

Actualidades clínicas del consumo de marihuana[†]

Souza y Machorro Mario*

RESUMEN

El objetivo de esta comunicación parte de la preocupación por reforzar la Educación para la Salud, por la vía de la desmitificación del actual consumo social de drogas ilegales de amplia diseminación mundial. Pretende, además, divulgar información veraz respecto de los efectos y consecuencias inmediatas y posteriores del consumo de marihuana (THC), a partir de los estudios internacionales producidos por organismos oficiales dedicados al estudio de las adicciones. Por último se señala el traslape de los problemas derivados de la oferta social de las drogas en su calidad de asunto militar-policial que se ha confundido con los problemas derivados de la demanda de consumo, esta última por su tipo, *a fortiori* del interés de clínicos, educadores y demás interesados en los temas de la salud, entre otros. Para favorecer una mejor Educación para la Salud, se debe dotar a la comunidad de información verídica, capaz de sanear tales comportamientos, a la par de mejorar la capacidad del personal de salud en temas y habilidades diagnósticas, terapéutico-rehabilitatorias y preventivas.

Palabras clave: Marihuana, Delta-9-THC, Educación para la Salud, efectos clínicos y consecuencias.

The clinical present time of the marijuana consumption

ABSTRACT

The purpose of this communication derives of the concern for education to strengthen health education, by means of demystification of the existing social consumption of illegal drugs worldwide dissemination. It aims to further disseminate truthful information about the effects and consequences beyond immediate consumption of THC from international studies produced by government agencies dedicated to the study of addictions. Finally noted the overlap of the problems of social supply of drugs in his condition as military-police issue has been confused with the problems stemming from consumer demand, the latter by his type of character, even more so in the interest of clinicians, educators and others interested in health issues. To promote better health education, it must provide truthful information community, capable of cleaning up such behavior, at par to improve the capacity of health topics and skills in diagnostic, therapeutic, rehabilitative and preventive.

Key words: Marihuana, Delta-9-THC, Health Education, Clinical effects and consequences.

Este comunicado enfoca las consecuencias del consumo de marihuana (THC) relacionadas con trastornos psicofísicos y sus consecuencias sobre la salud mental individual y pública.¹ No obstante, las conclusiones, difíciles a causa de que la compleja composición química de la sustancia y de su consumo asociado a menudo a otras drogas (legales e ilegales), se suman a factores de personalidad y sociales asociados con el desencadenamiento del consumo de psicotrópicos, cuyo predominio de patrones de uso (alguna vez en la vida y uso regular) continúa aumentado en el mundo.² La THC, término genérico del compuesto derivado de la planta *Cannabis sativa*, contiene 483 productos químicos además del delta-9-THC, responsable de sus efectos psicofísicos.³ Se han descubierto dos receptores de cannabis en el SNC, los receptores CB1 se encuentran predominantemente en el cerebro y en algunos tejidos periféricos y cuya mayor concentración cerebral afecta el aprendizaje, memoria, movimiento y coordinación, percepción del dolor y el “sistema de recompensa”. El CB2 ausente en el cerebro, se localiza en

el bazo y en células productoras de sangre en la médula ósea y otros sitios. Su papel, menos cierto, puede tener efecto sobre la función inmune. La existencia de tales receptores específicos y los endocannabinoides es significativa y difiere del alcohol, pues sus efectos dependen de interacciones no-específicas con una amplia gama de receptores. El resultado de la absorción del THC es muy rápido y se distribuye en el tejido graso. El hígado la metaboliza y desecha sus compuestos por orina y heces, por lo que pueden detectarse en la orina después de su uso intenso o prolongado tras de cuatro semanas. Los efectos agudos típicos incluyen un estado alterado de conciencia, aunque las formas actuales de THC, son mucho más potentes y los patrones de consumo más complicados que en los años 70's. La intoxicación produce una elevación y alteración subjetiva del estado de conciencia (leve euforia, relajación, alteraciones cognitivas y perceptuales, distorsión del paso del tiempo, intensificación de sensaciones ordinarias, aumento en la socialización). A nivel psíquico genera reacciones adversas (an-

[†] Curso de Actualización *El manejo Profesional Integral de las Adicciones*. Secretaría de Salud del Estado de Tabasco. Villahermosa, Tabasco Noviembre/Febrero, 2010.

* Médico especialista en Psiquiatría (UNAM) y Psicoanálisis (UNAM-IMPAC). Maestro en Psicoterapia Psicoanalítica (CIES-SEP) y Psicoterapia Médica (UNAM). Coordinador de la Maestría en Psicoterapia de las Adicciones. CIES-SEP.

siedad, depresión, pánico, ideas delirantes, alucinaciones, alteraciones cognitivas: memoria reciente, alteración actividad mental) lo mismo que a nivel de la función motora (tiempo de reacción alterado e incoordinación), amén de otros efectos (analgesia, sedación, excitación, hipotermia, inmovilidad o catalepsia). Por ello, se sugiere una asociación entre el uso intensivo de THC y el desarrollo de trastornos mentales graves, que involucra síntomas tales como aparición repentina de confusión, alucinaciones, desorientación y paranoia e incluso esquizofrenia en personas vulnerables, independientemente de aumentar el riesgo de recaída del consumo. Las personas con trastorno depresivo son más proclives a consumirlo. Existen fuertes indicios de que el consumo de THC puede surgir incluso como resultado de la depresión, especialmente en la adolescencia. Los cannabinoides tienen acciones complejas sobre la actividad convulsiva y el efecto anticonvulsivo en calidad de preconvulsivante.⁴ El consumo esporádico de THC puede afectar la memoria a corto plazo, y como el consumo de alcohol, tiende a aumentar el incumplimiento en la toma de medicamentos por lo que podría provocar convulsiones en pacientes susceptibles. Sus efectos cardiovasculares en ciertos individuos incluyen una profunda disminución de la presión arterial y la frecuencia cardíaca con el uso crónico, pero. El aumento en la frecuencia cardíaca es un efecto inmediato de su uso, por lo que se han vinculado su consumo un importante número de muertes por problemas cardíacos. Igualmente, los efectos respiratorios en sus fumadores son claramente frecuentes y producen bronquitis crónica que aunados a la disminución de la función respiratoria se observan en los jóvenes fumadores de THC, sin menoscabo del uso del tabaco y su asociación con el cáncer. En el embarazo causa efectos sobre la madre, como cambios de personalidad y síndrome amotivacional (pasividad, falta de metas en la vida, apatía, pobre comunicación y desánimo) junto con otros defectos funcionales que sugieren que el THC puede inducir un bajo peso del producto al nacimiento o bien causar reducción del tiempo normal de gestación, ciertas anomalías congénitas e incluso muerte súbita del lactante. A largo plazo en niños de 9-12 años de edad que fueron sometidos *in utero* a su efecto, se han detectado en alteraciones en la toma de decisiones y en la planeación a futuro por afectación de la función ejecutiva; la capacidad de anticipación, el control de conductas compatibles con el logro de una meta (sin nexo con C.I.), pero no se ha informado de síndrome de abstinencia en recién nacidos, ni otros efectos sino a partir de los cuatro años de edad. Los niños de más de cuatro, cuyas madres fumaron un cigarro/día o más, mostraron alteraciones a nivel verbal, perceptual y de memoria, así como problemas de atención a los cinco años. Los criterios diagnósticos de de-

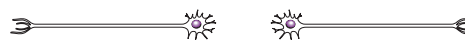
pendencia incluyen tolerancia, abstinencia, dificultad de controlar el consumo y un patrón de uso que otras influencias importantes actividades en la vida del usuario. Por lo que los usuarios frecuentes (> 1 vez a la semana) muestran un riesgo significativo de adicción, lo cual se favorece por el fácil acceso al psicotrópico, el ser altamente utilizado y ser la droga ilícita más frecuentemente incautada en los distintos países. Pero si bien las tasas de consumo son sustancialmente superiores al de otras sustancias ilícitas, son mucho más bajas que para el alcohol y el tabaco. Lo curioso del caso y de interés para esta comunicación es que una alta proporción de jóvenes 75% dicen saber dónde y cómo obtenerla,² percibiendo su uso regular como un riesgo menor que el de otros psicotrópicos. Su uso es más frecuente entre varones que en mujeres tanto en consumo ocasional como regular, y aunque ellas inician más tarde el consumo, tal diferencia de género tiende a bajar con los años. En casi 80% de los casos, los jóvenes prueban THC por primera vez con los amigos, lo que se vincula al hecho de tener ese tipo de amigos, lo cual es predictor significativo de la probabilidad de experimentar con la sustancia. La probabilidad de progresión a otras drogas tras el consumo de THC es una evidencia documentada; los consumidores habituales al tener más probabilidades de estar expuestos a otras drogas, tienen por tanto más oportunidad de usarlos. Otro de los factores implicados en dicha progresión, deriva de la búsqueda de novedad y del deseo de asumir riesgos como parte de la “exploración adolescente de la vida” en la cual participan factores genéticos, ambientales, de personalidad, etc. Para la salud pública es importante considerar que no se dispone de indicios de que el THC está implicado en las muertes por sobredosis; si bien éste se encuentra a veces en los resultados post-mortem de los usuarios de drogas, siempre es secundaria a otras sustancias (opiáceos). La evidencia indica que el THC no es un factor directo importante relacionado con las drogas y las muertes accidentales, excepto en los accidentes de tránsito. La evaluación de su causalidad en tales muertes se complica por el hecho de que el alcohol también está presente en la mayoría de los casos. Hay indicios de que cuando se mezcla con alcohol, el THC es mucho más probable de ser factor de riesgo que cuando se consume solo.⁵ Ahora, con respecto al funcionamiento cognitivo (medido por el C.I. y pruebas *ad hoc*) no se ha demostrado que produzca un grave deterioro de las funciones cognitivas generales, ya que no se encuentran las alteraciones estructurales en los cerebros de los usuarios. No obstante, existen pruebas de que su consumo produce sutiles alteraciones cognitivas (memoria, atención y organización de información compleja). También es de interés señalar los indicios de que al menos en algunos casos, el

deterioro se puede revertir con un período prolongado de la abstinencia. Sin embargo, estas deficiencias cognitivas pueden producir importantes diferencias educativas y ocupacionales por su uso frecuente. Se ha sugerido que el consumidor crónico deviene apático, aletargado y sin motivación y como sufre una variedad de efectos negativos tienen peor empleo, menos promociones y es más propenso a vivir con deudas. El abandono escolar y la exclusión son comunes, al afectarse sus factores del entorno social y su capacidad cognitiva, donde la motivación es especialmente relevante. De ahí que el suicidio cuando ocurre, podría derivar de la toma de riesgos y comportamientos que implican peligro, incluyendo las autolesiones y daños propiciados por conductas de riesgo. El consumo de THC se asocia además con autolesiones, comportamiento antisocial y victimación de sí o los demás. Hay pruebas de que los usuarios de drogas masculinos en particular, son propensos a cometer varias veces más delitos contra la propiedad que los demás varones de igual edad. Estudios longitudinales sugieren que la criminalidad puede preceder a la utilización de THC. Aunque la visión benévola de este asunto, sugiere que reduce los impulsos agresivos y tiene un efecto calmante sobre el usuario. Otros autores sugieren que los usuarios pueden mostrar excitación irracional como resultado del uso de drogas y pueden involucrarse en actos de violencia y/o delincuencia para apoderarse de los recursos necesarios a continuar el consumo. De hecho los consumidores regulares de THC son más propensos a involucrarse en actividades delictivas que los no usuarios, y son más propensos a ser víctimas de delitos. Aunque no hay pruebas de violencia relacionadas con el tráfico de drogas y en ausencia de estudios adecuados al respecto, es imposible afirmar en qué grado la violencia se relaciona con su tráfico callejero. Sin embargo, la evidencia sugiere un traslape significativo entre narcotráfico con drogas diferentes y un importante nivel de violencia asociado. Por ello "normalización" del consumo de THC se ha convertido en una característica habitual de vida de muchos jóvenes, ya no es considerado como una forma desviada de la conducta.⁶ De ahí que el debate sobre la legislación de la marihuana sigue siendo una de las áreas más controvertidas de la política internacional de drogas. Muchos países

se han pronunciado hacia la introducción de cambios en la aplicación práctica de la ley al efecto o por medio de reformas legales. Pero el problema del amplio consumo de THC no es tan simple como suponen algunos, ni tan inocuo como otros quisieran. En este punto se entrecruzan los problemas de la oferta social de las drogas (narcotráfico) como asunto militar-policial y su demanda, ésta última de interés para los clínicos y educadores, entre muchos otros. Para favorecer una mejor Educación para la Salud, se debe dotar a la comunidad de información verídica, capaz de sanear tales comportamientos, a la par de mejorar la capacidad del personal de salud en temas y habilidades diagnósticas, terapéutico-rehabilitatorias y preventivas de esta problemática.⁷ Requerimos de producir más y mejor información generada ex profeso, a partir de la investigación clínica cotidiana, bajo el paradigma de la autonomía y autosuficiencia: A problemas nacionales, autores nacionales.¹ Hacemos votos por la apertura del Personal de Salud para sensibilizarse y participar activamente en esta lucha perenne.

REFERENCIAS

1. Souza y Machorro M. *Adicciones: Clínica y Terapéutica*. México: Editorial Alfil; 2007.
2. Hibell B, Andersson B, Alstrom S, Balakireva O, Bjarnasson T, Kokkevi A, Morgan M. *The 1999 ESPAD report: Alcohol and other drug use among students in 30 European countries*. Stockholm; 2000.
3. Souza y Machorro M. *Diagnóstico y Tratamiento de los Síndromes de Intoxicación y Abstinencia de Marihuana. Curso Interanual 2007: "Temas Selectos de Padecimientos en la Comunidad Universitaria"* Auditorio Samuel Ramírez Moreno. Dirección General de Servicios Médicos UNAM. Ciudad Universitaria, México, D.F. 2-6 de julio, 2007.
4. American Psychiatric Association (1994). *El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV*. APA, Washington, D.C.
5. NACD & DAIRU 2002. *Drug use in Ireland and Northern Ireland*. 2003 Bulletin 1.
6. Collins C, Connolly J, Crowley D, Morgan M. *An Overview of Scientific and other Information on Cannabis*. Stationery Office. National Advisory Committee on Drugs. NACD. Government Publications Sales Office, Sun Alliance House, Molesworth Street, Dublin, Ireland 2004.
7. Souza y Machorro M. *Adicciones, Nosología y Terapéutica*. Revista Electrónica de Medicina Neuropsicológica 2008; 9: 1095-101.



Correspondencia: Dr. Mario Souza y Machorro
souzaym@prodigy.net.mx.