

MARIHUANA, CONSIDERACIONES ÉTICAS

García-Solís Eduardo*

¿Es ético fumar marihuana?, ¿moralmente se debe aceptar?, ¿legalizar su uso? son preguntas que se hacen muchas personas en la actualidad, algunos están de acuerdo, otras no. Ha ocasionado que en todo el mundo, principalmente en el occidente existan una serie de debates, controversias, foros en donde se habla de la marihuana. Y es que más allá de las consideraciones éticas o morales, debe de prevalecer que es lo mejor para el ser humano, el bien por el bien. Que beneficios, daños, es por ello que se efectúan una serie de consideraciones.

La marihuana es una droga psicoactiva, al igual que la nicotina, el alcohol, que causa dependencia y trastornos mentales y físicos, estas dos últimas son lícitas, mientras que la marihuana es considerada ilícita. En algunos países está autorizada su venta para uso medicinal y recreativo, como es Holanda, los Estados Unidos de América. En México la marihuana actualmente es considerada ilícita aunque, se ha utilizado desde tiempos atrás, para alivio de enfermedades como el reumatismo, o de forma recreativa, tan es así que una canción popular la cucaracha en unos de sus versos dice “la cucaracha, la cucaracha ya no puede caminar porque le falta, porque la falta marihuana que fumar”.

La marihuana pertenece al Reino: plantae, Filo: Magnophyta, Clase: Magnoliopsida, Orden: Urticales, Rosales Familia: Cannabaceae, Genero: Cannabis Especie: C. sativa ⁽¹⁾. Los términos cannabis y marihuana entre muchos otros, hacen referencia a las sustancias psicoactivas que son consumidas de la planta Cannabis sativa con fines recreativos, religiosos y medicinales. De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas, se trata de la sustancia ilícita más utilizada en el mundo. La regulación legal del consumo de cannabis depende de los países, existiendo tanto detractores como defensores. La marihuana se deriva de la planta de Cannabis sativa. Es probablemente uno de los fármacos psicotrópicos más antiguos conocidos por el hombre, con orígenes en Asia central. La marihuana contiene más de 400 compuestos químicos, incluyendo más de 60 cannabinoides. El principal cannabinoide psicoactivo es el tetrahidrocannabinol (THC). ⁽²⁾

Las propiedades farmacológicas de la marihuana fueron descritas por el médico irlandés William O'Shaughnessy en 1839. La droga fue promocionada por su

efecto anti - inflamatorio, antiespasmódico, antiasmático, anticonvulsivante y propiedades sedantes.⁽³⁾

La marihuana fue destituida de la Farmacopea de Estados Unidos en 1942, pero estaba todavía disponible legalmente para uso medicinal hasta de 1970. Cuando se aprueba la ley de sustancias controladas.⁽⁴⁾

Un dato interesante es que en un estudio publicado en South African Journal of Science reveló que se encontraron "pipas desenterradas de la casa de Shakespeare en Stratford-upon-Avon que contenían restos de cannabis".[El análisis químico se llevó a cabo después de que investigadores plantearan la hipótesis de que la "conocida hierba" (noted weed) mencionada en su Soneto nº 76, y el "viaje en mi cabeza" (journey in my head) del Soneto nº 27 podrían hacer referencia al cannabis y su uso.⁽⁶⁾

En 2004 las Naciones Unidas estimaron que aproximadamente el 4% de la población mundial adulta (162 millones de personas) consume marihuana anualmente, y alrededor del 0,6% (22,5 millones) lo consume a diario. En 2012, un 7.3% de los estadounidenses de 12 años y mayores reportaron usar marihuana frecuentemente. En comparación, en 2011 la cifra fue de 7%. Aunque es un incremento pequeño, el contraste real existe entre 2012 y 2007, cuando el 5.8% de los estadounidenses reportaron consumir marihuana⁽⁷⁾. El uso de marihuana en México aumentó de 0.6% en 2002 a 1.2% en 2011. Y fue en los hombres en la población en la que se registró el mayor aumento.⁽⁸⁾

Estudios han demostrado que delta-9 Tetrahidrocannabinol (THC), es el principal componente psicoactivo o alucinógeno de cannabis. Al fumar la marihuana, la máxima absorción es en los pulmones, mientras la ingestión oral tiene una errática absorción, una vez que el THC se une a los receptores cannabinoides en el cerebro, los efectos secundarios pueden incluir la estimulación del apetito, disminución de ansiedad, alivio de las náuseas y vómitos, disminuye la espasticidad, alivio del dolor y disminución de la presión intraocular.⁽⁹⁾

El compuesto químico psicoactivo predominante en el cannabis es el tetrahidrocannabinol también conocido por sus siglas, THC. El cannabis contiene más de cuatrocientos compuestos químicos diferentes, entre ellos al menos sesenta y seis cannabinoides aparte del THC, tales como el cannabidiol (CBD), el cannabinal (CBN) o la tetrahidrocannabivarina (THCV), que tienen distintos

efectos en el sistema nervioso. De acuerdo con la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) la cantidad de THC presente en una muestra de cannabis se utiliza generalmente como unidad de medida de la potencia del cannabis. La marihuana generalmente contiene 5% de THC, la resina “puede contener un 20% de THC” y el aceite de hachís “puede contener más de 60% de THC”. El cannabis suele ser consumido por vía respiratoria (fumando o vaporizado), aunque también es posible su consumo por vía oral. El efecto de la combustión al fumar, tiene el más alto nivel de riesgo a delirios y pánico.⁽¹⁰⁾

La marihuana fue destituida de la Farmacopea de Estados Unidos en 1942, pero estaba todavía disponible legalmente para uso medicinal hasta de 1970.⁽¹¹⁾ En México, la Ley General de Salud, actualmente restringe su uso de acuerdo al artículo 237.⁽¹²⁾

El sistema endocannabinoide, explica los múltiples efectos de la marihuana. De modulación de los neurotransmisores para regular órganos y células del sistema inmunitario, el sistema endocannabinoide puede afectar la regulación del apetito, metabolismo energético, obesidad, dolor y la inflamación, motilidad gastrointestinal y trastornos del sistema nervioso central.⁽¹³⁾

Informes de la Asociación Médica Americana, concluyen que existían pruebas suficientes para apoyar investigaciones adicionales sobre el potencial uso de la marihuana en el tratamiento de enfermedades médicas. Por ejemplo, la marihuana se ha utilizado para tratar la caquexia, la neuropatía o dolor crónico en pacientes con VIH, náuseas y vómitos en pacientes en quimioterapia; el dolor y espasticidad en los pacientes con lesión de la médula espinal.⁽¹⁴⁾

Algunos derivados de la marihuana ya están disponibles. El dronabinol (Marinol®) es 100% puro sintético THC, el ingrediente psicoactivamente más potentes de la marihuana y está clasificado como programar III. Se aprobó por la Food and Drug Administration (FDA) para dolor recalcitrante en náuseas y vómitos por la quimioterapia y como un estimulante del apetito para los pacientes con VIH. La nabilona (Cesamet™), es un análogo sintético aprobado por la FDA para el tratamiento de náuseas y vómitos inducida por la quimioterapia. Ambos son preparaciones orales, que tienen algunas desventajas potenciales, incluyendo la absorción lenta.⁽¹⁵⁾

El fumar marihuana ofrece un rápido alivio en el dolor. Varios estudios realizados en la década de 1970 y 1980 utilizando protocolos aprobados por la FDA

encontraron que el cannabis fumado era igual de eficaz y en algunos casos mejor que la vía oral THC⁽¹⁶⁾.

La marihuana tiene tantos efectos adversos como sobrenombres, es conocida como, Juanita, mota, hierba. Puede desencadenar reacciones adversas graves, incluyendo alucinaciones, pánico, confusión, disforia, paranoia, alucinaciones y ansiedad aguda. También puede causar efectos cardiovasculares agudos, como el ritmo cardíaco creciente y caídas en la presión arterial⁽¹⁷⁾. El uso de la marihuana deteriora la memoria a corto plazo, atención, habilidades motoras, tiempo de reacción y la organización e integración de información compleja. En el largo plazo, el fumar marihuana puede llevar a daño pulmonar y la bronquitis crónica.^{(18), (19)}

El cáncer es una indicación para el uso de la marihuana medicinal en Estados que lo han legalizado, como en los Estados Unidos. Para el uso de cuidados paliativos de oncología, la marihuana puede controlar el dolor, aumentar el apetito y disminuir la náusea y los vómitos. Sin embargo, directrices antieméticas no son compatibles con THC, sintético o inhalado, como terapia de primera línea⁽²⁰⁾

Los beneficios en dolor neuropático es la mejor la evidencia para el uso del cannabis en la espasticidad.⁽²¹⁾

En los Estados Unidos, las recomendaciones que se dan a un paciente con marihuana medicinal, figuran puntos clave: 1) Estar bien informado acerca de las investigaciones actuales sobre todos los productos farmacéuticos. 2) Educar a los pacientes sobre los efectos físicos y psicológicos de la marihuana medicinal. 3) Cómo interactuar con los medicamentos prescritos legalmente. 4) Informar al el paciente sobre el estado y las penas federales con respecto a la marihuana medicinal.⁽²²⁾

Un estudio concluyo que la cannabis es moderadamente eficaz en el tratamiento del dolor crónico pero que los beneficios podrían ser contrarrestados por el potencial de efectos secundarios graves. Se encontró que en los pacientes que toman analgésicos opioides de acción prolongada para varias condiciones de dolor , la adición de cannabis reduce su dolor reportado en un 27%, lo que sugiere un enfoque de tratamiento de combinación posibles y también un posible medio en el dolor crónico⁽²²⁾

Los beneficios en dolor neuropático es la mejor la evidencia para el uso del cannabis en la espasticidad. Cannabinoides CT-3, una forma sintética de

cannabis, fue efectiva para reducir el dolor neuropático crónico en comparación con el placebo. Se observaron sin efectos adversos importantes ⁽²³⁾

En un estudio se utilizaron, 25 mg hierba de cannabis con 9,4% tetrahidrocannabinol, administrada como una sola inhalación 3 veces al día durante 5 días, redujo significativamente la intensidad del dolor medio en comparación con el placebo. En una comparación entre marihuana inhalada y dronabinol oral, ambos redujeron el dolor, aunque efecto de dronabinol fue más duradero. con 9,4% tetrahidrocannabinol, administrada como una sola inhalación 3 veces al día durante 5 días, redujo significativamente la intensidad del dolor medio en comparación con el placebo. En una comparación entre marihuana inhalada y dronabinol oral, ambos redujeron el dolor, aunque efecto de dronabinol fue más duradero ⁽²⁴⁾

Los efectos sobre la espasticidad y el dolor en la esclerosis múltiple es uno de los más prometedores usos clínicos de compuestos cannabinoides es en el tratamiento sintomático de la esclerosis múltiple. ⁽²⁵⁾

El Sativex cannabinoides (Sativex ®) logró una mejoría en la espasticidad y ahora está aprobado en Canadá y varios países europeos para el tratamiento de la esclerosis múltiple y la espasticidad. Sativex es un spray bucal se deriva de las plantas de cannabis en lugar de un proceso exclusivamente sintético. Todavía hay preocupaciones relacionadas con la relativa escasez de datos sobre la seguridad a largo plazo ^(26, 27,)

En fibromialgia se utilizó la nabilona, un cannabinoide sintético, sobre la reducción y calidad de vida mejorando el dolor en pacientes con fibromialgia, la nabilona mejoró los síntomas y fue bien tolerado. ⁽²⁸⁾

Los efectos sobre el apetito en pacientes con caquexia el THC fue autorizada como un fármaco antiemético en pacientes de cáncer que reciben quimioterapia. Los estudios clínicos en THC han demostrado significativa estimulación del apetito y aumentan de peso corporal en VIH y pacientes con cáncer. Hay algunos indicios que cannabis es mejor tolerada que THC sola, porque cannabis contiene varios cannabinoides adicionales que antagonizan las acciones psicotrópicas de THC, pero no inhibe el efecto estimulante de apetito, sin embargo, los pacientes con pérdida de peso y síndrome de anorexia-caquexia relacionado con el cáncer fueron asignados aleatoriamente para recibir el extracto de cannabis, THC o placebo. No se encontraron diferencias observadas durante 6 semanas en relación apetito y la calidad de vida, para la toxicidad relacionada con

cannabinoides o para metas secundarias tales como estado de ánimo y las náuseas. El estudio fue detenido.⁽²⁹⁾

En la enfermedad inflamatoria intestinal, el efecto del cannabis está siendo estudiado y es considerada una herramienta prometedora para la enfermedad inflamatoria intestinal y otros disturbios del intestino debido a las propiedades antiinflamatorias y efectos sobre la motilidad.⁽³⁰⁾

En pacientes con VIH/SIDA, el cannabis fumado o ingerido, mejora la morbilidad y la mortalidad se sugiere que el receptor tipo 2 cannabioid ejerce efectos antivirales contra el virus trópico CXCR4 en etapas tardías de la infección por VIH-1.⁽³¹⁾

A nivel pulmonar, se encontró que fumar marihuana en forma ocasional no parece afectar la función pulmonar. Aún más desconcertante era el encontrar que el fumar se correlaciona con mayores volúmenes pulmonares.⁽³²⁾

Una exposición a corto plazo de la marihuana también se ha asociado con la broncodilatación y revocación de broncoespasmo.⁽³³⁾ Se ha ligado que fumar a largo plazo marihuana produce función pulmonar deteriorada, sintomatología respiratoria como tos y las lesiones precancerosas pulmonares.⁽³⁴⁾

Riesgo de cáncer de pulmón, aunque la marihuana parece tener menos efecto sobre la función pulmonar que el tabaco, una asociación con el cáncer de pulmón es sugerente. Un estudio de cohortes de 2013 de hombres suecos había apoyado este hallazgo. Los hombres fueron rastreados durante 40 años; durante ese tiempo, se asoció con un mayor consumo de cannabis que el doble riesgo de desarrollar cáncer de pulmón, incluso después del ajuste para el uso del tabaco y el alcohol y otros factores.^(35,36)

El uso regular de marihuana se asocia con índices favorables relacionados con el control diabético, dicen los investigadores. Encontraron que los usuarios actuales de marihuana tenían significativamente menor insulina de ayuno y eran menos propensos a ser resistentes a la insulina, incluso después de la exclusión de pacientes con un diagnóstico de la diabetes mellitus.⁽³⁷⁾

La marihuana se asocia con casi el doble del riesgo de estar en un accidente de vehículo de motor, particularmente una fatal colisión. Como podría esperarse, el riesgo de accidentes aumenta de manera dosis dependiente. ⁽³⁸⁾

La marihuana y el riesgo de psicosis. El vínculo entre marihuana y psicosis es discutible. La evidencia apoya una asociación entre el consumo de marihuana y un mayor riesgo de desarrollar síntomas psicóticos futuros. Un meta-análisis reportó un 41% mayor riesgo para cualquier resultado psicótico en aquellos que alguna vez había consumido cannabis y más de dos veces el riesgo de los usuarios frecuentes. Además, un estudio reciente informó que en aquellos que habían experimentado un episodio de psicosis inducida por cannabis, había un 21,4% de riesgo de posteriormente recibir un diagnóstico de esquizofrenia. ^{39, 40, 41}

Una mayor investigación es necesaria para determinar el uso de la marihuana, así como el debate a favor del bien común. Si se usa con restricciones y esta puede ayudar a aliviar el sufrimiento humano, adelante. Pero si las leyes se tornan laxas, se podría facilitar su uso no médico, de forma recreativa como ya sucede en algunas sociedades, y esta podría ser la entrada a otro tipo de drogas. La marihuana está lejos de ser una panacea; induce significativo deterioro cognitivo a corto plazo, puede ser adictivo y parece estar asociado con un mayor riesgo de desarrollar cáncer de pulmón. Los efectos de la marihuana inhalada sobre la función pulmonar aparecen menos perjudiciales que las asociadas con el tabaco. Aunque, hay evidencia de que la droga puede tener un papel en el tratamiento de la enfermedad intestinal inflamatoria, esclerosis múltiple, en VIH-SIDA, diabetes, ciertas condiciones de dolor crónico, fibromialgia, cáncer y dolor. No es una panacea, los efectos secundarios como el cáncer, trastornos psicóticos, la afectación pulmonar, pérdida del pensamiento crítico, hace que sea necesaria una revisión estricta del uso de la marihuana. No olvidemos que es una droga, compuesto psicoactivo que altera el organismo, al igual que otros compuestos químicos, como el alcohol, la nicotina, causan daño. En todos los casos, los posibles efectos secundarios negativos asociados con la marihuana deberían sopesarse contra los potenciales beneficios. Y si consideramos que ética y moralmente deseamos el bien, la legalización o no, es una responsabilidad que no podemos soslayar.

Bibliografía

1. - <http://wikipedia.org/wiki/cannabis>
2. - American Medical Association Council on Science and Public Health. Report 3. Use of Cannabis for Medical Purposes. November 2009
3. - American Medical Association Council on Science and Public Health. Report 3. Use of Cannabis for Medical Purposes. November 2009
4. - MacDonald J. Medical marijuana: informational resources for family physicians. Am Fam Physician. 2009;80:779-783.
5. - Drugs clue to Shakespeare's genius», CNN Turner Broadcasting System, 01-03-2001.
6. - Drugs clue to Shakespeare's genius», CNN Turner Broadcasting System, 01-03-2001.
7. - Why Does Cannabis Potency Matter? . United Nations Office on Drugs and Crime (29-06-2009)
8. – www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011
9. - American Medical Association Council on Science and Public Health. Report 3. Use of Cannabis for Medical Purposes. November 2009
10. - American College of Physicians. Supporting research into the therapeutic role of marijuana. Am Fam Physician. 2009; 80:779-783.
11. MacDonald J. Medical marijuana: informational resources for family physicians. Am Fam Physician. 2009; 80:779-783.
- 12.- Ley General de Salud. - DOF. 20-01-2013

- 13.-MacDonald J. Medical marijuana: informational resources for family physicians. *Am Fam Physician*. 2009; 80:779-783.
14. - American Medical Association Council on Science and Public Health. Report 3. Use of Cannabis for Medical Purposes. November 2009.
15. - American College of Physicians. Supporting research into the therapeutic role of marijuana.
http://www.acponline.org/advocacy/where_we_stand/other_issues/medmarijuana.pdf.
- 16.- Ste-Marie PA, Fitzcharles MA, Gamsa A, Ware MA, Shir Y. Association of herbal cannabis use with negative psychosocial parameters in patients with fibromyalgia. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012; 64:1202-1208
- 17.- Podda G, Constantinescu CS. Nabiximols in the treatment of spasticity, pain and urinary symptoms due to multiple sclerosis *Expert Opin Biol Ther*. 2012; 12:1517-1531.
- 18.- Skrabek RQ, Galimova L, Ethans K, Perry D. Nabilone for the treatment of pain in fibromyalgia. *J Pain*. 2008; 9:164-173
19. - Ware MA, Fitzcharles MA, Joseph L, Shir Y. The effects of nabilone on sleep in fibromyalgia: results of a randomized controlled trial. *Anesth Analg*. 2010; 110:604-610
- 20.- Cannabis-In-Cachexia-Study-Group, Strasser F, Luftner D, Possinger K, et al. Comparison of orally administered cannabis extract and delta-9-tetrahydrocannabinol in treating patients with cancer-related anorexia-cachexia syndrome: a multicenter, phase III, randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial from the Cannabis-In-Cachexia-Study-Group. *J Clin Oncol*. 2006; 24:3394-3400
21. - Lutge EE, Gray A, Siegfried N. The medical use of cannabis for reducing morbidity and mortality in patients with HIV/AIDS. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 4: 5715.
22. - American Medical Association Council on Science and Public Health. Report 3. Use of Cannabis for Medical Purposes. November 2009.
- 23 .- Cannabis-In-Cachexia-Study-Group, Strasser F, Luftner D, Possinger K, et al. Comparison of orally administered cannabis extract and delta-9-

tetrahydrocannabinol in treating patients with cancer-related anorexia-cachexia syndrome: a multicenter, phase III, randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial from the Cannabis-In-Cachexia-Study-Group. *J Clin Oncol.* 2006; 24:3394-3400.

24.- Costantino CM, Gupta A, Yewdall AW, Dale BM, Devi LA, Chen BK. Cannabinoid receptor 2-mediated attenuation of CXCR4-tropic HIV infection in primary CD4+ T cells. *PLoS One.* 2012; 7:33961.

25.- Saito VM, Rezende RM, Teixeira AL. Cannabinoid modulation of neuroinflammatory disorders. *Curr Neuropharmacol.* 2012; 10:159-166.

26. - Hoozen BE, Cross CE. Marijuana. Respiratory tract effects. *Clin Rev Allergy Immunol.* 1997; 15:243-269.

27. - Tetrault JM, Crothers K, Moore BA, et al. Effects of marijuana smoking on pulmonary function and respiratory complications. *Arch Intern Med.*2007; 167:221-228.

28.- Skrabek RQ, Galimova L, Ethans K, Perry D. Nabilone for the treatment of pain in fibromyalgia. *J Pain.* 2008;9:164-173

29. - Osuch E, Vingilis E, Ross E, Forster C, Summerhurst C. Cannabis use, addiction risk and functional impairment in youth seeking treatment for primary mood or anxiety concerns. *Int J Adolesc Med Health.* 2013; 10:1-6.

30.- Abalo R, Vera G, López-Pérez AE, Martínez-Villaluenga M, Martín-Fontelles MI. The gastrointestinal pharmacology of cannabinoids: focus on motility. *Pharmacology.* 2012;90:1-10.

31. - Lutge EE, Gray A, Siegfried N. The medical use of cannabis for reducing morbidity and mortality in patients with HIV/AIDS. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; 4: 5715.

32. - Tetrault JM, Crothers K, Moore BA, et al. Effects of marijuana smoking on pulmonary function and respiratory complications. *Arch Intern Med.*2007; 167:221-228.

33. - Hoozen BE, Cross CE. Marijuana. Respiratory tract effects. *Clin Rev Allergy Immunol.* 1997; 15:243-269.

34. - Mayet A, Legleye S, Falissard B, Chau N. Cannabis use stages as predictors of subsequent initiation with other illicit drugs among French adolescents: use of a multi-state model. *Addict Behav.* 2012; 37:160-166.
- 35.- Berthiller J, Straif K, Boniol M, Voirin N, et al. Cannabis smoking and risk of lung cancer in men: a pooled analysis of three studies in Maghreb. *J Thorac Oncol.* 2008; 3:1398-403.
36. - Callaghan RC, Allebeck P, Sidorchuk A. Marijuana use and risk of lung cancer: a 40-year cohort study. *Cancer Causes Control.* 2013 Jul 12
37. - Pemmer E, Bueteremen H, Mittleman M. The impact of marijuana use on glucose, insulin, and insulin resistance among US adults. *JAMA,* 2013; 156:583-585
38. - Asbridge M, Hayden JA, Cartwright JL. Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis. *BMJ.* 2012; 344:536
- 39.-Weiser M, Noy S. Interpreting the association between cannabis use and increased risk for schizophrenia. *Dialogues Clin Neurosci.* 2005;7:81-85.
40. - Moore TH, et al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet.* 2007;370:319-328.
41. - Semple DM. Substance-induced psychoses converting into schizophrenia: a register-based study of 3,486 Scottish inpatient cases. Program and abstracts of the International Congress of the Royal College of Psychiatrists (RCPsych) 2013; July 2-5, 2013; Edinburgh, Scotland.