



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

Prof. AQUILINO M. POLAINO-LORENTE  
Profesor Agregado de Psicología Patológica.  
Universidad Complutense

## LA MARIHUANA, ¿UN MEDICAMENTO? \*

### *El permisivismo legislativo*

La legislación norteamericana sobre la posible aprobación de la marihuana como medicamento es una de esas cuestiones paradójicas que están sobre el tapete por aquellos lares.

El gobernador de Nuevo Méjico firmó una propuesta de ley, en febrero de 1978, permitiendo el uso de la marihuana como medicamento para el tratamiento del glaucoma. Un poco más tarde se autorizaba el uso medicamentoso de esta sustancia en Louisiana, Florida e Illinois. El ejemplo, a lo que parece, cundió.

Simultáneamente, la FDA (Food and Drug Administration) recomendaba que la marihuana permaneciera en el inventario número 1 del Acta Federal de Sustancias Controladas.<sup>1</sup> Esta recomendación no fue, sin embargo, aceptada. Con la retención de la marihuana en el inventario número 1, la FDA definió de una forma perentoria y taxativa que esta sustancia no tenía, por el momento, efectos medicinales beneficiosos.

\* Comunicación al III Congreso Español de Medicina Legal. Madrid, diciembre de 1979.

1. Como se sabe, depende de la FDA el permiso para el uso y comercialización de cualquier sustancia farmacológica. Esta institución, últimamente, ha venido manifestándose escrupulosamente exigente a la hora de autorizar cualquier medicamento, hasta no haber agotado todas las garantías y satisfecho todos los criterios y cautelas; incluso aquellas, como los efectos no deseados —*undestorable side-effects*—, que acompañan casi siempre a todo fármaco.

*Informes sobre una polémica: La legalidad supuestamente médica de una droga ilegal*

Desde que en 1971 Hepler y Frank<sup>2</sup> informaron que el consumo de marihuana reducía la presión intraocular (promedio del 25 por ciento, rango del + 5 por ciento al - 40 por ciento), muchos oftalmólogos abrigaron la esperanza de que esta sustancia pudiera emplearse para el tratamiento del glaucoma. El glaucoma, no se olvide, constituye la tercera de las causas de ceguera en USA. Estas expectativas se veían optimizadas en un principio, por cuanto que no existían todavía evidencias de que la marihuana produjera otros efectos no tan beneficiosos...

He aquí la pequeña historia de lo que hasta ese momento tan sólo era un puñado de buenos deseos.

Investigaciones posteriores han conseguido frustrar tales expectativas. Sintetizo algunas de las conclusiones a que se han llegado.

1. La marihuana no es una sustancia química simple. Su análisis revela la existencia de por lo menos seis elementos que intervienen en su composición (Graham, 1976): cannabinol, cannabidiol y varios tetrahidrocannabinoles de diferentes estructuras químicas.<sup>3</sup>
2. Aún no se tienen evidencias de las acciones específicas que puedan derivarse de los metabolitos de la marihuana a lo largo de su proceso desintegrador.<sup>4</sup>
3. Se ha verificado que los efectos desencadenados por cada uno de los cannabinoides que intervienen en su composición son muy variados y diferentes.<sup>5</sup>
4. Sobre la modificación de la presión intraocular que dicen producir hay que añadir que ese efecto es muy versátil, dependiendo de los distintos pesos de cada una de las sustancias que entran en la composición de la marihuana, y de la vía de administración que se emplee.<sup>6</sup>
5. La marihuana produce muchos y más perjudiciales efectos que los de reducir la presión intraocular. Así, por ejemplo, alteraciones en la memoria a corto plazo,<sup>7</sup> taquicardia, euforia, enrojecimiento de la

2. HEPLER, R. S., y FRANK, I. M.: "Marihuana smoking and intraocular pressure", en *Journal of the American Medical Association*, vol. 217, 1.392, 1971.

3. GRAHAM, J. D. P.: *Cannabis and Health*, Academic Press, Nueva York, 1976.

4. WAGNER y cols.: EN BRAUDE, M. D., y SZARA, E. (eds.): *Pharmacology of Marihuana*, vol. 2, Raven Press, Nueva York, 1976.

5. COOLER, P., y GREGG, J. M.: "The effect of delta-9-tetrahydrocannabinol on intraocular pressure in humans", en COHEN, S., y STILLMAN, R. C. (eds.): *The Therapeutic Potential of Marihuana*, Plenum Press, Nueva York, 1976.

6. VACHON, L., y SULKOWSKI, A.: "The effect of beta-adrenergic blockade on acute marihuana intoxication", en *Ibid.*

7. HEPLER, R. S., y PETRUS, R.: En *The Therapeutic Potential of Marihuana*, Plenum Press, Nueva York, 1976.

conjuntiva ocular, alteraciones temporoespaciales, etc.<sup>8</sup> Los anteriores efectos se obtienen con dosis de 80 microgramos de sustancia activa, por kilogramo de peso. Cuando se aumenta la dosis (o en los casos relativamente frecuentes de sobredosificación, dado que no se está seguro de que la marihuana no genere dependencia física), los resultados son mucho más graves y nocivos: Alucinaciones y errores sensoriales, alteraciones de la personalidad, fotofobias, temblores, disminución de las destrezas motoras (conducción de vehículos), disartrias, hipertensión, cambios en la agudeza visual y en el diámetro pupilar, náuseas, vómitos, congestión de las vías respiratorias, impotencia, homosexualidad, además de empujar al individuo hacia el consumo de las denominadas drogas "duras", todavía más peligrosas. La marihuana sirve de **springboard**, de trampolín, para una escalada de la que muy difícilmente puede regresarse.

6. No se sabe con certeza a qué se debe la variabilidad de los resultados que produce, aunque se hipotetiza que puede estar relacionada con la distinta tolerancia individual y las distintas situaciones estimulares sociales en las que se consume.
7. También se desconoce cuál es la vía de administración más idónea y qué sustancias deben emplearse en el caso del glaucoma.
8. Por otra parte, el informe específico de algunos oftalmólogos, como Green,<sup>9</sup> aconseja continuar con las investigaciones antes de permitirse su uso. Y ello porque:
  - a) Algunas de las sustancias que intervienen en su composición no producen los efectos deseados por la oftalmología.
  - b) No se ha podido aislar todavía un elemento específico de esta sustancia que tenga también una acción específica sobre una enfermedad determinada.
  - c) Es difícil arbitrar las condiciones que permitan el adecuado control del especialista sobre la administración del supuesto medicamento.
  - d) Aunque es posible que algunos de sus derivados puedan tener otras aplicaciones terapéuticas (como antiasmáticos o antieméticos), éstas aún no han sido probadas.
9. La concentración de las diversas fracciones dependen de las varieda-

8. POLAINO-LORENTE, A.: "Alteraciones psíquicas temporo-espaciales en las drogomanías", *Lecciones médicas*, 42-51, marzo 1974; "Dimensiones psicológicas y culturales de la drogomanía", *Folia Clínica Internacional*, t. XXIV, núm. 5, mayo 1974.

9. GREEN, K.: "The ocular effects of cannabinoids", en *Current Topics in Eye Research*, Academic Press, Nueva York, 1978; "Current status of basic and clinical marihuana research in ophthalmology", en *Symposium on Ocular Therapy*, Wiley and Sons, Nueva York, 1979.

des de donde se extraen —*cannabis sativa* y *cannabis indica*—, pero también del lugar y el modo de extracción (*charas, ganjah, bhang*).

### *Doble código ético*

Mientras las instituciones técnicas —la FDA y la National Organization for the Reform of Marijuana Laws— se oponen a su aprobación legal (también cuando esta aprobación sólo sea para un restringido uso médico), los políticos se muestran partidarios de su legalización, primero de forma restrictiva, para más tarde hacerla extensiva a toda la población y generalizar así su consumo.

Simultáneamente que los políticos se ponen del lado de la tolerancia y la permisividad, se rasgan, los mismos políticos, las vestiduras, ante la plaga social de la drogadicción.

Por su parte, la OMS, hace tan sólo unos días comunicaba, alarmada, en México, que se estima el consumo infantil —¡no ya el juvenil!— de marihuana, sólo en Europa y Extremo Oriente, en un número “superior a seis cifras”. ¿Puede acaso sorprendernos el abuso generalizado y colectivista<sup>10</sup> de estas sustancias, cuando los legisladores y políticos se muestran tan ambiguos, indecisos y contradictorios?

### *¿Políticos, médicos o legisladores?*

Las soluciones, aquí como en otros problemas, no parece que puedan llegarnos del brazo de la inhibición de los legisladores y políticos, aun cuando éstos estén obligados, como lo están, a tomar las medidas oportunas tendentes a una prevención social y eficaz de la drogadicción.

Corresponde pues, a los médicos, al menos en lo que atañe a la legislación sobre la marihuana, continuar con las investigaciones sobre esta sustancia, e informar, oportuna y puntualmente, sobre sus efectos clínicos, fisiológicos y psicopatológicos. Mientras esto no suceda, sería una gran imprudencia liberalizar su consumo. También aquí, **caution is advisable**, la precaución es aconsejable.

En el IX Congreso Internacional sobre Prevención y Tratamiento de las Drogadependencias, celebrado en Madrid en el pasado mes de octu-

10. En España (1967), según datos facilitados por la B. E. de E., la policía decomisó alrededor de 0,3 toneladas de cannabis, mientras que hace sólo tres años (1975), llegó a decomisar algo más de 6 toneladas (incremento del 2.000 por ciento). De otra parte, los consumidores detenidos, entre 19 y 25 años de edad, se han incrementado de algo menos de un centenar (1968), a más de tres mil quinientos (1978).

bre, se propugnaba con toda razón, la despenalización del consumidor, a la vez que se daba un rotundo no a la liberación de la droga. Y es que despenalizar al drogadicto —que no al traficante— es una cosa muy distinta a legalizar la droga. Algo análogo puede decirse respecto de las críticas propugnadas —muchas de ellas desde ámbitos específicamente toxicomanígenos— en relación al denominado “modelo médico” de la drogodependencia. Repárese en que medicalizar es muy distinto de medicinar. Al toxicómano hay que medicinarlo, no medicalizarlo,<sup>11</sup> y junto al oportuno tratamiento farmacológico, emplear otras técnicas variadas e integradas, a fin de conseguir su reinserción social definitiva y sin recaídas. La medicina comportamental basada en la psicología del aprendizaje —y casi sin estrenar todavía en nuestro país—, tiene mucho que hacer en favor de la rehabilitación del toxicómano.<sup>12</sup>

No obstante, el problema es muy vasto; son tan etéreos sus horizontes, que urge una labor convergente de todos los estamentos sociales para dar alcance a la posible solución.

Pedagogos, psicólogos, asistentes sociales, periodistas y padres de familia, han de aunar esfuerzos, si no queremos continuar lamentándonos por los nocivos efectos que la droga está produciendo, en la actualidad, en nuestro país. Justamente, además, allí donde la sociedad es más vulnerable: en el futuro de ella misma, en su prolongación natural, que es donde está necesariamente el relevo de los que hoy constituimos la denominada población activa.

¿Qué será de la sociedad futura cuando miles de jóvenes procedentes del continuo sucederse generacional hayan despilfarrado sus energías, imposibilitando su desarrollo intelectual y hundiéndose en la patología mental, deban ser sostenidos por los demás ciudadanos?

El comité de Expertos de la OMS precisó, a finales de noviembre de 1979, cuáles eran las causas principales conducentes a la toxicomanía. “El desinterés de los padres, la falta de disciplina familiar, el bajo rendimiento escolar y el afán de imitar a sus compañeros” son, según las citadas fuentes, los más relevantes factores que empujan a los jóvenes preadolescentes al abuso de drogas. ¿Se seguirá todavía escamoteando estos graves problemas? ¿Nos abandonaremos los médicos a la permisividad con-

11. Una paradoja insostenible y todavía sin resolver es la negativa de la Seguridad Social a considerar a los toxicómanos como enfermos que deben ser incluidos en el Seguro de Enfermedad. Tal actitud no es precisamente de un exceso de medicalización, sino más bien de omisión discriminativa negligible, de clamorosa injusticia, de antimedicina y antiterapia al fin, con quienes necesitan de esos servicios por estar enfermos.

12. Cf. a este respecto, por ejemplo: BUHRJNGER, G., y cols.: *Therapiemanual für die stationäre Rehabilitation von jugendlichen Drogenkonsumenten. Forschungsprogramme in Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit*, Munich, 1975 (no publicado).

tentadiza de los político de turno, en lo que se refiere a la legalización de las drogas?

Hasta ahora sólo se ha rebajado la edad penal. A cualquier chico de 16 años se le reconoce tener capacidad para delinquir y, en consecuencia, todo el peso de la pena puede recaer sobre sus frágiles espaldas. ¿Y los legisladores? ¿Tienen también capacidad reconocida para que los ciudadanos podamos exigirles la responsabilidad de sus decisiones? ¿Serán los ciudadanos adultos capaces de exigir esas responsabilidades a sus legisladores y políticos?

*Dirección del autor:*

Prof. A. POLAINO-LORENTE  
Universidad Complutense  
Ponzano, 69. MADRID-3