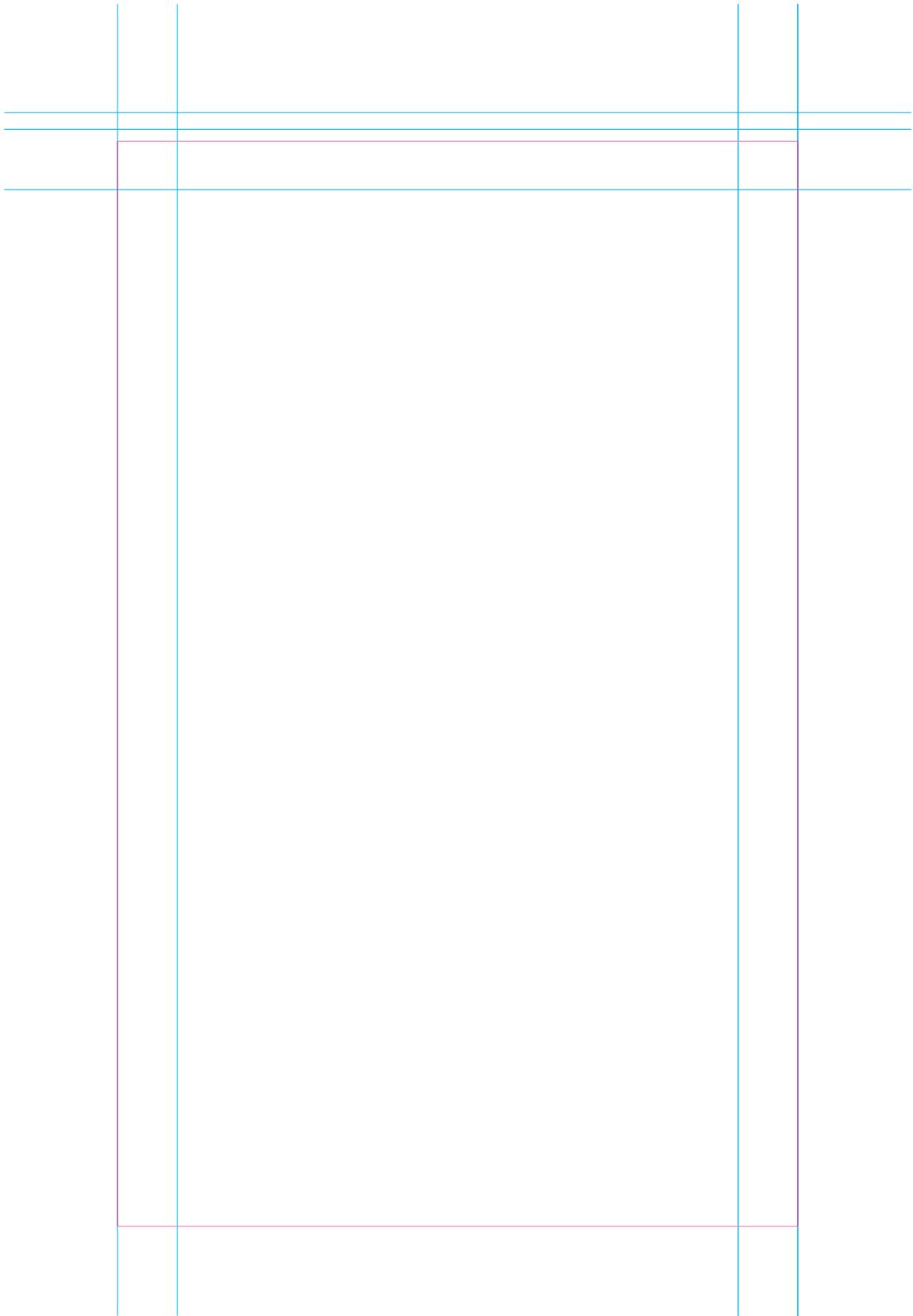

Medicina Legal



APROXIMACIÓN MÉDICO-LEGAL AL ESTUDIO DEL CONSUMO DE LA MARIHUANA: MITOS E HITOS

MEDICAL-LEGAL APPROXIMATION TO THE CONSUMER STUDY OF MARIJUANA: MYTHS AND MILESTONES

Leonardo A. Galviz Lozada*

* Médico Internista, Médico Forense (CICPC) Toxicólogo Clínico, Inmunoterapeuta. Profesor Agregado de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas. Jefe de la Cátedra de Medicina Legal, Profesor de postgrado de Procesal Penal. Profesor de Postgrado de la Maestría Procesal Penal. Profesor de Psicología Evolutiva de la facultad de Humanidades y Educación de la Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela. Centro de Investigaciones Jurídicas. Universidad de Los Andes. E-mail: galvizleonardo@hotmail.com

Recibido: 02/06/2017

Aceptado: 15/09/2017

Resumen

El presente artículo está orientado a realizar una aproximación desde un contexto médico-legal, al estudio del consumo de la marihuana, destacando los aspectos que le son inherentes. Se abordan de manera generalizada los aspectos históricos que enmarcan la introducción de la marihuana (*Cannabis sativa*) a las diversas regiones del mundo, pasando por los nocivos efectos en quienes la consumen. Asimismo, se desarrollan algunos de los mitos e hitos que rodean el consumo de esta planta, además de su legalización. El estudio finaliza con el caso venezolano.

Palabras clave: marihuana, médico-legal, mitos, hitos.

Abstract

The present article is oriented to make an approximation from a medical-legal context, to the study of marijuana consumption, highlighting the aspects that are inherent to it. The historical aspects that frame the

introduction of marijuana (*Cannabis sativa*) to the various regions of the world are addressed in a generalized manner, including the harmful effects on those who consume it. Also, some of the myths and milestones that surround the consumption of this plant are developed, in addition to its legalization. The study ends with the Venezuelan case.

Key Words: marijuana, medical-legal, myths, milestones.

1. INTRODUCCIÓN

De manera general, se dice que las medicinas alivian el sufrimiento, luchan contra la muerte, tienen beneficios importantes y se expenden en las farmacias; por el contrario, las drogas originan trastornos severos, pueden ocasionar la muerte, son perjudiciales y, por tanto, están prohibidas. Sin embargo, el hecho que estas últimas actúen de forma medicinal o como tóxico depende de factores tales como su pureza, dosis, pautas culturales de consumo y el estado físico, emocional, mental y espiritual del usuario.

Es evidente entonces que ese antagonismo, se encuentra asociado a una importante desinformación al respecto la cual, en el caso específico de la marihuana, se encuentra aunada a diversos mitos e hitos, que repercuten en la salud, moralidad y el trato cívico de sus consumidores.

Desde esta visión, para proteger la salud de la ciudadanía, ningún Estado puede hacerlo mediante leyes coercitivas ni campañas fundadas en el temor; además que la desaparición de las drogas no está sujeta a ningún decreto, puesto que mientras las personas consigan en ellas distracción, evasión refugio, conocimiento, alivio o satisfacción; estas existirán. En todo caso, lo que si resulta factible es incrementar los procesos informativos al respecto, con el fin que la población conozca sobre el consumo, abuso y la prohibición que tienen algunas drogas.

De manera específica, en el presente artículo se hace un abordaje

al consumo de la marihuana o Cannabis sativa, desde un plano médico-legal; además de destacar acerca de los mitos e hitos que son propios al consumo de dicha planta. La idea que se pretende es, entonces, aportar información de utilidad y actualidad para subsanar el vacío informativo que abraza el tema de la marihuana, explorando su uso desde un ámbito que reflexiona sobre la psicoactividad que esta genera, para luego enfocarla en un contexto terapéutico y medicinal.

2 MARIHUANA

Desde un plano científico, fármaco o droga es toda sustancia química de origen natural o sintético que afecta las funciones de los organismos vivos. Así, los fármacos capaces de inhibir el dolor, modificar el estado anímico o alterar las percepciones, se conocen como psicoactivos, debido a que logran influir de manera específica sobre las funciones del sistema nervioso central conformado por el cerebro y la médula espinal. Es decir, que las plantas y alcaloides con propiedades psicoactivas permiten modificar los estados ordinarios de conciencia a través de la exploración de diversos estados de ánimo, distintas áreas del inconsciente personal y colectivo, otras capacidades de la mente, así como múltiples alteraciones de la percepción sensorial.

Ante este preámbulo, la marihuana es una planta con propiedades psicoactivas, además de ser considerada la sustancia ilícita de mayor consumo a nivel mundial. Esta droga es una mezcla verde, marrón o gris de hojas, tallos, semillas y flores secas y picadas de la planta conocida como cáñamo. El término cannabis se refiere a la marihuana y otras drogas derivadas de la misma planta. Las formas más concentradas de ella incluyen la sin semilla, el hachís y el aceite de hachís. Posee cerca de 450 componentes activos, incluidos más de 60 compuestos clasificados como cannabinoides, siendo el principal componente psicoactivo el delta-9-tetrahydrocannabinol. Al respecto, Loredo, Casas y Monroy (2014, p. 29), sostienen lo siguiente:

La Cannabis sativa es una planta que aloja al delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), que es su componente activo. En ella se puede encontrar hasta un 5% de esta sustancia y en el ha-

chís (forma pura) hasta el 10-20%. Sin embargo, como una consecuencia de las modificaciones hechas en los plantíos actuales de la droga las concentraciones de THC se pueden elevar hasta un 19-30%.

El cultivo y uso del cáñamo se remonta a épocas muy antiguas de la humanidad, antes de la era cristiana. La Cannabis sativa es una planta milenaria cuyas propiedades han sido ampliamente aprovechadas por el hombre; los datos arqueológicos e históricos revelan su uso como alimento, como fuente de fibras, su uso con fines recreativos y espirituales, lo mismo que para paliar diversas enfermedades.

Esta planta es originaria de Asia central y fue cultivada por primera vez en China, India, Afganistán y Pakistán, países donde se generó el primer registro de sus propiedades medicinales y se tuvieron los primeros conocimientos sobre sus usos industriales. Esta información se extendió progresivamente a diversos países asiáticos y a Europa, siendo Grecia el país que dio más importancia a su uso textil, por ser el cáñamo muy resistente y útil para la elaboración de diversas prendas. Los griegos y los romanos mencionan el Cannabis en sus escritos por su fibra, pero también lo hacen por sus propiedades medicinales (De la Fuente et al, 2015, p. 9).

En América, la planta fue introducida por los españoles en el siglo XVII, para ser usada como fibra de amarre por los buques españoles. Posteriormente, el Cannabis fue adquiriendo, en las diferentes sociedades, usos medicinales y recreativos (Téllez, 2015, p. 19).

La droga habitualmente es inhalada, aunque también se puede emplear por la vía oral o de una manera tópica. La mayoría de las personas que la consumen la enrollan en forma de cigarrillo (conocido como porro), mientras que algunas personas usan pipas o pipas de agua. Otro método para consumirla es abriendo un cigarrillo procediendo a reemplazar el tabaco por la droga. La marihuana también se utiliza para hacer una infusión de té y a veces se mezcla en los alimentos.

Cuando se fuma la marihuana, sus efectos se sienten casi de inmediato debido a que el THC, su componente activo, llega rápi-

damente a todos los órganos del cuerpo, incluyendo al cerebro, disparando la sensación subjetiva de placer, tal como lo explican Loredo et al (2014, p. 30):

La sustancia activa llega al cerebro en cuestión de minutos, y el usuario experimenta sus efectos subjetivos alrededor de 30 minutos después. Esto ocurre porque el THC activa a un par de receptores localizados en el Sistema Nervioso Central (SNC) denominados receptores canabinoides 1 y 2 (CB1 y CB2). La diferencia funcional de estos receptores es que el CB1 tiene una expresión privilegiada en el SNC y el CB2 en el sistema inmunológico. El sistema endocannabinoide juega un papel crítico en el desarrollo y función normal de cerebro.

El receptor alfa canabinoides 1 (CB1) está distribuido en diferentes áreas del cerebro, principalmente en el hipotálamo, la amígdala, el hipocampo, la corteza cerebral, el tallo cerebral y otras estructuras, y en estas se localizan las terminales de neuronas glutamatérgicas, colinérgicas, noradrenérgicas y GABAérgicas. Su principal función es reducir la probabilidad de liberación de estos neurotransmisores.

Los efectos de la marihuana se deben a la unión entre el THC y los receptores de cannabinoides, que son sitios específicos en las células nerviosas del cerebro y de otras partes del cuerpo. Las neuronas fabrican los receptores CB1 para mediar los efectos de la marihuana y activan las endocannabinoides o marihuanas endógenas, que son sustancias que el cerebro fabrica internamente. Así, la sensación de placer que se siente evocada por estímulos placenteros está mediada por los endocannabinoides y sus receptores CB1.

Al igual que cualquier otra droga, el efecto que tenga la marihuana sobre una persona depende de varios factores, incluyendo la experiencia previa de esa persona con las drogas, los genes, el sexo, la forma de consumo de la droga y la potencia de esta, determinada por la cantidad de THC contenida en la marihuana. A menores edades de inicio del consumo hay mayor susceptibilidad a producir adicción, dependencia y mayor posibilidad de transición a otras drogas.

En este sentido, la marihuana es un alucinógeno que provoca alteraciones físicas, como enrojecimiento conjuntival, caída palpebral, disminución de la presión arterial, sensación de mareo, inestabilidad, dificultad para caminar, resequedad de boca y aumento del apetito, así como efectos subjetivos tales como sensación de bienestar y euforia, relajación, risa fácil, locuacidad, sensación de lentitud del paso del tiempo, cambios en la percepción, alteraciones en algunas funciones cognitivas (atención, concentración, memoria a corto plazo, capacidad de juicio y toma de decisiones), sedación, somnolencia y sueño, problemas de coordinación y equilibrio, dificultad para llevar a cabo procesos mentales complejos y distorsión del pensamiento. Entre las complicaciones físicas, es posible identificar problemas en el sistema respiratorio, como tos crónica, bronquitis y síntomas precancerosos en el tejido pulmonar (González y Londoño, 2017).

Ahora bien, globalmente hablando, la cifra de consumidores es muy significativa. En torno a ello, la Organización de Naciones Unidas (ONU), citada por Schmidt (2015, p. 20), advierte que “en todo el planeta los usuarios suman la impresionante cantidad de 141 mil 200 millones, únicamente superados por los consumidores de sedantes que son alrededor de 227 mil 400 millones”.

Una gran proporción (55.7%) de las personas que han fumado Cannabis alguna vez en su vida lo hicieron antes de los 17 años, y de 23 a 31% de estas personas acudió a un centro de rehabilitación por problemas relacionados con su nivel de consumo (Ruíz y Prospero, 2014). La Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que los Estados Unidos tiene la mayor prevalencia de consumo de marihuana a nivel mundial.

En este sentido, los datos de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) muestran grandes decomisos de cocaína, heroína, cannabis y estimulantes del tipo de las anfetaminas en diferentes partes del mundo. Según las estimaciones de esta oficina, hay cerca de 200 millones de personas que consumen alguna sustancia ilícita; siendo el cannabis la mayormente consumida, seguida de las anfetaminas, la cocaína y los opioides

(OMS, 2015; p. 9).

A saber, la marihuana es, después del tabaco y el alcohol, la sustancia más utilizada en la historia de la humanidad con diferentes fines. La adolescencia constituye una etapa del ciclo humano durante la cual surgen una serie de factores de riesgo de tipo individual, familiar, escolar, social, así como los propios del grupo. Al respecto, Loredo et al (2014, p. 29), explican lo siguiente:

El incremento en el consumo de drogas en los jóvenes es muy probable que sea consecuencia de las dificultades económicas, la inestabilidad social, la escasa oportunidad de obtener un trabajo bien remunerado a pesar de tener una preparación académica superior, la pérdida de valores y la desintegración de la familia, cada vez más frecuente, que les genera aislamiento, ansiedad, angustia, depresión, situaciones que probablemente los orillan a adoptar un comportamiento anómalo como bajo rendimiento o deserción escolar, promiscuidad sexual, conductas antisociales y delictivas así como adicciones diversas.

Los adolescentes se entran en su época más vulnerable para caer, erróneamente, en las sustancias ilícitas que el sistema les ofrece. El cambio fisiológico que a estas edades se produce, mueve a los jóvenes a experimentar nuevas sensaciones, lo cual les convierte en mucho más proclives a la hora de negar o aceptar dichas sustancias. En este sentido, González y Londoño (2017, p. 142), expresan lo siguiente:

El consumo de sustancias psicoactivas (SPA) es un importante problema de salud pública que afecta a la población joven ya que se asocia al comienzo y agudización de un gran número de trastornos mentales, como depresión, ansiedad y esquizofrenia, síntomas psicóticos, pensamiento suicida, síndrome amotivacional (despersonalización, desrealización, sensación de pérdida de control e ideación paranoide), violencia manifestada como delincuencia juvenil, pandillerismo, accidentes de tránsito, problemas académicos y deserción estudiantil, además de pobre desarrollo de habilidades para la vida necesarias para la independencia en la adultez e incremento del riesgo de involucrarse en

conductas sexuales de riesgo, con efectos sobre la seguridad y el desarrollo social.

En general, los jóvenes que consumen marihuana de manera habitual tienden a mostrar desventajas en la atención, aprendizaje y velocidad en el procesamiento de la información; quienes consumen esta droga de manera habitual tienden a mostrar desventajas en la atención, aprendizaje y velocidad de la actividad cerebral en actividades cognitivas, y afectación del sueño.

En conjunto, los factores de riesgo aumentan la probabilidad de que el adolescente se vea implicado en conductas no saludables o ajustadas, como el consumo de sustancias psicoactivas ilegales. En los últimos años, el consumo recreativo de esta droga ha aumentado en la población juvenil, quienes buscan sus efectos euforizantes, relajantes y de intensificación perceptual, incluyendo cierta facilitación de la socialización. Para algunos adolescentes, el consumo de drogas comienza como un medio para hacer frente a la ansiedad, la ira, la depresión o el aburrimiento, entre otros. Sin embargo, el consumo de drogas es solo una manera de evadir los problemas y los retos de crecer.

Ahora bien, una razón por la que los adolescentes son más vulnerables a los efectos de la marihuana y, en general, de cualquier sustancia de abuso, es que la corteza prefrontal, que participa en la toma de decisiones, está inmadura en ellos. Por lo tanto, hay una distorsión de la percepción, afectación de la memoria del juicio, habilidades para aprender y dificultades para pensar y solucionar problemas; de esta manera, los jóvenes toman decisiones sin considerar a cabalidad las consecuencias de su consumo (Loredo et al, 2014, p. 35).

En los últimos años, la marihuana ha tomado relevancia por el supuesto de que tiene un posible efecto medicamentoso y por ello, pudiera ser legalizada. Esto se basa en sus efectos analgésicos, antialérgicos, inducción de apoptosis en células cancerígenas, estimulación del apetito, bronco dilatación, disminución de la presión intraocular, relajación muscular, neuroprotección y sedación, entre otros efectos dados por el cannabinoide (CBD), y el efecto terapéutico potencial en la psicosis, epilepsia, ansiedad, alteraciones del

sueño, procesos neurodegenerativos, la isquemia, cáncer, diabetes tipo 1, entre otros efectos dados por el cannabigerol (CBG) (Loredo et al, 2014, p. 31).

Sin embargo, otras posturas sostienen que, aunque los efectos secundarios sobre el cuerpo físico son muy inferiores a las drogas legales y socialmente aceptadas como pueden ser el tabaco o el alcohol, la marihuana es uno de los psicoactivos más adictivos que existen; contrariamente a los que exaltan sus múltiples utilidades terapéuticas. Por su parte, Schmidt (2015, p. 20), aporta lo siguiente:

Los mayores méritos de la marihuana como agente terapéutico en la medicina occidental están en la inhibición de los cuadros de náuseas, vómito, pérdida de apetito y dolor en pacientes con cáncer que reciben quimioterapia o en pacientes que padecen sida y se les administra AZT. De forma experimental también se está utilizando con bastante éxito en los cuadros de arterioesclerosis múltiple, principalmente para suprimir los espasmos sintomáticos.

Asimismo, agrega el mencionado autor que, en el caso del glaucoma provocado por una presión excesiva de fluido dentro del globo ocular, la marihuana, fumada o los derivados del THC administrados en forma oral, reducen considerablemente la presión, lo que ha sido demostrado experimentalmente.

En virtud de lo expuesto, es importante destacar que los usos terapéuticos antes señalados, son los únicos reconocidos por la medicina institucional; sin embargo, dicho reconocimiento no ha cambiado la legislación que prohíbe su uso médico a nivel mundial. Solamente se ha legislado al respecto en Alemania, Reino Unido, en algunos estados de la Unión Americana y, recientemente en España.

3. MITOS E HITOS SOBRE LA MARIHUANA

El consumo de marihuana entre jóvenes, es un fenómeno de alto impacto en la salud pública y un factor de riesgo para el posterior desarrollo de procesos adictivos. Generalmente, a lo largo del

tiempo, los efectos tóxicos de la marihuana han sido poco señalados y se ha considerado básicamente como una puerta de entrada para llegar a otras drogas. Una cuestión primordial es la referida a la pretendida inocuidad del consumo de esta droga; diversos fenómenos e intereses han hecho que se aminore toda alarma social vinculada al uso de la marihuana, tratando de conseguir una imagen de droga que no causa problemas.

Así, entre algunos de los mitos que envuelven el consumo de la marihuana se encuentran los siguientes:

MITO 1. LA MARIHUANA ES INOFENSIVA EN COMPARACIÓN CON OTRAS DROGAS

Una de las creencias en cuanto al consumo de marihuana es que la misma por ser natural resulta inofensiva. El hecho de que una sustancia sea natural no significa que no tenga efectos perjudiciales para el organismo.

La marihuana está revestida por un halo de sustancia inocua, remanente del ideal hippie de un mundo armónico: la planta se presenta como regalo de la naturaleza, poseedora de cualidades apaciguadoras y curativas. Tal discurso es sostenido con matices diversos por los consumidores y simpatizantes del cannabis. Es común que el usuario de marihuana sostenga que el consumo de la planta es inofensivo y hasta ventajoso, mientras diversos estudios han mostrado los efectos del consumo de marihuana y otras sustancias psicoactivas sobre la salud, especialmente en personas que tienen una larga historia de consumo (Díaz-Granados, Pérez y Muñoz, 2013, p. 56).

La marihuana puede producir angustia, pánico, alucinaciones y distorsión de la realidad, acumulándose en el cuerpo y permaneciendo en él mucho más tiempo que el alcohol. También influye sobre la producción de hormonas sexuales y altera la menstruación y la generación de espermatozoides y, con ello, la capacidad de engendrar. Adicionalmente, el THC interrumpe la coordinación y el equilibrio de los consumidores. Al respecto, Quimbayo-Díaz y Olivella-Fernández (2013, p. 35) explican lo siguiente:

Entre los efectos de la marihuana en el organismo, se destacan, a nivel cerebral alteraciones del movimiento, coordinación, aprendizaje, memoria y funciones cognitivas superiores, como el juicio y el placer, la capacidad de concentración para realizar tareas complicadas, hacer deportes extremos, y el estado de alerta para conducir.

En el sistema neuroendocrino, efectos en la función sexual y reproductiva, disminución libidinal, ciclos anovulatorios, oligospermia, alteración en la movilidad de los espermatozoides. En el sistema inmune, se suprimen respuestas humorales y celulares in vivo e in vitro, aumento en la susceptibilidad a infecciones.

Por otra parte, en lo referente a los efectos causados por esta droga a la salud mental, Díaz-Granados, Pérez y Muñoz (2013, p. 56), explican que:

En cuanto a la salud mental, el consumo de marihuana se ha asociado con el incremento del riesgo de padecer trastornos mentales (esquizofrenia y síntomas psicóticos), sobre todo cuando hay historia familiar de estos desordenes; en el caso de la esquizofrenia el riesgo es aún mayor cuando se consume desde temprana edad. En este punto es importante tener en cuenta que son los consumidores más jóvenes (entre los 14 y 15 años), quienes se ven más afectados por el uso habitual de la marihuana, comparado con consumidores un poco mayores (de 20 y 21 años): hay mayor riesgo de depresión, ideas suicidas y ansiedad.

En este sentido, el uso del Cannabis produce cambios en el cerebro, afectando los receptores cannabinoides que se encuentran en las partes del cerebro que influyen en el placer, la memoria, el pensamiento, la concentración, el movimiento, la percepción sensorial y del tiempo, y la coordinación.

La marihuana fumada puede producir graves problemas de salud, al depositar entre tres y veces más de alquitrán en los pulmones que un cigarrillo de tabaco. Consecuentemente, los fumadores regulares de marihuana padecen de muchos de los problemas de salud que los fumadores de tabaco, tales como tos crónica y sibi-

lancias, resfriados de pecho y bronquitis crónica. Adicionalmente, la marihuana contiene mayor cantidad de hidrocarburos carcinogénicos que un cigarrillo de tabaco.

Existe evidencia empírica de que la marihuana afecta especialmente al sistema respiratorio, ocasionando enfermedades como cáncer de pulmón o broncopulmonar, hiperemia, alteraciones celulares del epitelio bronquial, metaplasmas de células escamosas y del tracto respiratorio, producción de esputo, tos crónica, episodios de sibilancias y bronquitis aguda, entre otros. Se ha encontrado también que los consumidores regulares tienen un alto riesgo de padecer bronquitis crónica, discapacidad en la función respiratoria (mayor riesgo de infección pulmonar y obstrucción de las vías respiratorias), tos frecuente, flema y mayor frecuencia de enfermedades agudas en el pecho.

No obstante, la relación entre la marihuana con el cáncer es ambigua. Por un lado, hay estudios que dan cuenta de la relación entre fumar marihuana y la aparición de cáncer en partes del cuerpo que han sido duramente expuestas a los carcinógenos del humo de la marihuana, como la boca, la lengua, el esófago y pulmones (Díaz-Granados, Pérez y Muñoz, 2013, p. 56).

MITO 2. LA MARIHUANA NO CREA ADICCIÓN

La marihuana es una droga que crea adicción tanto desde el punto de vista psicológico como químico. En efecto, con el tiempo el THC, su principal compuesto químico, puede causar cambios en el cerebro, al punto de producir su propio neurotransmisor asociado, efecto que no se ha encontrado en otra droga. En efecto, la marihuana es mucho más poderosa de lo que solía ser años atrás, puesto que los niveles promedio de THC se han incrementado. Vale destacar que los usuarios que usan frecuentemente esta droga desarrollan tolerancia farmacológica, por lo que requieren consumir cantidades paulatinamente mayores para obtener el efecto deseado. Esta tolerancia lleva a la dependencia a la marihuana, la cual se manifiesta con un síndrome de abstinencia cuando se interrumpe su consumo. Al respecto, Díaz-Granados, Pérez y Muñoz (2013, p. 57), sostienen lo siguiente:

Se ha visto que existe riesgo de dependencia en uno de cada diez consumidores cuando hay un uso crónico (consumo diario o casi a diario por varios años), dependencia que está caracterizada por un deterioro en el control de uso de la sustancia, y la dificultad de abandonar el consumo a pesar de los daños que esté causando. De hecho, se ha encontrado que los consumidores de marihuana (que consumen por lo menos una vez a la semana), sufren más de síntomas de depresión y estrés y tienen mayor nivel de dependencia, que aquellos consumidores de marihuana que lograron abandonar el consumo con éxito (son consumidores que llevan por lo menos un año de abstinencia). Cabe mencionar que tanto los consumidores que han abandonado con éxito el consumo, como aquellos que lo han hecho sin éxito, reportan altos niveles de ansiedad.

Aunado a lo anterior, se encuentra que dentro de los diversos cambios fisiológicos que ocurren en el organismo generados por este síndrome, se puede presentar: irritabilidad, enojo, agresividad; nerviosismo o ansiedad; dificultad para dormir (insomnio, sueños inquietantes); pérdida del apetito y de la masa corporal; inquietud; ánimo depresivo; dolor abdominal, temblor, escalofríos, además de sudoración excesiva, fiebre, diarrea y, en condiciones particulares, náusea, dolor muscular, búsqueda de la droga y alucinaciones (Ruíz y Prospero, 2014, p. 65).

MITO 3. LA MARIHUANA ES TERAPÉUTICA, POR TANTO, NO DEBE SER TAN MALA

Desde hace años se está proclamando que la marihuana puede tener un lugar dentro de la medicina como agente terapéutico. A pesar de que existen numerosos estudios que validan esta droga como agente en el tratamiento de diferentes patologías, se trata de un tema muy controversial y existen dos corrientes contrapuestas de defensores y detractores sobre su uso. El cannabis destaca como un recurso ecológico importante para aliviar diversos dolores causados por ciertas enfermedades, esto lo expresa Valencia (2011, p. 141), de la siguiente manera:

Se utiliza para tratar enfermedades congénitas, desde simples dolores de cabeza, el sida o el cáncer. Se conoce más

sobre las aplicaciones terapéuticas de la marihuana que sobre otra droga prescrita: la marihuana ha sido probada por millones de personas y en todo este tiempo no hay una sola muerte registrada a causa de su consumo. Usada en migrañas, en el avance del glaucoma, el control de la espasticidad, en esclerosis múltiple, alivia náuseas y el dolor asociado con tratamientos de la quimioterapia, artritis y reumatismo, ayuda a eliminar el dolor en enfermedades crónicas, eficaz en anorexia nerviosa, antiespasmódico y relajante, hipotensor, antidepresivo, mejora la oxigenación siendo muy eficaz en tratamientos asmáticos y síndromes de abstinencia y psiquiátricos.

El cannabis no sirve para curar, sino para aliviar dolores en caso de pacientes con enfermedades crónicas. Se han determinado principios activos de esta sustancia que tienen efectos paliativos para algunos de los síntomas de enfermedades. Sin embargo, en personas sanas no tiene ninguna propiedad beneficiosa. Por otra parte, las comunidades científicas y médicas han determinado que la marihuana fumada es perjudicial para la salud y no un tratamiento. No existe evidencia médica de que la marihuana fumada ayude a los pacientes, ni siquiera para la enfermedad crónica. (Valencia, 2011).

HITO 1. TODOS LOS USUARIOS DE LA MARIHUANA LLEGAN A DESARROLLAR DEPENDENCIA FÍSICA Y/O PSÍQUICA

Al respecto, existe un significativo porcentaje de personas capaces de auto regularse y tener un consumo moderado del cannabis. Hay quienes la prueban una sola vez o en contadas ocasiones y no vuelven a consumirla nunca más. Esto puede evidenciarse en las estadísticas de consumo, según Schmidt (2015, p. 25), “no todos los que responden afirmativamente a la pregunta de si han probado sustancias psicoactivas alguna vez, responden lo mismo cuando se les pregunta si lo han seguido haciendo o si lo han hecho en el último mes”. Los porcentajes son significativos para el primer caso en relación a quienes han seguido con el consumo.

HITO 2. EL CONSUMO DE MARIHUANA ESTÁ ASOCIADO CON CONDUCTAS CRIMINALES

Esta asociación puede considerarse un error histórico e información manipulada, pues se carece de correlaciones probadas que así lo afirmen. Aunque es evidente que hay delincuentes que la consumen, también están quienes no lo hacen. Entonces, la relación de la marihuana con la delincuencia se aprecia en su ilegalidad, es decir, no es que el usuario por su consumo realice actos de delincuencia o criminalidad, sino que, al sembrarla, comprarla, venderla, poseerla o transportarla, se convierte en un delincuente, desde un contexto jurídico (Schmidt 2015, p. 28).

HITO 3. EFECTOS PSICOLÓGICOS Y FISIOLÓGICOS

Los efectos psicológicos del Cannabis suelen ser diferentes en cada ocasión que se utiliza. De manera general, a decir de Schmidt (2015, p. 42), se encuentran algunos aspectos generales que aparecen algunas constantes en diversas investigaciones científicas:

El primero de ellos es el aumento de la agudeza visual, táctil, gustativa y sobre todo auditiva... Referente a la concepción distorsionada del tiempo, esta es una de las pocas variables en la que coinciden unánimemente todos los estudios. Diversas personas entrevistadas comentan que los intervalos de tiempo parecen subjetivamente elásticos, es decir, que los minutos parecen horas y los segundos minutos, el tiempo parece discurrir más lentamente.

Sujetos que han fumado marihuana por primera o hasta quinta vez han reportado no sentir ningún cambio psicológico perceptible a pesar de sufrir los cambios físicos más inherentes, o sea, alteración cardiaca, sequedad bucal y enrojecimiento de los ojos. Otros usuarios novatos reportan risa incontrolable y sentimiento de bienestar; otros hablan de periodos de introspección y otros más han dado cuenta de sensaciones de extrañeza y ansiedad, así como paranoia o pánico.

Estos efectos iniciales, suele dejar de percibirse a medida que el consumo de la marihuana se hace frecuente, por lo que el usuario

habitual se acostumbra a estar en un estado modificado de conciencia, por lo que las sensaciones son cada vez más subjetivas tales como introspección, creatividad, tranquilidad, relajación, percepción aumentada o especializada; entre otros.

A medida que el efecto de la droga desaparece, la mayoría de los consumidores reportan gran apetito y deseos de comer alimentos dulces. Esto según reporta Weil (1993), citado por Schmidt (2015), sirven para aumentar la glucosa disponible y mantener una oxigenación óptima.

Lo que sí está claro es que los efectos fisiológicos pueden presentar una polaridad, es decir, estados de risas fuertes y sonoras, e incremento del lado cómico de las cosas; frente a una aprensión y zozobra, aunado de una tendencia de ir al fondo de la realidad (cosa poca risueña), aunado a un cuestionamiento de lo que la persona pudo o debió hacer y aún no ha realizado, es decir, la dimensión del incumplimiento. Igualmente, la marihuana incrementa los rasgos de la personalidad, a saber, si alguien es introvertido, esto se acentuará; si la personalidad es de tendencia psicótica, podrá llegar a serlo aún más.

4. LA LEGALIZACIÓN DE LA MARIHUANA EN OTROS PAÍSES

Hasta hace algunas décadas, la producción, distribución, compra, venta, posesión y consumo de la marihuana estaban prohibidos en la mayoría de los países. Sin embargo, esta situación se está modificando y hoy en día muchas naciones han llevado a cabo reformas para flexibilizar su regulación legal, y otras comienzan la posibilidad de hacerlo. De un enfoque represivo de intolerancia y la estricta aplicación de la ley se está transitando a una búsqueda de alternativas normativas a la guerra contra las drogas.

En el año 1976, Holanda había autorizado la venta a mayores de 18 años, pero restringida solo a locales específicos, llamados “Coffee Shop”, donde se podía vender hasta en cantidades de 5 gramos. Después de que el consumo de marihuana fuera legal, este

casi se triplicó en la población juvenil, incentivados por el consumo de sus mayores, buscándola en lugares más apartados y menos regulados.

En opinión de Dolf Hogewoning, embajador de los Países Bajos en México, citado por Martínez (2013), las personas en diversas partes del mundo tienen ideas preconcebidas sobre Holanda que no son ciertas. Al contrario de lo que se cree, técnicamente Holanda nunca ha legalizado la marihuana y además aseguró que no existen los coffee shops en cada esquina de los Países Bajos, sino que la mayoría de estos expendios se concentran en las áreas urbanas de Amsterdam, Rotterdam, La Haya y en la región fronteriza del sur, bajo ciertas normas: no se publicitan, no hay venta de drogas duras, se vigila estrictamente que los coffee shops no alteren el orden público en los alrededores, se prohíbe la entrada y/o venta a jóvenes menores de 18 años y el nivel máximo para la venta es de 5 gramos por persona al día. Adicionalmente afirmó que el número total de estos establecimientos es alrededor de 650 en todo el país.

Entonces, no existen más usuarios y adictos en Holanda por la política tolerante de drogas que en otros países de Europa. A pesar de que actualmente se encuentran por encima de la media europea en cuanto al consumo de drogas, dentro de la población holandesa se pierde el interés sobre estas sustancias, especialmente en el cannabis, donde el consumo es del 7%. Otro claro ejemplo de la pérdida del interés en el decremento de los coffee shops, al no estar en todo el territorio y el número de ellos es poco representativo.

La política de drogas en Holanda ha demostrado ser efectiva, en los términos de que la proporción de usuarios de drogas blandas no ha sido demasiado alta, en comparación con otros países europeos. Una cuestión importante es el equilibrio entre salud pública y el orden público. Si la política de drogas es demasiado represiva y pone mucho énfasis en el orden público, la población de usuarios puede volverse invisible, y de esta manera las medidas de salud pública como la prevención y el control de enfermedades infecciosas sería mucho más difícil.

Por su parte, en el 2013, Uruguay se convirtió en el primer país latinoamericano en alcanzar la regulación legal del cannabis, mediante la aprobación de un proyecto de ley que establecía que el Estado asumirá el control y la regulación de las actividades de importación, producción, adquisición a cualquier título, almacenamiento, comercialización y distribución de marihuana o sus derivados. Esta ley responde a una política orientada a minimizar los riesgos y a reducir los daños del uso del cannabis; además, promueve la debida información, la educación y la prevención respecto de las consecuencias y efectos perjudiciales del consumo, así como el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social de los usuarios problemáticos de drogas. Otro aspecto que destaca en la ley es el auto-cultivo y los clubes de membresía, que permiten a un conjunto de 45 personas tener un mínimo de 99 plantas. Asimismo, la venta al público se realiza exclusivamente en farmacias (Soto, 2014).

Al trasladar la competencia al Estado, esta regulación permite no solo una política re-socializadora, orientadora y educativa, sino que da un salto hacia una efectiva prevención más allá de la persecución, coerción y represión del delito. Sin embargo, hay detractores de este cambio legislativo, que afirman que Uruguay había violado los tratados internacionales al legalizar la producción, venta y consumo de marihuana, sin tomar en cuenta la dimensión del impacto en la salud del uso de la droga. La norma prohíbe todo tipo de publicidad de los productos de cannabis psicoactivo.

En otro sentido, desde hace 12 años, Portugal no criminaliza a los usuarios de drogas, aunque no está legalizado su consumo. Martínez (2013), explica que esta región es un caso excepcional en el uso de la marihuana, puesto que, a diferencia de otros países europeos, entró muy tarde en el comercio de cannabis.

La legislación portuguesa establece que una persona puede llevar hasta 10 dosis diarias de cannabis o hachís. Cada dosis puede tener de 2.5 gramos (marihuana), y 0.5 gramos (hachís). Si una persona es sorprendida con una cantidad superior a estos límites, se considera en posesión para la venta. Por otra parte, su consumo en lugares públicos no está permitido.

Además, en materia de seguridad pública hay un retraso en el inicio del uso de drogas por los jóvenes, y existe un aumento de la eficiencia de la actividad de la policía y las aduanas, que en vez de perder su tiempo con los usuarios han dedicado su atención contra organizaciones criminales y ha incrementado la colaboración con organizaciones internacionales.

En otros países, en que no se permite el consumo, existe una variada legislación, según sea el tráfico, el cultivo o la posesión de ella. En Chile el consumo personal es legal, pero es ilegal el cultivo, la producción, la compra y su comercialización.

5. EL CASO VENEZOLANO

Venezuela es considerada como país ideal para el tránsito de drogas, razón por la cual el problema del consumo queda relegado a un segundo plano; no obstante, a que los registros de la Oficina Nacional Antidrogas (ONA), muestran cifras que llaman la atención en torno a la edad de inicio del consumo, el cual se encuentra entre los 14 a 19 años, además de reflejar un repunte en el grupo de menores de 10 años. Asimismo, resulta preocupante que los adolescentes estén pasando de las denominadas drogas blandas tales como la marihuana, mezclada con el alcohol; para iniciarse en el consumo de drogas duras: cocaína, crack, heroína y éxtasis. Ante este referente, son innumerables los estudios que dejan por sentado que el consumo de drogas constituye un problema social fundamental, que significa un deterioro para la juventud y puede generar un aumento de la delincuencia.

La normativa legal en Venezuela sobre el consumo de sustancias estupefacientes deja establecido que puede ser sujeto activo del delito según lo previsto en el artículo 36, de la Ley Orgánica Sobre Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, todo aquel que sea consumidor, probada dicha condición con las experticias señaladas en los artículos 112 y 114 ejusdem, y siempre que posea la sustancia en cantidades que no sobrepasen los límites allí expresados, es decir, dos (2) gramos, para los casos de posesión de cocaína y hasta veinte (gramos), para los casos de cannabis sativa, de lo contrario, habrá un consumidor delincuente y será penado sobre la

base de lo dispuesto en los artículos 34 y 35 de la señalada norma. Se puede así apreciar la disposición de considerar como delincuente al consumidor que se encuentre en posesión de estas sustancias, por encima de lo permitido por la ley. Esta conducta hace suponer que en la sentencia de la ley definitiva sobrevendrá el castigo previsto por el legislador.

Por otra parte, al considerarse el consumo de marihuana a nivel regional, aunque fue imposible tener acceso a datos institucionales sobre las cifras estadísticas actualizadas que manejan los entes competentes, en las cuales se refleja el incremento de este flagelo en el estado Mérida; los hechos que denuncian las páginas de los diversos diarios de circulación regional así lo evidencian, son significativos los alijos de drogas decomisados en puestos de alcabalas, aeropuertos, así como en los distintos allanamientos que llevan a efecto el Cuerpo de Investigaciones Científicas, Penales y Criminalísticas (CICPC); la Guardia Nacional Bolivariana y la Policía Nacional del estado Mérida; entre otros órganos acreditados. Siendo lo más preocupante al respecto, el número de personas jóvenes y adolescentes que se ven involucradas en estos hechos tan lamentables, en los que la carencia de información en la materia representa un rol predominante para ese crecimiento.

6. CONCLUSIONES

Es necesario lograr cambios sociales profundos en la percepción del riesgo en el uso de la marihuana. Para conseguir que disminuya su consumo es fundamental reducir la tolerancia social, aumentar la información sobre los efectos negativos, desechar el término de “droga blanda” utilizado en la actualidad para hacerla parecer como una sustancia no tan dañina o inofensiva, contrarrestar la presión de la cultura pro consumo y luchar contra los intereses económicos que sostienen el mismo.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

De la Fuente, J., Álvarez, D., Rodríguez, R., Ramos, L., Prospéro, O., Mesa, F., Zabicky G. y Melgar, M. (2015). Marihuana y salud. Ciudad de México, México: Fondo de Cultura Económica.

Díaz-Granados, O., Pérez, A. y Muñoz, V. (2013). Sobre la supuesta inocuidad del consumo de marihuana: diferencia entre consumidores y no consumidores en encuestas nacionales en Colombia [Revista en Línea] Disponible: <http://www.scielo.org.pe/> [Consulta: 2017, Octubre, 23]

González, K. y Londoño, C. (2017). Factores personales, sociales, ambientales y culturales de riesgo de consumo de marihuana en adolescentes [Revista en Línea] Disponible: <http://revistas.uv.mx/> [Consulta: 2017, septiembre, 21]

Ley Orgánica Sobre Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (1993). Gaceta Oficial No. 4.636. Septiembre 30, 1993

Loredo, A., Casas, A. y Monroy, D. (2014). Revista de la Facultad de Medicina UNAM. La marihuana: Entorno social y sus efectos nocivos en el producto in útero, en la niñez y en la adolescencia [Revista en Línea] Disponible: <http://biblat.unam.mx/en/revista/revista-de-la-facultad-de-medicina-unam/> [Consulta: 2017, Octubre, 12]

Martínez, D. (2013). Holanda, Uruguay y Portugal desentierran mitos sobre la legalización de la marihuana; comparten sus experiencias [Artículo en Línea] Disponible: <http://www.sinembargo.mx/> [Consulta: 2017, octubre, 25]

Mönckeberg, F. (2014). Los pro y contra de la legalización de la marihuana [Revista en Línea] Disponible: <http://www.scielo.cl/> [Consulta: 2017, Septiembre, 25]

Organización Mundial de la Salud (2015). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas [Resumen en línea] Disponible: http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience

Quimbayo-Díaz, J. y Olivella-Fernández, M. (2013). Consumo de marihuana en estudiantes de una universidad colombiana [Revista en Línea] Disponible: <http://www.redalyc.org/> [Consulta: 2017, Octubre, 12]

Ruíz, A. y Prospero, O. (2014). La Marihuana [Revista en Línea] Disponible: <http://www.revistaciencia.amc.edu.mx/> [Consulta: 2017, Octubre, 17]

Schmidt, M. (2015). ¿Qué es y con qué se compara la marihuana? Destruye los mitos acerca de la marihuana. [Libro en Línea] Disponible: <https://books.google.co.ve/books> [Consulta: 2017, Octubre, 31]

Soto, M. (2014). La legalización de la marihuana en Uruguay y las lecciones para Costa Rica [Revista en Línea] Disponible: <http://www.ambientico.una.ac.cr/> [Consulta: 2017, Octubre, 26]

Tellez, J. (2015). Marihuana-Cannabis: Aspectos Toxicológicos, Sociales y Potenciales Usos Terapéuticos. Bogotá, Colombia: Ministerio de Justicia y del Derecho.

Valencia, C. (2011). Guía Terapéutica Ventosas y Fitoterapias. Bogotá, Colombia: Centro Internacional Terapias Especiales.