

Problemática del consumo de *Cannabis*

Autor: Mazzei Juan Antonio

Editor Jefe de la Revista Americana de Medicina Respiratoria

El cannabis es la sustancia ilegal psicoactiva más utilizada a nivel mundial¹. Su consumo constituye una problemática compleja con aspectos neurobiológicos, sociológicos y médicos. Las propiedades psicoactivas son primariamente debidas a un cannabinoide: delta-9-tetrahidrocannabinol (THC).

Tal como desarrolla el Académico Ramón C. Leiguarda en su obra “*El flagelo de las Adicciones*”², la marihuana contiene sustancias psicoactivas y su consumo está ampliamente extendido para usos recreativos. No obstante lo cual se ha demostrado que tiene características adictivas.

Las sustancias psicoactivas, citando a dicho autor, han sido clasificadas en cuatro grupos:

1. Cannabinoides, que incluyen la marihuana y el hachís.
2. Psicodélicos, que comprenden la morfina y sus derivados sintéticos, el alcohol y los solventes, hipnóticos, ansiolíticos, neurolepticos y anestésicos.
3. Psicoanalépticos (estimulantes) que abarcan las anfetaminas, metanfetamina y derivados, la cocaína y el paco o pasta base de cocaína.
4. Psicodislépticos o psicodélicos (alucinógenos) entre los se encuadran la mescalina y el LSD

El mecanismo a través del cual se produce la adicción es primariamente neurobiológico e involucra “el sistema de recompensa mesolímbico”, Componen este sistema estructuras el núcleo *accumbens*, la amígdala y regiones relacionadas y el hipocampo. La otra estructura involucrada es la corteza prefrontal. Todos estos centros son estimulados por la dopamina, cuyos niveles son aumentados por todas las drogas, ya sea por directa o indirecta. Además de la dopamina, los efectos reforzantes del *cannabis* también se ejercen a través de mecanismos no dopaminérgicos relacionados con otros neurotransmisores como el glutamato, de acción excitatoria, el ácido gama-aminobutírico, de acción inhibitoria y varios opioides endógenos de acción excitatoria o inhibitoria.

Las drogas estimulantes en general producen aumento de la atención, estado de alerta, actividad psicomotora y del sistema nervioso autónomo. Su comportamiento se asemeja al de las recompensas naturales (relaciones sociales, por ejemplo) actúan sobre los mismos mecanismos neurológicos produciendo placer conductual. La diferencia radica en que las drogas usurpan los mecanismos dopaminérgicos pero no producen efecto saciedad, es decir que el aumento de la dopamina no se detiene produciéndose “sensibilización dopaminérgica”, el mecanismo básico de la adicción.

La Asociación Médica Americana define la adicción como “*un trastorno crónico, caracterizado por el uso compulsivo de sustancias que causan daño físico, psicológico y social a los adictos, quienes a pesar del daño continúan consumiéndolas*”.

La adicción a sustancias psicoactivas, es pues, un síndrome psicológico y conductual y físico que cumple con las cuatro características fundamentales que la definen:

1. Pérdida del control sobre el uso de drogas
2. Compulsión a buscar e ingerir drogas
3. Persistencia en el consumo a pesar del daño que producen
4. Estado emocional negativo cuando no hay acceso a la droga: síndrome de abstinencia

En el caso particular del *cannabis*, que puede ser fumado o ingerido por vía oral, sus efectos son más rápidos y potentes por la vía inhalatoria. El consumo agudo de marihuana produce manifestaciones clínicas como euforia, sensación de bienestar, desinhibición, trastornos de atención, concentración y memoria, alteración del sentido del tiempo, disminución de la discriminación auditiva y mayor agudeza visual. Los trastornos asociados al uso de *cannabis* se desarrollan aproximadamente en el 10% de los consumidores y se asocian habitualmente a trastornos cognitivos, mal desempeño laboral y en el estudio; está demostrado que el consumo de marihuana es el paso previo a la adicción de otras drogas mayores y que puede causar efectos adversos psicopatológicos severos, facilitando la expresión de psicosis (esquizofrenia)^{2,3}.

A pesar de todas las evidencias científicas sobre los efectos deletéreos del consumo de marihuana, varios estados de EE.UU. (Colorado y Washington), algunos países europeos y particularmente en la República Oriental del Uruguay se ha legalizado su uso y regulado el consumo.

En este número de la Revista Americana de Medicina Respiratoria Torres Esteche, Monteghirfo Braggio, Diaz Somoza y Saad publican el trabajo “Consumo de Marihuana en estudiantes de Medicina en Uruguay y su asociación con el tabaquismo”⁴. Se trata de un estudio observacional mediante un cuestionario en estudiantes del quinto año de la carrera de medicina. Los autores muestran que, aunque la mayoría de los encuestados reportaron considerar nocivo el consumo de marihuana, el 60.57% reportó haberla consumido alguna vez en su vida y el 30.29% en los últimos doce meses. De la comparación de este resultado con la información aportada por la Encuesta Nacional Sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de la Enseñanza Media en Uruguay del año 2014 surge que la frecuencia de consumo de marihuana entre los estudiantes de medicina fue mayor que en los jóvenes de la escuela media. Entre los encuestados se encontró una asociación estadísticamente significativa entre tabaquismo y consumo de marihuana.

Se ha demostrado internacionalmente que hay una comorbilidad bidireccional entre el uso de *cannabis* y tabaquismo⁵. En una encuesta de más de 36.000 adultos en EE.UU. se encontró que quienes presentaban problemas asociados al tabaquismo eran seis veces más proclives a tener problemas asociados al consumo de *cannabis* que aquellos que no tenían problemas con el tabaquismo⁶.

A pesar del impacto social de la legalización, ninguno de los estudiantes había recibido formación científica sobre la problemática del uso de *cannabis*.

Los autores hacen consideraciones sobre la necesidad de implementar políticas similares a la del control del tabaco, sobre el uso de marihuana y enfatizar el rol modélico que el médico debe tener para poder abordar adecuadamente a los pacientes adictos a esta sustancia.

Referencias

1. United Nations Office on Drugs and Crime, World Drug Report 2016, Vienna 2016.
2. Leiguarda RC “El Flagelo de las adicciones” Academia Nacional de Educación. Buenos Aires. 2016.
3. Volkow ND., Swanson JM., Evins AE., DeLisi LE., Meier MH., Gonzalez R., Bloomfield MA., Curran HV, Baler R. Effects of Cannabis Use on Human Behavior, Including Cognition, Motivation, and Psychosis. JAMA Psychiatry. 2015; 3278-3290.
4. Torres Esteche V, Monteghirfo Braggio R, Diaz Somoza M, Saad Y. Consumo de marihuana en estudiantes de medicina en Uruguay y su asociación con tabaquismo. Revista Americana Medicina Respiratoria. 2018; 18 (2): 79-83.
5. Agrawal A, Budney AJ, Lynskey MT. The co-occurring use and misuse of cannabis and tobacco: a review. Addiction. 2012; 107: 1221-1233.
6. Hasin DS, Kerridge BT, Saha TD, et al. Prevalence and Correlates of DSM-5 Cannabis Use Disorder, 2012-2013: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. Am J Psychiatry. 2016; 173: 588.