (58)	Sí	No	Sí	Sí parcial	Sí	No	No	Sí parcial	Sí	Sí	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	No	No	No se realizó metaanálisis	Sí	Críticamente baja
Cavarra, 2022 (59)	No	No	No	Sí parcial	Sí	No	No	Sí	No	No	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	No	No	No se realizó metaanálisis	Sí	Críticamente baja
Doyle, 2022 (104)	Sí	No	Sí	No	Sí	No	No	No	NA	NA	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	NA	NA	No se realizó metaanálisis	Sí	Críticamente baja
Ko, 2022 (21)	Sí	Sí parcial	Sí	Sí parcial	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	Sí	No	No se realizó metaanálisis	Sí	Moderada
Kock, 2022 (97)	Sí	No	No	Sí parcial	Sí	Sí	No	No	NA	NA	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	NA	NA	No se realizó metaanálisis	Sí	Baja
Kuburi, 2022 (60)	Sí	No	Sí	Sí parcial	Sí	No	No	Sí	Sí	Solo incluye ECAs	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	No	No	No se realizó metaanálisis	Sí	Críticamente baja
Leger, 2022 (20)	Sí	Sí	No	Sí parcial	Sí	No	No	Sí parcial	Sí parcial	Sí parcial	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Moderada
Letho, 2022 (82)	Sí	Sí parcial	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	NA	NA	Sí	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	NA	NA	No se realizó metaanálisis	Sí	Alta

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Li, 2022 (19)	Sí	Sí	Sí	Sí parcial	Sí	Sí	No	Sí parcial	Sí parcial	Sí parcial	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Moderada
Maia, 2022 (18)	Sí	Sí	Sí	Sí parcial	Sí	No	No	Sí parcial	Sí parcial	Sí parcial	Sí	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	Sí	No	No se realizó metaanálisis	Sí	Moderada	
Polito, 2022 (24)	Sí	Sí	Sí	Sí parcial	Sí	Sí	No	Sí parcial	Solo incluye NRSI	Sí	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	Sí	Sí	No se realizó metaanálisis	No	Moderada	
Psiuk, 2022 (61)	Sí	Sí parcial	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí	No	Solo incluye ECAs	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	No	No	No se realizó metaanálisis	Sí	Críticamente baja	
Rusanen, 2022 (62)	Sí	No	Sí	No	No	Sí	No	No	Solo incluye NRSI	No	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	Sí	Sí	No se realizó metaanálisis	No	Críticamente baja	
Sakurai, 2022 (105)	Sí	No	No	No	No	No	No	No	NA	NA	Sí	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	NA	NA	No se realizó metaanálisis	No	Críticamente baja	
VanAmsterdam, 2022 (99)	No	No	Sí	Sí parcial	Sí	No	No	Sí	NA	NA	Sí	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	NA	NA	No se realizó metaanálisis	No	Baja	
van der Meer, 2023 (32)	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	Sí	No	No se realizó metaanálisis	Sí	Baja	
Bonnieux, 2023 (98)	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	NA	NA	Sí	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	NA	NA	No se realizó metaanálisis	No	Baja	
Capaldi, 2023 (85)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	NA	NA	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	NA	NA	No se realizó metaanálisis	Sí	Moderada	
Costa, 2023 (83)	No	Sí parcial	No	Sí parcial	No	No	No	Sí parcial	NA	NA	Sí	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	NA	NA	No se realizó metaanálisis	Sí	Moderada	
Crowe, 2023 (63)	Sí	No	Sí	No	Sí	No	No	No	Solo incluye NRSI	Sí	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	No	NA	No se realizó metaanálisis	No	Críticamente baja	
Dawood Hristova, 2023 (64)	Sí	No	No	No	No	No	No	Sí	No	Solo incluye ECAs	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	No	No	No se realizó metaanálisis	Sí	Críticamente baja	
Evens, 2023 (65)	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí parcial	No	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	No	Sí	No se realizó metaanálisis	Sí	Críticamente baja	
Gonçalves, 2023 (66)	No	No	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí parcial	No	No	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	No	No	No se realizó metaanálisis	Sí	Críticamente baja	
Henríquez-Hernández, 2023 (67)	Sí	No	Sí	No	No	No	No	Sí	No	No	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	No	Sí	No se realizó metaanálisis	Sí	Críticamente baja	
Hodge, 2023 (100)	No	No	No	Sí parcial	No	No	No	Sí parcial	NA	NA	Sí	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	NA	NA	No se realizó metaanálisis	Sí	Baja	
Irizarry, 2023 (68)	Sí	No	No	No	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No	No	No	No	No	Sí	Sí	Críticamente baja	
IsHak, 2023 (33)	Sí	Sí parcial	Sí	Sí parcial	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Solo incluye ECAs	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	No	No	No se realizó metaanálisis	Sí	Baja	

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Khan, 2023 (17)	Sí	Sí	No	Sí parcial	Sí	Sí	No	Sí parcial	Sí	Sí	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	Sí	Sí	No se realizó metaanálisis	Sí	Moderada
Kisely, 2023 (14)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Solo incluye ECAs	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Alta
Ko, 2023 (69)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí parcial	No	Sí	Sí	No	No	No	No	Críticamente baja
Ledwos, 2023 (70)	Sí	No	No	No	Sí	No	No	Sí parcial	Solo incluye NRSI	No	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	No	No	No se realizó metaanálisis	No	Críticamente baja
Lee, 2023 (71)	Sí	Sí parcial	No	Sí parcial	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí parcial	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	No	No	No se realizó metaanálisis	Sí	Críticamente baja
Novak, 2023 (74)	Sí	No	No	Sí parcial	Sí	Sí	No	Sí	No	No	Sí	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	No	No	No se realizó metaanálisis	Sí	Críticamente baja
Perez, 2023 (15)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Solo incluye ECAs	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Moderada
Phan, 2023 (72)	Sí	No	Sí	No	Sí	No	No	Sí parcial	Sí parcial	Sí parcial	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	Sí	No	No se realizó metaanálisis	Sí	Críticamente baja
Rosenblat, 2023 (73)	Sí	No	Sí	Sí	No	No	No	Sí	No	No	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	No	No	No se realizó metaanálisis	No	Críticamente baja
Sharma, 2023 (16)	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí parcial	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	Sí	Sí	No se realizó metaanálisis	Sí	Moderada
Sicignano, 2023 (75)	Sí	No	No	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Solo incluye ECAs	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Críticamente baja
Simonsson, 2023 (34)	Sí	Sí	Sí	Sí parcial	Sí	No	No	Sí	Sí	Solo incluye ECAs	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Baja
Wang, 2023 (76)	Sí	Sí parcial	No	Sí parcial	Sí	No	No	Sí	Sí	No	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	No	Sí	No se realizó metaanálisis	Sí	Críticamente baja
White, 2023 (77)	Sí	No	Sí	No	No	No	No	Sí	No	Solo incluye ECAs	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	No	No	No se realizó metaanálisis	Sí	Críticamente baja
Wong, 2023 (88)	Sí	No	Sí	Sí parcial	Sí	Sí	No	Sí parcial	NA	NA	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	NA	NA	No se realizó metaanálisis	Sí	Baja
Muttoni, 2019 (78)	Sí	No	Sí	Sí parcial	Sí	No	No	Sí parcial	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Críticamente baja
Ojo, 2018 (79)	Sí	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí parcial	Solo incluye NRSI	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	Críticamente baja
Kitchen, 2022 (180)	Sí	No	Sí	Sí parcial	Sí	No	No	Sí parcial	NA	NA	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	NA	NA	No se realizó metaanálisis	Sí	Baja
Ross, 2023	Sí	No	No	Sí parcial	No	No	No	No	NA	NA	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	NA	NA	No se realizó metaanálisis	Sí	Baja

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Lipnik-Štangelj, 2020 (181)	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No se realizó metaanálisis	No	Críticamente baja
Bostwick, 2012 (182)	No	No	No	Sí parcial	No	No	No	No	No	No	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	No	No	No	No	Críticamente baja
Bouso, 2022 (133)	No	No	No	Sí parcial	No	No	No	No	No	No	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	No	No	No	No	Críticamente baja
Belouin, 2022 (132)	No	No	No	Sí parcial	No	No	No	No	No	No	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	NA	NA	No se realizó metaanálisis	Sí	Críticamente baja
Tupper, 2008 (172)	No	No	No	Sí parcial	No	No	No	No	NA	NA	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	NA	NA	No se realizó metaanálisis	No	Críticamente baja
Ansari, 2020 (183)	Sí	Sí parcial	No	Sí parcial	Sí	Sí	No	Sí parcial	Solo incluye NRSI	NA	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	NA	NA	No se realizó metaanálisis	Sí	Moderada
French, 2022 (184)	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	NA	NA	No	No se realizó metaanálisis	No se realizó metaanálisis	NA	NA	No se realizó metaanálisis	Sí	Baja

Anexo 8. Herramientas para evaluación de la calidad de estudios primarios del Joanna Briggs Institute (JBI)

Corte trasversal analíticos (JBI)

Autor, año	1. ¿Los criterios de inclusión en la muestra fueron claramente definidos?	2. ¿Fueron los sujetos de estudio y el contexto descritos en detalle?	3. ¿La exposición fue medida de una forma válida y confiable?	4. ¿Se usaron criterios objetivos y estandarizados para medir la condición?	5. ¿Se identificaron factores de confusión?	6. ¿Se usaron estrategias para el control de los factores de confusión identificados?	7. ¿Los desenlaces se midieron de una forma válida y confiable?	8. ¿El análisis estadístico fue apropiado?	Total
Weinberger	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	8/8
Toumbourou	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	8/8
Borodovsky	Si	Si	Si	Si	No claro	No claro	Si	Si	6/8
Maira	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	8/8

Cohorte (JBI)

Autor, año	1. ¿Los dos grupos fueron similares y reclutados de la misma población?	2. ¿Las exposiciones fueron medidas de forma similar para asignar las personas a los grupos expuestos y no expuestos?	3. ¿La exposición se midió en una forma válida y confiable?	4. ¿Se identificaron factores de confusión?	5. ¿Se usaron estrategias para controlar los factores de confusión?	6. ¿Los grupos/participantes estaban libres del desenlace al iniciar el estudio o al momento de la exposición?	7. ¿Fueron los desenlaces medidos de una forma válida y confiable?	8. ¿El tiempo de seguimiento reportado fue de una duración suficiente para que los desenlaces ocurrieran?	9. ¿Se completó el seguimiento? Si no, ¿Las razones de las pérdidas en el seguimiento se describieron y exploraron?	10. ¿Se usaron estrategias para abordar las pérdidas de seguimiento?	11. ¿El análisis estadístico fue apropiado?	Total
Wang	Si	Si	Si	No aplica	No aplica	No claro	Si	Si	Si	No claro	Si	7/9

Evaluaciones económicas (JBI)

Autor, año	1. ¿Hay una pregunta adecuadamente definida?	2. ¿Hay una descripción adecuada y completa de las alternativas?	3. ¿Están identificados los costos y desenlaces relevantes para cada alternativa identificada?	4. ¿La efectividad clínica ha sido demostrada?	5. ¿Los costos y desenlaces se midieron de forma precisa?	6. ¿Tienen credibilidad los valores estimados para los costos y los desenlaces?	7. ¿Se ajustaron los costos y desenlaces de forma diferencial por el tiempo? (tasa de descuento)	8. ¿Hay un análisis incremental de los costos y las consecuencias? (razón de costo-efectividad incremental)	9. ¿Se realizaron análisis de sensibilidad para investigar la incertidumbre en los estimados de los costos o las consecuencias?	10. ¿El estudio incluye todos los temas de interés para los usuarios?	11. ¿Son los resultados generalizables al entorno de interés en la revisión?	Total
Bryan	No claro	Si	Si	No	No claro	No claro	No	Si	No	Si	No claro	4/11

Cuasiexperimentales (estudios experimentales no aleatorizados) (JBI)

Autor, año	1. ¿Está claro en el estudio cuál es la "causa" y cuál es el "efecto" (es decir, no hay confusión sobre qué variable aparece primero)?	2. ¿Fueron similares los participantes incluidos en alguna comparación específica?	3. ¿Se incluyeron los participantes en alguna comparación en la que recibiera un tratamiento/cuidado similar, aparte de la exposición o intervención de interés?	4. ¿Hubo grupo control?	5. ¿Hubo múltiples mediciones del resultado antes y después de la intervención/exposición?	6. Se completó el seguimiento y, de no ser así, se describieron y analizaron adecuadamente las diferencias entre los grupos en cuanto a su seguimiento?	7. ¿Se midieron de la misma manera los resultados de los participantes incluidos en alguna comparación específica?	8. ¿Fueron los desenlaces medidos de una manera confiable?	9. ¿El análisis estadístico utilizado fue apropiado?	Total
Jones	Si	Si	Si	Si	No	No aplica	Si	Si	Si	7/8
Weinberger	Si	Si	Si	Si	Si	No aplica	Si	Si	Si	8/8
Neill Harris	Si	Si	Si	Si	Si	No aplica	Si	Si	Si	8/8
Tolan	Si	Si	No	Si	Si	No claro	Si	Si	Si	7/9
Callaghan	Si	Si	Si	Si	Si	No aplica	Si	Si	Si	8/8
Shah	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	9/9
McMichael	Si	Si	Si	Si	Si	No aplica	Si	Si	Si	8/8
Levine Coley	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	9/9
Choo	Si	Si	Si	Si	Si	No aplica	Si	Si	Si	8/8

SERIE

Uso de plantas y derivados con propiedades psicoactivas en sistemas de salud

Hoja de coca, Amapola y otros
Hongos Psilocibios
Mescalina e Ibogaína
Ayahuasca
Cannabis



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Facultad de Medicina

