

El funesto “marihuanazo”

The pernicious “marihuanazo”

MARTÍN NIZAMA V.¹

CLÍNICA NIZAMA. LIMA, PERÚ

(RECIBIDO 05/02/2014, ACEPTADO 24/03/2014)

RESUMEN

La marihuana es la droga ilícita más consumida en el mundo y de inicio más frecuente, poderosa inductora del consumo de otras sustancias lícitas e ilícitas. La legalización de la marihuana no la individualiza ni la separa del mercado; tampoco la libera del submundo de las drogas ilícitas, en el cual coexisten el alcohol y el tabaco, entre otras drogas. Cabe anotar que la legalización del alcohol y el tabaco no disminuyó la producción y consumo de estas sustancias; por el contrario, se incrementaron al punto que actualmente son las drogas de mayor consumo en la sociedad global. Los promotores de la legalización de la marihuana mienten cuando afirman que la legalización de esta droga disminuirá su consumo. Los adictos compran la marihuana de mayor potencia y les es indiferente si quien se las vende es el Estado o su proveedor (dealer). Los productores de marihuana ilegal se van a esmerar en producir marihuana de más alta potencia; mientras que el Estado no puede competir en este aspecto. Su consumo agudo y crónico lesiona estructuras cerebrales y trastorna los circuitos neuronales, produciendo deterioro de la personalidad con abandono de los roles personales, familiares y sociales, por lo que cabe preguntarnos si es ético que el Estado legalice la marihuana.

Palabras clave: marihuana, drogas, legalización

ABSTRACT

Marijuana is the most consumed illegal drug in the world and the one with the most frequent initiation is a powerful inducer of the use of other legal and illegal substances. Legalization of marijuana, does not separate it or individualize it from the general drug market, nor release it from the illegal drug underworld, in which alcohol and snuff coexist, among other drugs. It should be noted that legalization of alcohol and snuff did not decrease production and consumption of these substances; on the contrary they expanded to the point that they are currently the most widely consumed drugs in the global society. Proponents of marijuana legalization lie when they say it will decrease their consumption. Marijuana addicts buy the most powerful one and they do not care if it is the government or the provider (dealer) who sells it. Illegal marijuana growers will produce higher potency marijuana, while the government cannot compete in this area. Acute and chronic consumption injure brain structures and disrupts neural circuits, causing deterioration of the personality with withdrawal of personal, family and social roles, so we must ask ourselves: Is it ethical for the government to legalize marijuana?

Keywords: Marijuana, Drugs, Legalization

¹ Médico Psiquiatra del Instituto de Salud Mental Hideyo Noguchi. Email: maniva@amnet.com.pe

EL FUNESTO "MARIHUANAZO"

En alusión al célebre "Maracanazo" del 16 de julio de 1950, cuando la selección uruguaya comandada por el legendario "Negro Jefe" Obdulio Varela, contra todo pronóstico, y ante unos 200,000 fanáticos se coronó bicampeón mundial de fútbol al vencer por 2 a 1 al scratch brasileño en el estadio Maracanã de Río de Janeiro, la prensa denominó "marihuanazo" al atrevido paso dado por el Gobierno de ese país respecto a la producción y consumo de marihuana. En efecto, el 10 de diciembre del 2013 el Senado de la República Oriental del Uruguay ratificó por 16 votos contra 13, un proyecto gubernamental de Ley sobre Control y Regulación de la Marihuana y sus Derivados, aprobado previamente en la Cámara de Diputados, que legaliza toda la cadena de consumo de marihuana en ese país platense. Para ello, se creará un ente estatal regulador encargado de emitir licencias y controlar la producción y distribución de esa droga en clubs y farmacias. Así, Uruguay se convierte en el primer país del mundo en legalizar completamente la producción y venta de marihuana, cuyo consumo ya es legal en ese país desde hace varios años. Con esta ley, los consumidores podrán tener hasta 6 plantas de marihuana para su consumo personal. Obviamente, Uruguay no asumirá el impacto pernicioso del "marihuanazo" en los demás países productores, de tránsito y consumidores de la región sudamericana.

José Mujica, de 78 años, presidente de Uruguay y ex guerrillero de los Tupamaros, planteó dicho proyecto en junio del 2012, con el objetivo de eliminar el narcotráfico. El mandatario uruguayo pidió una "oportunidad" para ver si funciona esta ley que sanciona el libre consumo de marihuana. Si no funciona esta audacia temeraria, el daño estará hecho y los resultados tal vez irreversibles. ¿Es sensato asumir este tipo de riesgos con la población?

Por su lado, la revista británica *The Economist* declaró a Uruguay país del año en el mundo el 2013 y calificó de admirables las dos reformas más liberales adoptadas por el gobierno izquierdista de Mujica: legalización de toda la cadena de valor de la marihuana y legalización del matrimonio gay. Premiar esta aventura política puede ser una expresión de idolatría por el consumismo compulsivo impuesto por el mercado salvaje.

En el mismo sentido, Mario Vargas Llosa, Premio Nobel de Literatura 2010, en su columna Piedra de Toque de la revista *Domingo* del diario *La República* de Lima, publica un artículo intitolado "El Ejemplo Uruguayo", en el cual apologiza las medidas del Gobierno de ese país oriental, valorándolas como extraordinarias e "inspiradas en la cultura de la libertad". También, el nobel sostiene que el éxito de la medida "lo sería mucho más, sin ninguna duda, si la medida no quedara confinada en un solo país, sino comprendiera un acuerdo internacional del que participaran tanto los países productores como consumidores", acotando que aún así "la medida va a golpear a los traficantes y, por lo tanto, a la delincuencia derivada del consumo ilegal y demostrará a la larga que la legalización no aumenta notoriamente el consumo sino en un primer momento, aunque luego, desaparecido el tabú que suele prestigiar a la droga ante los jóvenes, tiende a reducirlo".

Igualmente, el escritor sostiene que “lo importante es que la legalización vaya acompañada de campañas educativas-como las que combaten el tabaco o explican los efectos dañinos del alcohol- y de rehabilitación, de modo que quienes fuman marihuana lo hagan con perfecta conciencia de lo que hacen, al igual que ocurre hoy día con quienes fuman tabaco o beben alcohol”. Finalizando que “la libertad tiene sus riesgos y quienes creen en ella deben estar dispuestos a correrlos en todos los dominios, no solo en el cultural, el religioso y el político”... “Ojalá otros aprendan la lección y sigan su ejemplo”. ¿Cuál es más importante, la ideología o la salud del pueblo?

Sin embargo, cabe analizar con rigor científico la otra cara del problema, los aspectos socioculturales y médicos del consumo de marihuana, los mismos que desconocen y, en consecuencia, no asumen los apologistas de la marihuana, quienes actúan inducidos por la ideología liberal y su percepción política de este grave problema de salud pública.

Mercado único de drogas

El mercado de drogas es único e indivisible. Su oferta no discrimina entre drogas lícitas e ilícitas. Los microcomercializadores, dealers y deliverys expenden indiscriminadamente marihuana, PBC, cocaína, crack y éxtasis, entre otras sustancias hedonísticas. En tanto que las drogas legales, sea tabaco, alcohol o psicofármacos, se adquieren en cualquier bodega, farmacia, botica de la esquina y en el comercio ambulatorio informal. Por tanto, la legalización de la marihuana, no la individualiza ni la separa del mercado; tampoco la libera del submundo de las drogas ilícitas, en el cual coexisten el alcohol y el tabaco. Igualmente, la marihuana es la droga de más bajo costo en el mercado; de modo que no es la fuente de ingreso más significativa para los narcotraficantes, cuyos ingresos más apetecibles los obtienen de la cocaína, PBC y sustancias alucinógenas de síntesis. La marihuana solo es el componente más blando del espectro de drogas ilícitas que expende el mercado. Cabe anotar que la legalización del alcohol y el tabaco no disminuyó la producción y consumo de estas sustancias; por el contrario, se incrementaron al punto que actualmente son las drogas de mayor consumo en el mundo, superando a las ilícitas. Mienten, pues, los promotores de la legalización de la marihuana cuando afirman que la legalización de esta droga disminuirá su consumo.

Es más, la concentración del principio activo de la marihuana, el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) es cada vez mayor; por ende, más potente, adictivo y pernicioso. La concentración actual de marihuana es de 15 a 20 por ciento e indudablemente seguirá incrementándose aceleradamente inducida por los intereses lucrativos del mercado. Los adictos compran la marihuana de mayor potencia y les es indiferente si quien se las vende es el Estado o su dealer. Asimismo, los productores de marihuana ilegal se van a esmerar en producir marihuana de más alta potencia; mientras que el Estado no puede competir en este aspecto. Por razones éticas y de salud pública, está obligado a producir marihuana de baja concentración, menos adictiva y nociva.

Cultura cannábica

Existe una extendida cultura cannábica entre los usuarios recreacionales o compulsivos de marihuana, quienes usan una jerga particular, rituales, juicios de valor distorsionados, prejuicios, mitos y tabúes. Utilizan una serie de aditamentos como papel rizla, pipa, manzana, cajas de fósforo y una parafernalia variopinta: vestuario multicolor, peinados estrambóticos para llamar la atención, asumiendo prejuiciosamente que la marihuana es solamente recreativa, mas no adictiva. También usan tatuajes y piercing; son rastas, escuchan música reggae y su vida tiende a ser marginal, autoexcluyente. Se sienten filósofos y subestiman a los no usuarios de la marihuana. Tienen como ídolo máximo al extinto músico jamaicano Bob Marley. La legalización solo afirma esta vacua cultura decadente donde el individuo se enajena psíquica y socialmente, deteriorando su individualidad e identidad personal, alejándose de su entorno familiar.

Epidemiología

La marihuana es la droga ilícita más consumida en el mundo. Según la OEA, entre 119 y 224 millones de personas de 15 a 64 años de edad han consumido marihuana alguna vez en el último año, lo que equivale a entre 2.6 y 5 por ciento de ese grupo etario (OEA, 2013). Sin embargo, el grupo etario más afectado se encuentra entre los 15 y 34 años. El 24 por ciento del total de consumidores de marihuana del mundo se encuentra en la región de las Américas y el 81 por ciento de estos son de Norteamérica (OEA, 2013). En los países del hemisferio la prevalencia anual de consumo de marihuana es de 6.6 por ciento de la población entre 15 y 64 años. En Sudamérica, la prevalencia de consumo de marihuana es de alrededor del 2.4 por ciento de la población general (OEA, 2013). En el Perú, la prevalencia de vida del consumo de marihuana es de 4.3 por ciento; la prevalencia anual, 2.2 y la prevalencia mensual, 1.4 en población escolar. Según Cedro, la prevalencia de vida del consumo de marihuana en la población general es de 5.62 por ciento al 2010 (Cedro, 2010). El consumo de esta sustancia está muy extendido en el Perú y se acrecienta rápidamente, involucrando a adultos jóvenes, adolescentes y aun niños cada vez de menor edad en dicho ritual hedonista, hasta de 7 a 10 años (Cedro 2010).

De otro lado, el poder adictivo de la marihuana es menor comparado con otras sustancias: tabaco, 32 por ciento; alcohol, 15 por ciento; y marihuana, 9 por ciento de consumidores desarrollan adicción a largo plazo, lo cual implica cientos de miles de adictos que constituyen una amenaza para la salud pública en nuestro país.

La Red de Alerta sobre el Abuso de Drogas (DAWN), que monitorea el impacto de las drogas en salud, calcula que en el 2009 la marihuana fue un factor contribuyente en más de 376,000 visitas a las salas de emergencia en los EE.UU. De este total, alrededor de dos tercios de los pacientes eran varones y un 12 por ciento de ellos tenían entre 12 y 17 años (NIDA, 2011).

Neurofisiología y neuropatología

Al fumar la marihuana, su principio activo el Δ -9-THC, al llegar al cerebro, se adhiere a sitios de los receptores de cannabinoides neuronales, afectando su funcionamiento natural (Fine y Rosenfeld, 2013). El Δ -9-THC actúa sobre el sistema cerebral de gratificación al liberar dopamina, provocando euforia, sensación de relajación, aumento de la percepción sensorial (p.e. los colores se ven más brillantes), risa fácil, percepción alterada del tiempo, hambre y sed. Luego de la euforia, el usuario puede sentir sueño o depresión (NIDA: Marihuana, 2012) (Bobes, Casas y Gutiérrez, 2011) (Fernández, Ladero, Leza y Lizasoain, 2009) (Kaplan, 2009).

Existe alta concentración de receptores de cannabinoides en las regiones cerebrales que regulan el placer, el movimiento, la percepción sensorial y del tiempo, la coordinación, la memoria, el pensamiento y las funciones intelectuales como el juicio, la concentración y el aprendizaje (NIDA: Marihuana, 2012) (Bobes et al., 2011) (Fernández et al., 2009). Los receptores de cannabinoides son parte de una vasta red de comunicación, el sistema endocannabinoide, que juega un papel crítico en el desarrollo y funcionamiento normal del cerebro. Así, los efectos del THC son similares a aquellos producidos por sustancias químicas que se producen naturalmente en el cerebro y el resto del cuerpo denominadas cannabinoides endógenos o endocannabinoides. Estas sustancias químicas ayudan a controlar muchas de las mismas funciones mentales y físicas que el consumo de la marihuana puede perturbar (NIDA: Marihuana, 2012) (Hal y Degenhardt, 2009).

Cuando se fuma la marihuana, el THC estimula artificialmente a los receptores cannabinoides, alterando la función de los endocannabinoides (cannabinoides naturales). La sobreestimulación de estos receptores en los centros del placer del cerebro produce el “high” o estímulo asociado con la marihuana. Con el tiempo, esta sobreestimulación puede alterar la función de los receptores de cannabinoides lo que, conjuntamente con otros cambios en el cerebro, puede llevar a la adicción y a los síntomas del síndrome de abstinencia cuando se deja de usar la droga. La alta potencia de THC podría tener efectos nocivos peores en los usuarios nuevos o en los jóvenes cuyos cerebros aún están en proceso de desarrollo (Bobes et al., 2011) (Fernández et al., 2009) (Kaplan, 2009) (Schweinsburg, Brown y Tapert, 2008).

La maduración cerebral rápida se produce desde el comienzo de la adolescencia hasta los 20 años. Precisamente, durante este período suele iniciarse y tiende a ser más intenso el consumo de marihuana; justo en esta edad de gran vulnerabilidad neurobiológica asociada al consumo de marihuana (Schweinsburg et al., 2008) (NIDA: El abuso de drogas y la drogadicción 2012). Las regiones y funciones del cerebro con la mayor concentración de neuroreceptores de cannabinoides son: tallo cerebral y médula espinal (reflejo del vómito y sensación de dolor), hipotálamo (controla el apetito, los niveles hormonales y la conducta sexual), ganglios basales (control motor y la planificación; iniciación y terminación de las acciones), estriado ventral (predicción y sentimiento de gratificación), hipocampo (memoria, aprendizaje de datos, secuencias y lugares), amígdala cerebral (ansiedad, emociones, y miedo), cerebelo (control motor, coordinación y equilibrio), giro cingulado

(emociones, memoria y aprendizaje: componentes de la motivación), neocorteza (funciones cognitivas superiores e integración de la información sensorial) (Costa, Maia, Orlandi-Mattos, Villares y Fernandez, 2011).

La mayor concentración de receptores cannabinoides en las regiones cerebrales mencionadas, cuyas funciones son alteradas por la presencia continua e intensa del principio activo de la marihuana, el Δ -9-THC, provoca los siguientes efectos nocivos a corto plazo: déficit de la memoria, atención (Becker Wagner, Spuentrup y Daumann 2010) (Fontes, Bolla, Cunha, Almeida y Lacerda, 2011), flexibilidad mental, inhibición de respuestas, toma de decisiones y procesamiento emocional; así como mayor irritabilidad e impulsividad. La concentración de receptores cannabinoides en la corteza cerebral es moderada. El consumo frecuente y a largo plazo de marihuana causa efectos adversos graves en la salud mental y física, con deterioro del rendimiento laboral, interactividad familiar y académica. Una vez fumada, los efectos de la marihuana duran de una a tres horas; cuando el Δ -9-THC es de alta concentración, el efecto dura hasta siete horas y es mucho más neurotóxica.

Consecuencias del abuso de marihuana

a. **Agudas.** Presentes durante la intoxicación

Deterioro de la memoria a corto plazo

Deterioro de la atención, el juicio y otras funciones cognitivas

Deterioro de la coordinación y el equilibrio

Aumento en el ritmo cardíaco

Episodios psicóticos

b. **Persistentes.** Duran más que la intoxicación pero no siempre son permanentes

Deterioro de la memoria y de las habilidades para el aprendizaje (Becker et al., 2010) (Fontes et al., 2011)

Deterioro del sueño

c. **Largo plazo.** Efectos acumulativos del abuso crónico (Tziraki, 2012)

Puede llevar a la adicción

Aumento en el riesgo de la tos crónica y la bronquitis

Aumento en el riesgo de la esquizofrenia en personas susceptibles

Puede aumentar el riesgo de ansiedad, depresión y síndrome amotivacional.

Policonsumo

En el consumo experimental la marihuana suele consumirse sola. Igualmente, es la droga ilícita de inicio más frecuente y es una poderosa inductora del consumo de otras sustancias lícitas e ilícitas. Asimismo, existen consumidores exclusivos de marihuana; sin embargo, es común su consumo mezclado con otras sustancias como alcohol, tabaco, PBC y cocaína, entre otras. Habitualmente es consumida conjuntamente con alcohol; o bien se le prepara en cigarrillos de marihuana con PBC, denominados “mixtos”, “mixtolas” o “gatos”; también se le prepara mezclada con cocaína en cigarrillos denominados “reynas”, “megas”, “bombos” o “miscocos”; otras veces es mezclada con cocaína y PBC en cigarrillos denominados “tristos” o “triples”. El consumo de marihuana mezclada con otras sustancias psicoactivas prevalece ampliamente sobre el consumo exclusivo de ella.

Psicopatización del adicto

Como consecuencia del consumo crónico, el adicto a la marihuana carece de conciencia de enfermedad y presenta mendacidad, manipulación, cálculo, maquinación, cinismo, doble vida, soberbia, narcisismo, histrionismo, estulticia, rol de víctima e incapacidad autocrítica. Igualmente, irritabilidad, irascibilidad, impulsividad, agresividad, violencia e insensibilidad; así como transgresión de normas sociales, desafío a la autoridad e incapacidad para sentir culpa.

Manifestaciones clínicas

El consumo compulsivo de marihuana produce una sensación de máximo bienestar, fijación del pensamiento en el aquí y ahora, evasión de la realidad, suspicacia (Robert, Torres, Tejero, Campo y Pérez, 2006), estulticia, justifica irracionalmente su consumo, pérdida de la memoria inmediata, acaparamiento y sustracción de marihuana para el consumo personal, narcisismo, sobrevalora su capacidad de consumo de marihuana, percepción subjetiva de la realidad, desorientación, viste de manera extravagante descuidando su aliño e higiene personal, doble vida, retraimiento social, desorganiza su vida, comienza todo y nada acaba, muestra incapacidad para tomar decisiones correctas, pierde su identidad, el sentido de existencia y la visión de futuro, se abandona así mismo. Síntomas físicos: sed con apetencia de ingerir cerveza, apetencia por los dulces, caries dental (Asián, 2011), sequedad de mucosa oral, lenguaje pausado y lento, retardo de la eyaculación. Frecuentemente, debido a la intoxicación presenta episodios psicóticos agudos o detona cuadros psicóticos en personas con comorbilidad como esquizofrenia (Moore, Zammit, Lingford-Hughes, Burke y Lewis, 2007) (Deidre, Corcoran, Brown, Chen, Lighty y Brook, 2012) (Malone, Hill y Rubino, 2010) (Bec, Fatséas, Denis y Lavie, 2009) (Machielsen, Van der Sluis y De Haan, 2010) (Korver, 2010) (Sewell, 2010), trastorno bipolar o trastorno de la personalidad borderline (Diehl, Cruz y Laranjeira, 2010). También se presenta síndrome de abstinencia en consumidores crónicos que puede durar 24 horas. Asimismo, síntomas de abstinencia: apetencia compulsiva de volver a fumar marihuana y deseos concomitantes de fumar tabaco.

Psicosis aguda

Los consumidores de dosis altas de marihuana pueden experimentar alucinaciones, delirio y una pérdida del sentido de identidad personal o autorreconocimiento. Estas reacciones psicóticas, a corto plazo, a las concentraciones altas de THC son distintas a los trastornos de mayor duración, parecidos a la esquizofrenia, que han sido asociados con el uso del cannabis en las personas susceptibles (Bobes et al., 2011) (Corcoran, Kimhy, Stanford, Khan, Walsh, Thompson, Goetz, Colibazzi, Cressman y Malaspina, 2008) (Large, Sharma, Compton, Slade y Nielssen, 2011) (Bernier, Cookey, McAllindon, Bartha, Newman, Stewart y Tibbo, 2013).

Síndrome amotivacional

La lesión del cíngulo mengua la expresión de emociones, memoria y aprendizaje, con pérdida del interés familiar, académico, laboral y social. El usuario crónico abandona su aliño personal, deteriora sus vínculos familiares y sociales, muestra bajo rendimiento académico, deserta de los estudios escolares o universitarios, pierde el trabajo y se desvincula de la familia, consagrando su vida al consumo. Vive el momento, no le interesa el futuro. Es un "esclavo feliz".

Heredabilidad

El inicio del consumo de cannabis es heredable en alrededor del 40 por ciento. Estudios realizados en gemelos y familias evidencian una relación entre el consumo, el uso compulsivo de cannabis y las sensaciones individuales que experimenta el usuario, debido a los efectos de la sustancia (NIDA: El abuso de drogas y la drogadicción, 2012) (Ugedo y Ruiz, 2000). Cabe acotar que el inicio del consumo de marihuana tiene influencia genética y ambiental.

Un estudio de más de 300 pares de gemelos y mellizos, en el que uno había usado marihuana antes de los 17 años y el otro no, encontró que el gemelo o mellizo que había consumido marihuana desde antes de los 17 años tenía tasas elevadas de consumo de otras drogas y de problemas relacionados con las sustancias psicoactivas posteriormente.

Disfunción familiar

Por su conducta intolerante e intransigente, el usuario compulsivo de marihuana convierte su hogar en un "infierno familiar", haciendo de los suyos sus títeres, víctimas o confrontándose con ellos hasta la desintegración familiar. Tiene conflictos y reacciones violentas contra los demás integrantes de la familia, intimidándolos hasta la sujeción.

Problema de salud pública

El Estado carece de posibilidades reales de ofertar una cobertura de atención efectiva a los cientos de miles de adictos a marihuana existentes en el país. Los escasos centros especializados para la atención médica de estos enfermos están todos

centrados en Lima. Lamentablemente, el Estado avala legalmente la intervención empírica, lucrativa y embustera de falsos exadictos que fungen de rehabilitadores de estos enfermos en pseudocomunidades terapéuticas, donde los enfermos viven hacinados, subalimentados y maltratados, al punto que hay denuncias frecuentes de desaparecidos, muertos y calcinados. Los adictos a la marihuana, sin tratamiento, suelen acabar en la delincuencia callejera, en las bandas delincuenciales y criminales, integrando las barras bravas, en prisión o autoabandonados como “muertos vivientes” en los “cementeros de los vivos”, donde finalmente fallecen, víctimas de enfermedades terminales, homicidios o suicidios.

CONCLUSIONES

1. El consumo agudo y crónico de la marihuana lesiona estructuras cerebrales y trastorna los circuitos neuronales, produciendo deterioro de la persona, con abandono de sus roles personales, familiares y sociales.
2. ¿Es ético que el Estado legalice esta patología autodestructiva en nombre de la ideología dogmática neoliberal, de la política y del mercado salvaje?

PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ

El desarrollo de los factores protectores en la salud mental, el manejo de los factores de riesgo y la detección precoz es responsabilidad primaria de la familia. El Estado, la sociedad, los centros educativos y las instituciones son igualmente responsables de estas acciones en favor de la salud individual, familiar y social. A continuación se mencionan los principales factores protectores de la salud mental, factores de riesgo y la detección precoz de adicción a la marihuana:

I. Factores protectores

Amor familiar, desarrollado mediante el contacto cotidiano con los cinco sentidos: abrazos, besos, caricias y escucha activa en el nido familiar.

Paradigmas positivos: presencia activa y permanente de las figuras parentales, cultivo de valores y buenas costumbres, enseñando con el buen ejemplo.

Autoridad: jerarquía, orden, organización, disciplina, límites claros y respeto.

Contacto visual permanente y cálido. Carita feliz: sonrisa natural gratificante.

Tiempo familiar: compartir mínimo tres horas diarias con la familia en casa.

II. Factores de riesgo

Fácil disponibilidad de la marihuana: sembrío personal en jardines, macetas, cuartos, closets, azoteas, parques.

Doble vida: una forma de comportamiento en el hogar y otra en la calle.

Fácil disponibilidad de dinero: propinas excesivas, proveer dinero sin medida.

Juntarse con personas de mayor edad, desconocidos y de mala reputación.

Consumo indiscriminado de drogas legales en el hogar: alcohol, tabaco y psicofármacos. Disponer de bar, despensa, cigarros y polifarmacia.

Reunirse con fumadores de marihuana emulando sus extravagancias y jerga.

III. Detección precoz

Estado de alerta familiar permanente: verificar gasto de dinero, controlar el tiempo de permanencias fuera del hogar, desaparecidas y desenfreno hedonista.

Identificar signos de consumo: congestión conjuntival ("ojos rojos"), boca seca, sed, hambre, hipererotismo, dedos amarillos, párpados "chinos", risa fácil e inmotivada y locuacidad.

Hallazgo de indicios de la droga en el dormitorio, ropas y objetos personales.

Cambio de círculo amical virtuoso por círculo amical vicioso (amigotes).

Asistencia asidua a los antros: fumaderos, "huecos", ciertas discotecas, fiestas rave, conciertos, "tocadas", "tributos", campamentos, parques, miradores, playas. Tribunas de los estadios de fútbol ("barras bravas").

Desenfreno sexual: baile "choque", "perreo intenso", "fiesta semáforo", "pera malograda", "ruleta sexual", "quino", "kinerifa", "telo", "telochifa".

Asistencia a colegios de dudosa reputación: no escolarizados, alternativos, refugios para escolares expulsados y desaprobados ("Arca de Noé").

Asistencia a escenarios de consumo de drogas en el campus universitario y alrededores: "fumaderos", bares, cantinas, "chupódromos", "cocódromos".

REFERENCIAS

- Asián, D. (2011). Oral Implications in teens drug abuse. *Odontol Pediatr*, 10(2): 122-130.
- Bec, L., Fatséas, M., Denis, C., Lavie, E. (2009). Cannabis and psychosis: search of a causal link through a critical and systematic review. *Encephale*, 35(4):377-85. doi: 10.1016/j.encep.2008.02.012.

- Becker, B., Wagner, D., Spuentrup, E., Daumann, J. (2010). The impact of early-onset cannabis use on functional brain correlates of working memory. *Progress in Neurosychopharmacology and Biological Psychiatry*, 34(6):837-45.
- Bernier, D., Cooley, J., McAllindon, D., Bartha, R., Newman, A., Stewart, S., Tibbo, P. (2013). Multimodal neuroimaging of frontal white matter microstructure in early phase schizophrenia: the impact of early adolescent cannabis use. *BMC Psychiatry*, 13:264. doi:10.1186/1471-244X-13-264.
- Bobes, J., Casas M., Gutiérrez M. (2ª Ed). (2011). *Manual de Trastornos adictivos*. Recuperado de http://www.adamedfarma.es/wp-content/uploads/2012/02/doc_productos/d_pro_44_87.pdf
- Centro de información y educación para la Prevención del Abuso de Drogas (Cedro). (2010). *Epidemiología de drogas en la población urbana peruana. Encuesta de hogares*. Recuperado de <http://www.cedro.org.pe/ebooks/EPI2010.pdf>
- Corcoran, Ch., Kimhy, D., Stanford, A., Khan, S., Walsh, J., Thompson, J., Goetz, R., Colibazzi, T., Cressman, V., Malaspina, D. (2008). Temporal Association of Cannabis Use with Symptoms in Individuals at Clinical High Risk for Psychosis. *Schizophr Res*, 106(2-3): 286-293. doi: 10.1016/j.schres.2008.08.008.
- Costa, J., Maia, L., Orlandi-Mattos, P., Villares, J. Fernandez, M. (2011). Neurobiology of Cannabis: from the endocannabinoid system to cannabis-related disorders. *J Bras Psiquiatr*, 60(2):111-122.
- Deidre, M., Corcoran, Ch., Brown, A., Chen, H., Lighty, Q., Brook, J. (2012). Early Cannabis Use and Schizotypal Personality Disorder Symptoms from Adolescence to Middle Adulthood. *Schizophr Res*, 137(1-3): 45-49.
- Diehl, A., Cruz D., Laranjeira R. (2010). Cannabis abuse in patients with psychiatric disorders: an update to old evidence. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32 (1):541-545.
- Fernández, P., Ladero, J., Leza, J., Lizasoain, L. (3ª Ed). (2009). *Drogodependencias. Farmacología, patología, legislación*. (pp. 303-327). Madrid: Editorial medica Panamericana.
- Fine, P., Rosenfeld, M. (2013). The Endocannabinoid System, Cannabinoids, and Pain. *Rambam Maimonides Med J*, 4 (4):e0022. doi:10.5041/RMMJ.10129.
- Fontes, M., Bolla, K., Cunha, P., Almeida, P., Lacerda, A. (2011). Cannabis use before age 15 and subsequent executive functioning. *British Journal of Psychiatry*, 198(6):442-7.
- Hal, W., Degenhardt, L. (2009). Adverse health effects of non-medical cannabis use. *The Lancet*, 374:1383-91. doi:10.1016/S0140-6736(09)61037-0.
- Kaplan, H. (8ª Ed). (2009). *Trastornos relacionados a sustancias* (pp. 426-496). En Kaplan, H. (8ª Ed). (2009). *Sinopsis de Psiquiatría*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

- Korver, N., Nieman, DH., Becker, HE., van de Fliert, JR., Dingemans, PH., De Haan, L., Spiering, M., Schmitz, N., Linszen, DH. (2010). Symptomatology and neuropsychological functioning in cannabis using subjects at ultra-high risk for developing psychosis and healthy controls. *Ust N Z J Psychiatry*, 44(3):230-6. doi: 10.3109/00048670903487118.
- Large, M., Sharma, S., Compton, M., Slade, T., Nielsen, O. (2011). Cannabis Use and Earlier Onset of Psychosis A Systematic Meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 68(6):555-561. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.5.
- Machielsen, M., Van der Sluis, S., De Haan, L. (2010). Cannabis use in patients with a first psychotic episode and subjects at ultra high risk of psychosis: impact on psychotic- and pre-psychotic symptoms. *Aust N Z J Psychiatry*, 44(8):721-8. doi: 10.3109/00048671003689710.
- Malone, DT., Hill, MN., Rubino, T. (2010). Adolescent cannabis use and psychosis: epidemiology and neurodevelopmental models. *British Journal of Pharmacology*, 160: 511-522. doi:10.1111/j.1476-5381.2010.00721.x.
- Moore, TH., Zammit, S., Lingford-Hughes, JB., Burke, M., Lewis, G. (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: A systematic review. *The Lancet*, 370(9584):319-328.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2012). Drug Facts. El abuso de drogas y la drogadicción. Recuperado de http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/drugfacts_understanding_addiction_spanish_12.5.12_final_0.pdf
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2012). Drug Facts. Marijuana. Recuperado de <http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/drugfactsmarijuana2014.pdf>
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2011). Visitas a las salas de emergencias por consumo de drogas. Recuperado de <http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/hospitales.pdf>
- Organización de los Estados Americanos (OEA). (2013). Drogas y Salud pública. En Organización de los Estados Americanos (OEA), El problema de las drogas en las Américas: Estudios. Recuperado de http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drugsPublicHealth_ESP.pdf }
- Rais, M., Cahn, W., Van Haren, N., Schnack, H., Caspers, E., Kahn, R. (2008). Excessive brain volume loss over time in cannabis-using first-episode schizophrenia patients. *Am J Psychiatry*, 165(4):490-496. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07071110.
- Robert, A., Torres, A., Tejero, A., Campo, C., Pérez, J. (2006). Adverse effects and expected effects of the cannabis consumption in dependent Users of tetrahydrocannabinoids. *Trastornos adictivos*, 8(3):148-54.

- Schweinsburg, A., Brown, S. Tapert, S. (2008). The influence of marijuana use on neurocognitive functioning in adolescents. *Curr Drug Abuse Rev*, 1(1): 99-111.
- Sewell, AR., Skosnik, P., Garcia, I., Ranganathan, M., D'Souza D. (2010). Behavioral, cognitive and psychophysiological effects of cannabinoids: relevance to psychosis and schizophrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(1):515-530.
- Tziraki, S. (2012). Trastornos mentales y afectación neuropsicológica relacionados con el uso crónico de cannabis. *Rev Neurol*, 54 (12): 750-760.
- Ugedo, L., Ruiz, E. (2000). Influencia de la herencia genética en las drogodependencias. *Trastornos Adictivos*, 2(2):114-121.