

# Artículo de opinión

## Apostillas en referencia a las adicciones y la marihuana.

Guido Berro Rovira \*

### Resumen

En el presente artículo de opinión pretendemos por la importancia y actualidad del tema, referirnos a las adicciones y sobre todo a la marihuana en lo referente a su uso y abuso, intentando colaborar a la discusión que se ha generado en Uruguay con la ley N° 19.172 del año próximo pasado en proceso de reglamentación.

**Palabras claves:** adicciones, marihuana

### Abstract

*In the present opinion article, we refer to drug addictions and especially to marihuana, because of its importance and currency of the topic. We will discuss its use and abuse trying collaborate with the discussion that has been generated in Uruguay after the new law No 19.172 has been ratified and is in process of regulation.*

**Keys words:** drug addictions, marihuana.

Fecha de recibido: 11 de marzo de 2014

Fecha de aceptado: 31 de marzo de 2014

Correspondencia Dr. Guido Berro Rovira | fliaberro@yahoo.com

### Introducción

Es nuestra intención volcar algunas anotaciones al margen (apostillar) sobre efectos y otros aspectos relacionados con las adicciones, en especial sobre la marihuana, su uso y abuso.

El consumo de sustancias psicoactivas, que puede desembocar en la adicción a las mismas, es una peculiar conducta a la que el ser humano ha apelado desde los orígenes de la historia.

Su candente actualidad resulta, ya no de lo novedoso del fenómeno, sino que emerge de la dimensión que ha tomado, puede seguir tomando y de las consecuencias sociales que ha gene-

rado en su nueva forma de presentación, uso y difusión.

Las conductas toxicofílicas, que así las denominamos<sup>1</sup>, se adquieren en el curso de la vida, cada vez más temprano, parecen contagiarse y no tienen un símil etológico. La pulsión alimentaria tiende a la conservación del individuo, la sexual a la perpetuación de la especie, pero la toxicofílicas no tiene funciones semejantes, y a lo sumo se podría esgrimir la búsqueda imperiosa de satisfacción o alivio y acalmia. Pero incluso estos últimos son espejitos de colores, falaces argumentos que han servido de sustento apoloético a los “profetas de las drogas”<sup>2</sup>.

Lo anteriormente expresado nos aleja conceptualmente de una conducta instintiva, acercándonos a una costumbre (mala costumbre, vicio, adicción), que obnubila el torrente ideico, diluye la intencionalidad y degrada la afectividad.

No obstante, como bien lo conceptúa la OMS, existen esquemáticamente dos consecuencias del consumo, a saber: el consumo no problemático y el consumo problemático.

En el no problemático no se evidencian consecuencias adversas en el consumidor ni en su entorno, seguramente por la cantidad, frecuencia y la propia situación psíquica del individuo. No es propiamente un adicto.

Todo lo contrario en el uso problemático, caracterizado por el abuso y dependencia (adicción), con consecuencias personales y de su entorno<sup>3</sup>.

El adicto pierde la libertad para abandonar la droga. Si tiene la consume, si no la tiene la procura como sea. Esta pérdida de la libertad doblaga la intencionalidad, no solo ante la apetencia tiránica, sino ante un cúmulo de concesiones que divorcian el pasado histórico-biográfico.

El libre arbitrio se menoscaba, y con ello, la temporalidad se ciñe entre los apretados muros del presente y del ya. No se sabe que se quiere, pero eso sí: ¡ya!, el pasado no existe, y el futuro pierde cualquier otro significado que no fuera el de volver a reeditar las experiencias del presente. Se ha perdido el pasado que arraiga y el futuro que mediante la superación, permite trascender. Nada se proyecta ni se planifica, solo se vive el presente. No existe comunicación con anteriores generaciones, ni serán sus referentes.

La toxicofilia durante las intoxicaciones agudas produce alteraciones de la cognición, en el humor, en la conciencia y en la volición, siendo propiciatoria de acciones patológicas y médico-legales. Hemos visto, en nuestro trajinar profesional médico forense, suicidios, agresiones físicas y sexuales, accidentes, homicidios y muertes vinculadas a la acción tóxica de la sustancia de abuso, como por ejemplo

hemorragias subendocárdicas, edema pulmonar o hemorragias cerebrales en adictos a cocaína.

Durante la intoxicación inveterada tiene lugar el deterioro somático y lo que es a veces peor aún, la degradación psicológica. Hoy sabemos que se atrofia parte del cerebro, y como lo refieren las investigaciones, el lóbulo frontal, lo más evolutivo del telencéfalo, lo que demandó millones de años de evolución y desarrollo y que los adictos revierten en pocos años.

No será infrecuente entonces que estas personas, operando en estratos inferiores del psiquismo, ingresen en otras subculturas, especialmente de delincuencia.

Obviando el juicio moral que la conducta toxicofílica acaso merezca, existe sin duda un grupo vulnerable numeroso integrado por jóvenes en plena crisis de adolescencia. No todos serán adictos, dependientes, pero es un grupo vulnerable al que debemos prestar atención. Suelen acercarse a varias sustancias, consumidas con un toque personal en las dosis, combinaciones y escenarios. Algunos se transforman en adictos y dentro de ellos otros suelen ser líderes, propensos a la acción, incapaces de ser fieles a cualquier norma,

\*Dr en Medicina, Académico Academia Nacional de Medicina

sin adherencia a las normas, código, persona o grupo. Buscan sensaciones intensas, lo peligroso. Coquetean frecuentemente con la muerte, desafían la autoidad en actitudes que parecerían al mismo tiempo, lúdicas y perversas, tienen desapego existencial. Otros portan alteraciones psicopatológicas (hoy llamados portadores de patología dual) y con las drogas parecen hundirse en vivencias fantasmagóricas, ingresando al campo de la patología mental.

Ser adicto, es por tanto ser portador de un disturbo, de un proceso patológico, ya sea un jugador empedernido, un alcoholista o un adicto a otras sustancias psicoactivas, perturbadoras del psiquismo, al decir de Delay<sup>4</sup>: psicodislépticas. Pero por el hecho de incurrir en dichas actitudes, no les cabe desde la medicina un juicio ético.

No desconocemos que por una necesidad operativa el adicto se conecta con la subcultura de los traficantes, tampoco que la adicción inveterada conduce a la degradación psicológica, como ya expresamos, y ésta a la pérdida de instancias psíquicas superiores, entre ellas conciencia moral. Pero -al menos al médico- no le compete juzgar al adicto desde lo ético-moral y sí ser respetuoso de los derechos que como persona y paciente (paciente) posee (así por ejemplo el trato respetuoso y confidencial).

Por otro lado, el posible peligro de algo que parecería bien

probado, con suficiente evidencia científica, tal como es que la mayor disponibilidad y la disminución en la percepción de riesgos estarían en relación con los mayores niveles de consumo, tal como estaría ocurriendo con la Marihuana.

### **Marihuana**

Ahora bien, al estudiar Marihuana, se da la paradoja que existe una enorme cantidad de trabajos publicados pero muchísimos cargados de subjetivismos y podemos caer en grandes confusiones. Lo primero que destacaría, y en esto no hay confusión posible, es que no se trata de una planta inocua<sup>5</sup>.

### **Principales características**

Es una planta dioica (pies femeninos y masculinos) que crece más fácilmente en zonas cálidas, su nombre es Cannabis Sativa y existen variedades según la región (mexicana, índica, etc.).

Aunque en diferente grado, todas las partes de la planta tienen cannabinoides, principios activos, pero se destacan la resina (haschich) y las flores y hojas (marihuana). Existen más de 200 nombres sinónimos e integrantes de una jerga característica para referirse tanto a la marihuana, como al haschich, que son estos dos los productos más difundidos.

Si bien se han identificado más de 50 cannabinoides, componentes activos, se sabe que el

más potente y responsable de los efectos psicoactivos, es decir el más psicotrópico, y psicodisléptico (término introducido por J. Delay en 1957 para referirse a la perturbación psicológica por psicotrópicos) es el Delta 9 tetrahidrocannabinol (Delta 9 THC). La concentración de este en la marihuana caracteriza la potencialidad de la misma en cuanto a sus efectos. La concentración varía no solo según sea la parte de la planta considerada (el haschich es el más rico en Delta 9 THC) sino su sexo, edad y variante adaptativa, así por ejemplo las flores de pies femeninos suelen tener comparativamente más concentración en Delta 9 THC. Cuando la concentración en la planta de THC es muy baja, menor de 1% en cualquiera de sus partes, y por ende no es psicoactiva, se la suele designar “cáñamo” (tal como lo hace la reciente Ley N° 19.172)

### **Efectos**

De su uso no solo derivan efectos “placenteros” y “recreativos” sino que la literatura científica muestra que el consumo no es inocuo, y es más, se debe cambiar la percepción bastante popular de bajo riesgo de su uso. Además reiterar que si la percepción de riesgo baja el consumo aumenta.

Debemos hacer énfasis en que deteriora la capacidad de conducir vehículos, se perturban los sentidos y reflejos, con aumento de riesgo de lesiones y muertes

por siniestros de tránsito. Deteriora el desempeño cognitivo y altera el aprendizaje. Puede inducir episodios psicóticos agudos. O facilitar la eclosión de esquizofrenia y/o agravar su evolución con aumento de descompensaciones. Desencadenar ataques de pánico y trastornos de ansiedad. Inducir trastornos ciclotímicos, depresivos o hipomaniacos. Progresar a la adicción conjuntamente con trastorno psiquiátrico, lo que hoy se conoce como patología dual.

Sobre el aparato respiratorio se describen efectos broncodilatadores a veces precedidos de bronco constricción y efectos perjudiciales semejantes al tabaco, aportando factores de riesgo de cáncer de pulmón. Las hormonas gonadotrofinas y sexuales disminuyen.

Los efectos dañinos son mayores en niños y adolescentes, afectando rendimiento escolar, disminuyendo la memoria inmediata, las capacidades cognitivas como el procesamiento de información y el razonamiento<sup>6</sup>.

Con el consumo crónico e intenso suele aparecer el *síndrome amotivacional* descrito por autores norteamericanos<sup>7</sup>: apatía, desinterés, indiferencia, hipo o apragmatismo, alteraciones emocionales, astenia o cansancio y se deterioran relaciones con la familia, amigos, actividades sociales y curriculares. Concomitantemente una falsa sensación de mayor capacidad de concentración y artística.

En la embarazada los cannabinoides atraviesan la placenta y llegan al feto. Se describen fetos de bajo peso al nacer y algunos estudios relacionan consumo intenso materno con bajo rendimiento cognitivo y alteraciones conductuales en niños y adolescentes.

### El consumo

Es la marihuana la droga más consumida y sobre la que existe menor percepción de riesgo.

En general su consumo se puede esquematizar en: experiencial, ocasional, habitual y crónico o inveterado. Es con el consumidor crónico que se generan los mayores problemas. También a veces con el habitual<sup>8</sup>. Pero evidentemente, repetimos, las posibilidades de mayor número de consumidores es una realidad cuando disminuye la percepción de riesgo y aumenta la disponibilidad, siendo además el precio relativamente bajo.

Pero además es muy notorio que en los últimos años se asiste a una *percepción de riesgo disminuido* especialmente entre los adolescentes y ello aumenta el número de consumidores con sus obvias consecuencias. Es por ello que algunos expertos revén lo que hace unos años se sostenía en el sentido que transmitir mensajes de advertencias a los adolescentes serían inefectivos, porque los rechazarían, y actualmente se sostiene lo contrario en función de los resultados<sup>9</sup>.

Por otra parte no existe ninguna evidencia científica de que con una mayor accesibilidad a la marihuana se reduzca el consumo de pasta base de cocaína u otras drogas. Ni que controlada su concentración en cannabinoides no se vayan a buscar formas de mayor concentración en mercado ilegal.

El consumo continuado de marihuana puede llevar al consumo problemático que implica daño a la salud, abuso, dependencia o adicción.

El inicio precoz del consumo aumenta el riesgo de consumo problemático, y puede dar alteraciones cognitivas, psicológicas y sociales. Aumenta la posibilidad de patología dual.

### Usos Medicinales

Finalmente, algunas palabras sobre el uso medicinal de la marihuana.

Es posible que falten investigaciones. Por el momento no existen aún suficientes evidencias científicas ni ensayos clínicos que demuestren que alguno de los beneficios medicinales descritos (disminución de la presión intraocular, elevación del umbral convulsivante, efecto analgésico especialmente en el dolor neuropático, prevención de náuseas y vómitos en pacientes con tratamiento antineoplásico y control de la espasticidad muscular, entre otros) sean mayores que sus riesgos.

## Comentarios finales

En estas breves líneas quisimos discurrir, volcar algunas anotaciones al margen (apostillar) sobre algunos datos vinculados con las adicciones, y en especial

sobre la marihuana y su consumo, quizás colaborando así con este breve aporte, a la discusión generada en nuestro país a raíz del cambio normativo desde el Decreto-ley N° 14.294 de 1974 y la Ley N° 17.016 del 6 de octu-

bre de 1998 a la “regularización del cannabis” (marihuana), hoy Ley N° 19.172 de diciembre de 2013 y en proceso de reglamentación actual<sup>10</sup>.

## Bibliografía

1. GOLDSTEIN, R.: *Diccionario de Derecho Penal y Criminología*. Ed. Astrea, 3ª edición. Bs. As. 1993, pags.379 y 891-2.
2. BERRO, G. Y PUPPO BOSCH, D.: *Algunos aspectos de interés médico de las toxicomanías con especial referencia a la marihuana*, Revista de Psiquiatría del Uruguay, Vol.47 (277): 1982.
3. SARKISSIAN P, BERRO G.: Toxicofilia, con especial referencia a la pasta base de cocaína. Realidad en Uruguay. En: Medicina Legal, Derecho Médico y Aspectos Bioéticos. FCU, 1ª edición. Cap. 36: 593-620, Montevideo, 2013.
4. JEAN DELAY (14 de noviembre de 1907, Bayona - 29 de mayo de 1987, París). Psiquiatra, neurólogo. Miembro de la Academia de Medicina de Francia. En 1957 elaboró, con su asistente Pierre Deniker, una clasificación de las sustancias psicotrópicas, validada por el Congreso Mundial de Psiquiatría en 1961. En ella, distinguía las sustancias psicotrópicas en función de sus actividades sobre el sistema nervioso central en psilépticas, psicoanalépticas y psicodislépticas.
5. BERRO, G.: *Marihuana*, Revista de Investigación Criminal. ITF, Año II (1): 24-35, 1988.
6. SMU: *Aporte a la discusión sobre regularización de la cannabis (marihuana)* Boletín. 2013.
7. CAMPBELL, I.: *The amotivational syndrome and cannabis use with emphasis on the canadian scene*. Annals of the New York Academy of Sciences, (282): 33-36, 1976.
8. BERRO, G.: *Toxicofilia-aporte médico-legal*. En: Curso de Actualizaciones. Drogas de Abuso. Dpto. de Toxicología, Facultad de Medicina-Hospital de Clínicas. U de la R, págs. 197-204, Montevideo 2005.
9. ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA: *¿Jornada académica acerca de la vulnerabilidad a desarrollar conductas adictivas: abordajes y respuestas*. Recuperado el 11/3/2014 de: <http://www.anm.org.uy/conductas-adictivas.php>
10. <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=19172&Anchor=>