

# DEBATES EN DROGODEPENDENCIAS

LA LEGALIZACIÓN DE LA MARIHUANA Y EL ABUSO DE OPIÁCEOS PRESCRITOS CONTRA EL DOLOR: COMO UN ESTADO PROGRESISTA DE ESTADOS UNIDOS AFRONTA EL DESAFÍO



Valencia, 10 de Mayo de 2016



AJUNTAMENT DE VALÈNCIA  
REGIDORIA DE SANITAT, SALUT I ESPORTS



PLAN MUNICIPAL DE  
DROGODEPENDÈNCIES

UPCCA  
VALÈNCIA

VNIVERSITAT  
D VALÈNCIA



UISVS  
Unitat de Informació e  
Investigació Social i Sanitària

ingenio  
CSIC-UPV  
Instituto de gestión de la innovación  
y del conocimiento

# DEBATES EN DROGODEPENDENCIAS

---

---

## LA LEGALIZACIÓN DE LA MARIHUANA Y EL ABUSO DE OPIÁCEOS PRESCRITOS CONTRA EL DOLOR: COMO UN ESTADO PROGRESISTA DE ESTADOS UNIDOS AFRONTA EL DESAFÍO

Prof. Dr. Dr. Antonio Cepeda-Benito

**Catedrático de Psicología Clínica**  
**Departamento de Ciencias de la Psicología**  
**Universidad de Vermont (EE.UU.)**

**Valencia, 10 de Mayo de 2016**



**AJUNTAMENT DE VALÈNCIA**  
REGIDORIA DE SANITAT, SALUT I ESPORTS



PLAN MUNICIPAL DE  
DROGODEPENDENCIAS

UPCCA  
VALÈNCIA

VNIVERSITAT  
DE VALÈNCIA



 **UISYS**  
Unidad de Información e  
Investigación Social y Sanitaria

**ingenio**  
CSIC-UPV  
Instituto de gestión de la innovación  
y del conocimiento

**Editores:**

Francisco-Jesús Bueno Cañigral

Antonio Cepeda-Benito

Rafael Aleixandre Benavent

**Agradecimientos:**

Rafael Aleixandre Agulló

Lourdes Castelló Cogollos

Adriana Vescan

**Edita:**

Unidad de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas (UPCCA-Valencia)

Plan Municipal de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos (PMD)

Concejalía de Sanidad, Salud y Deportes

Ayuntamiento de Valencia

**ISBN:** 978-84-9089-046-2

**Imprime:** Martín Impresores SL

**Depósito Legal:** V-2471-2016

**INDICE**

<b>Bienvenida</b>	<b>5</b>
<b>Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral</b> Jefe de Servicio de Drogodependencias Unidad de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas (UPCCA-Valencia) Plan Municipal de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos (PMD) Concejalía de Sanidad, Salud y Deportes Ayuntamiento de Valencia	
<b>Presentación</b>	<b>11</b>
<b>Dr. D. Rafael Aleixandre Benavent</b> Investigador del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero (CSIC-Universitat de València). Unidad de Información e Investigación Social y Sanitaria (Universitat de València-CSIC).	
<b>Conferencia</b>	<b>13</b>
<b>“La legalización de la marihuana y el abuso de opiáceos prescritos contra el dolor: como un Estado progresista de Estados Unidos afronta el desafío.”</b>	
<b>Prof. Dr. D. Antonio Cepeda-Benito</b> Catedrático de Psicología Clínica Departamento de Ciencias de la Psicología Universidad de Vermont (EE.UU.)	
<b>Debate</b>	<b>27</b>
Moderadores: <b>Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral</b> <b>Dr. D. Rafael Aleixandre Benavent</b>	
Preguntas: Los asistentes	
Respuestas: <b>Prof. Dr. D. Antonio Cepeda-Benito</b> <b>Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral</b>	





**Palau de Cerveró, situado en la Plaza de Cisneros de Valencia**



**Escalera isabelina del siglo XVIII en el interior del Palau de Cerveró**



## Bienvenida

### **Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral**

Jefe de Servicio de Drogodependencias  
Unidad de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas (UPCCA-Valencia)  
Plan Municipal de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos (PMD)  
Concejalía de Sanidad, Salud y Deportes  
Ayuntamiento de Valencia

Muy buenas tardes y bienvenidos a este **IX Debate en Drogodependencias “La legalización de la marihuana y el abuso de opiáceos prescritos contra el dolor: como un Estado progresista de Estados Unidos afronta el desafío”**. Muchas gracias por vuestra asistencia.

En primer lugar quiero disculpar la ausencia de Dña. Maite Girau Meliá, Concejala de Sanidad, Salud y Deportes del Ayuntamiento de Valencia, que por obligaciones inexcusables surgidas a última hora no nos puede acompañar esta tarde en este Debate.

Agradezco al Prof. Dr. D. Antonio Cepeda-Benito, que aprovechando su estancia en Valencia, haya tenido la amabilidad y la deferencia hacia nosotros de aceptar la invitación para participar en este Debate. Igualmente agradezco al Prof. Dr. Rafael Aleixandre Benavent la continua colaboración con el PMD/UPCCA-València en todos los temas incluidos en el Convenio de Colaboración anual entre el Ayuntamiento de Valencia y la Universitat de València, pues la información, la investigación y la difusión permanente de los conocimientos sobre un tema tan dinámico como el de las adicciones, es fundamental para todos los profesionales de ciencias de la salud, de la educación, etc.; así como para los ciudadanos en general.

Como cada vez que iniciamos un nuevo Debate en Drogodependencias, me veo obligado a recordar como surgieron estos Debates, sobre todo para información de los nuevos asistentes, que no han venido a los anteriores. Lo explico brevemente. Estos Debates surgieron hace años por el creciente interés profesional por las adicciones en general y por las drogodependencias en particular, y por la necesidad de encontrar un foro reducido y cómodo, donde los profesionales que están trabajando en estos temas pudiesen aportar sus experiencias laborales; así como los profesionales asistentes pudieran formarse en temas puntuales relacionados con las diferentes conductas adictivas y debatir sobre el tema elegido para cada uno de los Debates, que versan sobre asuntos de actualidad en adicciones tanto con sustancia como sin sustancia. Espero que a lo largo de los años hayamos cubierto las



expectativas de todos los profesionales asistentes a los Debates en Drogodependencias, así como los que no habiendo asistido hayan podido leer los mismos en las publicaciones que hemos realizado y que las podéis consultar y descargar en formato pdf en la Base de Datos, apartado Publicaciones del PMD del Centro de Documentación sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos “Dr. Emilio Bogani Miquel”, [www.cendocbogani.org](http://www.cendocbogani.org).

Como sabéis los temas relacionados con la planta *Cannabis sativa* y las palabras cannabis, marihuana, hachís, etc., están casi siempre de actualidad, haciendo referencia al psicoactivo o psicotrópico obtenido de la planta del cáñamo con diversos fines de uso. La palabra cannabis o cáñabis deriva del latín *cannābis*, y este del griego *κάνναβις* se refiere al cáñamo índico, usado como estupefaciente. La palabra marihuana o mariguana es el cáñamo índico y se define como el producto elaborado a partir del cáñamo índico, que, al ser fumado, produce efectos eufóricos o narcóticos.

El cannabis en su estado fresco contiene ácido tetrahidrocannabinólico, el cual luego se convierte en tetrahidrocannabinol (THC). El compuesto químico psicoactivo predominante en el cannabis es por tanto el THC. El cannabis contiene más de 500 compuestos químicos diferentes, entre ellos más de 100 cannabinoides aparte del THC, tales como el cannabidiol (CBD), el cannabinol (CBN) o la tetrahidrocannabivarina (THCV), que tienen efectos distintos a los del THC, y también actúan en el sistema nervioso.

En el último Debate sobre Drogodependencias que llevaba el título de **“El cannabis ¿una droga inofensiva?”** el Prof. José Miñarro nos expuso los trabajos que está realizando en la Universitat de València y quedó claro que el cáñabis no es una droga inofensiva.

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDOC), ya indicaba en su Informe Mundial sobre Drogas 2010, que el cannabis se trataba de la sustancia ilícita más utilizada en el mundo. El cannabis es originario de Asia Central y del Sur. Existen evidencias de inhalación de humo del cannabis que datan de 3.000 años a.C., tal y como indicarían las semillas de cannabis carbonizadas encontradas en el interior de un brasero ritual en un antiguo cementerio de la actual Rumania. A partir de la segunda mitad del siglo xx, el uso, la posesión y la venta de preparados con cannabis que contienen los cannabinoides psicoactivos comenzaron a considerarse ilegales en la mayor parte del mundo. Desde ese entonces, algunos países han intensificado su control sobre la distribución de la sustancia, pero la regulación legal del cannabis sigue siendo muy diferente en cada país, he incluso dentro de un país, y existen tanto detractores como defensores de su despenalización y de su producción y venta libre.

Tan lejos como la semana pasada hubo una manifestación en Madrid pidiendo la legalización del cannabis. Durante la campaña electoral de las elecciones a Cortes Generales en diciembre de 2015 un partido político pidió un debate nacional sobre el tema de la legalización del cannabis.

Como sabéis este es un tema candente con grandes repercusiones legales, sociales, sanitarias, políticas y económicas; que además genera debates muy abiertos. Nosotros en el PMD/UPCCA-València comentamos todos estos temas y consideramos que nos sería muy útil conocer la opinión de un profesional, que nos explicara no solo su punto de vista sobre estos temas, sino la realidad de otros países, por ejemplo que es lo que está pasando en Estados Unidos con la legalización o no del cannabis. Así surgió la idea de celebrar este Debate.

Para enmarcar el tema voy a comentar algunos datos. Como todos conocéis el último Estudio sobre las conductas saludables de jóvenes escolarizados (HBSC) que hizo la OMS en 42 países, la mayoría europeos, encuestando a muchos adolescentes entre los años 2013 y 2014, arrojan unos datos que son importantes tenerlos en cuenta en la actualidad.

La tasa sitúa a los adolescentes españoles por encima de la media internacional 15%, con un 20% de chicos y un 18% de chicas de 15 años que han fumado cannabis alguna vez, el 9% de las chicas y el 11% de los chicos españoles lo ha consumido en los últimos 30 días, clasificación en que figuran en el noveno puesto.

Uno de cada cuatro estudiantes lo ha consumido en el último año en la población entre los 15 y los 24 años, tenemos aquí en España un 22% que representa un consumo problemático que implica habitualidad adicción y descenso en el rendimiento escolar. Precisamente en este colectivo los investigadores advierten que cada vez consumen más y más pronto. Aunque en el último año en España se iniciaron en el cannabis 146.200 estudiantes de 14 y 18 años de ellos 53.000 escolares hacen un consumo problemático.

Conocéis la última Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2014-2015, de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, difundida el 11 de Febrero de 2016, donde se manifiesta que la tendencia está disminuyendo desde el año 2012, pero la realidad es que los jóvenes siguen percibiendo erróneamente que el cannabis es lógicamente mucho más saludable que el tabaco, porque el tabaco contiene muchísimos aditivos y el cannabis es una planta natural perfectamente consumible.

**Beatriz Portinari**, publicó en el diario El País el día 2 de mayo de 2016, el artículo **“Adolescentes enganchados al cannabis”**. España se sitúa entre los países con mayor tasa de consumidores jóvenes. Los expertos alertan del riesgo de desarrollar trastornos mentales. En dicho artículo se recogen diferentes opiniones que os leo a continuación.

La **Dra. Elena Martín**, Vocal Asesora de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, manifestó *“A pesar de que las últimas encuestas indican un leve descenso del consumo, las cifras son peor que malas. Pero si estamos vendiendo que el cannabis es la panacea de todos los dolores y males, ¿cómo no van a ver los jóvenes esta droga como algo positivo? No lo diferencian. Una cosa es el THC como principio activo y el uso terapéutico controlado, medido y recetado para paliar determinadas dolencias, como los espasmos provocados por la esclerosis. Y otra cosa es la marihuana, que no se puede controlar de ninguna manera los niveles de THC que se obtienen de una planta y que además contiene otros 500 componentes cuyos efectos psicoactivos todavía no están suficientemente investigados. La industria cannábica tiene grandes intereses económicos detrás y trata de difundir esa idea de inocuidad entre la población”*.

Otro de los datos que arrojan los últimos estudios es que el 70% de los jóvenes tiene fácil acceso al cannabis y lo consigue en menos de 24 horas.

*“No podemos establecer científicamente una causa-efecto porque la encuesta ESTUDES no está diseñada para ello. Pero el hecho es que en las CC.AA. donde tenemos el índice más alto de consumo de cannabis entre jóvenes es donde más permisivos han sido con los clubes canábicos y los más proclives a difundir los beneficios de esta droga: País Vasco, Cataluña y Valencia. La combinación de poca percepción de riesgo, fácil acceso al cannabis y publicidad positiva dispara su consumo”*, manifiesta la Dra. Elena Martín.

La Sociedad Española de Investigación sobre Cannabinoides (SEIC) sigue de cerca la evolución del consumo entre la población y la modificación genética de las semillas de venta al público que cada vez tienen una concentración más alta de THC (para que provoque mayor «colocón») y menos del cannabidiol (CDB) que precisamente funciona como un protector natural de la planta y contrarresta los efectos psicoactivos del THC.

El **Dr. Koldo Callado**, Profesor de Farmacología de la Universidad del País Vasco y miembro de la SEIC no ve relación entre los clubes cannábicos - donde solo pueden entrar mayores de edad - y el consumo juvenil, sino en la baja percepción de riesgo extendida entre la población. Y manifiesta *“Nuestra principal preocupación como divulgadores cuando damos charlas en los institutos es minimizar los daños cerebrales, facilitando a los jóvenes información científica sobre los efectos negativos que puede tener el cannabis. Lo más preocupante es que se ha adelantado la edad de consumo. Quizás en los últimos años se haya incidido más en el peligro del alcohol y el tabaco con leyes que cada vez dificultan más fumar y beber en espacios públicos y se ha observado un descenso en su consumo, pero con el cannabis no se ha dado esta campaña y la percepción es de que si procede de una planta no puede ser peligroso. Para que un joven pase del consumo esporádico al habitual se da un condicionamiento genético, cierta predisposición al uso de sustancias, un condicionamiento social y ambiental. No todo adolescente que fuma alguna vez se convierte en adicto”*.

Podemos analizar diferentes puntos de vista, opiniones de diversas y contradictorias y también manifestar que las campañas preventivas en España han intentado evitar que los jóvenes se enganchen al cannabis, pero algo no está funcionando cuando su uso sigue siendo tan elevado. En ocasiones fallan las estrategias de prevención, en otras la comunicación familiar, la percepción social o los agentes que puedan detectar a tiempo un consumo problemático. Está comprobado que en la adolescencia los consejos y las medidas punitivas no funcionan, lo más importantes son los programas de prevención a desarrollar en los centros educativos y en las familias para aportar recursos a los padres para una mejor comunicación con sus hijos.

Para hablaros de esta situación desde una perspectiva completamente diferente a la que estamos viviendo hoy en España e incluso en la Unión Europea, tenemos la grandísima satisfacción de tener al Profesor Antonio Cepeda-Benito, al que agradezco profundamente que haya aprovechado su visita a España para estar aquí con nosotros esta tarde y hablarnos de un tema apasionante, que como sabéis lleva por título **“La legalización de la marihuana y el abuso de opiáceos prescritos contra el dolor: Cómo un Estado progresista como Estados Unidos afronta el desafío”**.

Yo creo que su intervención no va a dejar indiferente ante el tema en cuestión a nadie y va a generar un debate posterior que espero que sea satisfactorio y provechoso para todos.

Muchas gracias por vuestra asistencia y atención.

Cedo la palabra al Profesor Rafael Aleixandre Benavent.

## Referencias

**Baker, P.B., Taylor, B.J. & Gough T.A. (1981).** The tetrahydrocannabinol and tetrahydrocannabinolic acid content of cannabis products. *Journal of Pharmacy and Pharmacology* 33 (6): 369-72.

doi:10.1111/j.2042-7158.1981.tb13806.x, PMID 6115009

**Cáñamo. Comunidad de la cultura del cannabis (2016).** <http://canamo.net/>

**Encuesta Estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2014-2015 (2016).** Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

[http://www.pnsd.msssi.gob.es/eu/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016\\_ESTUDES\\_2014-2015.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/eu/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016_ESTUDES_2014-2015.pdf)

**Health Behaviour in School-aged Children (HBSC).** Estudio sobre las conductas saludables de jóvenes escolarizados. (OMS) (2014).

<http://grupo.us.es/estudiohbsc/index.php/es/>

**Moore, C., Rana, S. & Coulter, C. (2007).** Simultaneous identification of 2-carboxy-tetrahydrocannabinol, tetrahydrocannabinol, cannabinol and cannabidiol in oral fluid. *J Chromatogr B Analyt Technol Biomed Life Sci.* 852 (1-2): 459-64, doi:10.1016/j.jchromb.2007.02.016, PMID 17321807

**Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) (2010).** Informe Mundial sobre Drogas 2010. p. 198. Viena.

[http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2010/Informe\\_Mundial\\_sobre\\_las\\_Drogas\\_2010.pdf](http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2010/Informe_Mundial_sobre_las_Drogas_2010.pdf)

**Portinari, B. (2016).** Adolescentes enganchados al cannabis. *El País* 2 de mayo de 2016.

[http://elpais.com/elpais/2016/04/11/actualidad/1460359386\\_965704.html](http://elpais.com/elpais/2016/04/11/actualidad/1460359386_965704.html)

**Pozzi, S. (2011).** Personalidades mundiales llaman a ensayar la regulación del cannabis. *Diario El País* 2 junio 2011.

[http://elpais.com/diario/2011/06/02/sociedad/1306965608\\_850215.html](http://elpais.com/diario/2011/06/02/sociedad/1306965608_850215.html)

**Real Academia Española (2014).** Diccionario de la lengua española (23ª edición). Madrid: Espasa. <http://dle.rae.es/>

**Sirikantaramas, S., Morimoto, S., Shoyama, Y., Ishikawa, Y., Wada, Y., Shoyama Y. & Taura, F. (2004).** The gene controlling marijuana psychoactivity: molecular cloning and heterologous expression of Delta1-tetrahydrocannabinolic acid synthase from *Cannabis sativa* L. *Journal of Biological Chemistry* 279 (38): 39767-74. doi:10.1074/jbc.M403693200, PMID 15190053

**Taura, F. (2009).** Studies on tetrahydrocannabinolic acid synthase that produces the acidic precursor of tetrahydrocannabinol, the pharmacologically active cannabinoid in marijuana. *Drug Discoveries and Therapeutics* 3 (3): 83-7, PMID 22495534.

**Volkow, N.D., Swanson, J.M, Eden Evins, A., DeLisi, Meier, M.H., Gonzalez, R. et al. (2016).** Effects of Cannabis Use on Human Behavior, Including Cognition, Motivation, and Psychosis: A Review. *JAMA Psychiatry.* 73(3):292-297. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.3278.



**Dr. D. Francisco Bueno, Dr. D. Antonio Cepeda-Benito y Dr. D. Rafael Aleixandre.**



**Dr. D. Francisco Bueno, Dr. D. Antonio Cepeda-Benito y Dr. D. Rafael Aleixandre.**

## Presentación

### **Dr. D. Rafael Aleixandre Benavent**

Investigador del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero (CSIC-Universitat de València). Unidad de Información e Investigación Social y Sanitaria (Universitat de València-CSIC).

Buenas tardes y bienvenidos a esta nueva edición de Debates en Drogodependencias que se desarrollan en el Palacio de Cerveró de la Universitat de València bajo los auspicios del Plan Municipal sobre Drogodependencias (PMD) / Unitat de Prevenció Comunitària en Conductes Addictives (UPCCA-València) de la Concejalía de Sanidad, Salud y Deportes del Ayuntamiento de Valencia y la Unidad de Información e Investigación Social y Sanitaria-UISYS (Consejo Superior de Investigaciones Científicas-Universitat de València).

Me corresponde a mí presentar al Dr. Antonio Cepeda-Benito que tiene una amplia y exitosa carrera académica.

Es Catedrático de Psicología y Ex-Decano del College of Arts and Sciences de la Universidad de Vermont (EE.UU.). Se graduó de la Universidad de Wisconsin-Milwaukee y se doctoró en Psicología en la Universidad de Purdue. Ha sido Profesor Titular en el Departamento de Psicología de la Universidad de Texas.

El Dr. Cepeda-Benito ha recibido varios premios a la enseñanza, entre ellos, “Profesor de Psicología del Año de la Universidad de Texas”. También ha recibido dos Premios Nacionales de Excelencia de la Red National Hispanic Science Network on Drug Abuse (NHSN). Es miembro fundador del Comité de Dirección de la Red Latino Americana (REDLA) sobre la adicción a las drogas, así como el Presidente Fundador de la Subcomisión de Colaboración Internacional de Investigación de la NHSN.

En 2009 fue nombrado uno de los “100 hispanos más influyentes” por la revista Hispanic Business. La investigación del Dr. Cepeda-Benito se relaciona con las Neurociencias y Ciencias del Comportamiento, y con la Psicología Clínica para investigar la drogadicción y trastornos de la alimentación. Ha publicado numerosos artículos y su investigación ha sido financiada por subvenciones del National Institute on Drug Abuse (NIDA), The Texas Department of Health, y también el Ministerio de Ciencia y Tecnología del Gobierno de España.



## CONFERENCIA

**LA LEGALIZACIÓN DE LA MARIHUANA Y EL ABUSO DE OPIÁCEOS PRESCRITOS CONTRA EL DOLOR: COMO ESTADO PROGRESISTA DE ESTADOS UNIDOS AFRONTA EL DESAFÍO.**

**Prof. Dr. D. Antonio Cepeda-Benito**

Catedrático de Psicología Clínica  
Departamento de Ciencias de la Psicología  
Universidad de Vermont (EE.UU.)





**Dr. D. Francisco Bueno, Dr. D. Antonio Cepeda-Benito y Dr. D. Rafael Alexandre.**



**Dr. D. Francisco Bueno, Dr. D. Antonio Cepeda-Benito y Dr. D. Rafael Alexandre.**

## CONFERENCIA

### **Prof. Dr. D. Antonio Cepeda-Benito**

Catedrático de Psicología Clínica  
Departamento de Ciencias de la Psicología  
Universidad de Vermont (EE.UU.)

En primer lugar deseo agradecer al Dr. Francisco Bueno Cañigral y al Dr. Rafael Aleixandre Benavent por haberme invitado a participar en los clásicos **Debates sobre Drogodependencias** que organiza el Ayuntamiento de Valencia y la Universidad de Valencia. También quiero agradecer al Dr. Rafael Aleixandre Benavent por la presentación que ha hecho acerca de mi trayectoria científica y profesional. Muchas gracias a los dos por el trato amable y afectuoso que siempre han tenido conmigo.

También quería mencionar al Dr. Juan Carlos Valderrama Zurían que conspiró con los aquí presentes para tentarme a venir a la bella ciudad del Turia a disfrutar de su exquisita gastronomía, de su encantadora naturaleza, de su cultura y ambiente incomparable.

Y como no, agradecerles a todos ustedes su amable presencia.

Antes de comenzar, un prefacio. Quiero dejar bien claro que aunque soy psicólogo clínico y profesor catedrático, y gran parte de mi investigación se centra en entorno de las drogas, la nicotina y la morfina, el cannabis “per se” no es mi especialidad. Yo me sentiría mucho más cómodo hablándoos del rol del condicionamiento clásico en la formación de la tolerancia a los efectos de la nicotina y la morfina, o de la eficacia de tratamientos para dejar de fumar, o a la conceptualización del craving o los deseos o tentación por el consumo de drogas.

Sin embargo, dado que ahora vivo en Vermont, un pequeño Estado en el noreste de los EEUU que hasta hace unos días se planteaba legislar la legalización y regulación del consumo recreacional de la marihuana, el Profesor Aleixandre-Benavent, aquí presente, con muy buen criterio pensó que sería más interesante que abordara el tema de la legalización de la marihuana, así como tocar también un poco el tema del abuso de narcóticos recetados, que también es un gran problema en el noreste de EE.UU, y en Vermont en particular.

Además, a fin de cuentas, el tema que se debate hoy, en muchos de sus aspectos, tiene una solución donde el peso de la ciencia es relativamente ligero y espero exponer eso a través de mi presentación.

Quiero darles un pequeño esbozo de cómo he organizado la presentación. Primero me gustaría repasar un poco la evolución histórica en EE.UU. acerca del consumo de la marihuana

y su penalización. Esto nos ayudara a entender para poder empatizar, si no simpatizar, con el dilema, la ansiedad y las fuertes emociones que este debate origina en EE.UU., como veo también en España.

Seguidamente, pasaré a abordar, también en brevedad, el debate de si el cannabis (la marihuana) es una droga dañina o inofensiva. Propondré que este es un tema que no debería seguir discutiéndose, la respuesta es clara, tajante, inequívoca, “Sí, si hace daño”.

¿Qué haya matices, anécdotas, que la mayoría de las personas que la toman no sufren consecuencias devastadoras, que el alcohol y el tabaco son legales y más letales? Vale, pero esos argumentos no anulan los hechos. Existen una gran cantidad de datos, evidencia fiable y valida, que confirman que el consumo de la marihuana puede hacer, y de hecho hace, mucho daño, particularmente a los adolescentes y jóvenes adultos, que suelen ser quienes más la consumen.

Pero como este asunto se sigue discutiendo, y dado que el anterior **Debate sobre Drogodependencias**, que lideró con gran elocuencia y acierto el **Prof. Dr. D. José Miñarro López** que se tituló, “**El cannabis, ¿Una droga inofensiva?**”, pienso que ayudará a reforzar lo aprendido en aquella charla y así conectar aquella con esta. Además, éste tema de las consecuencias negativas de la marihuana forma parte de los criterios que el Gobierno de Vermont ha utilizado para planificar su propia propuesta para la legalización.

El tercer tema que quiero abordar y abordaré, es continuar con Vermont, un pequeño Estado obsesionado en liderar la nación más poderosa del mundo, podemos discutir si eso es cierto o no, en adoptar causas sociales progresistas y así ser un modelo a seguir para aquellos que creen en la equidad y justicia social, y contaros como Vermont se proponía aprobar una ley destinada a legislar la regulación de la producción, comercialización y consumo recreacional de la marihuana. He dicho proponía, en pasado, porque poco después de aceptar yo hablar de este tema en el Debate de hoy, toda la planificación y trabajo puesto para pasar esta legislación, que hace unos meses parecía que iba directa e inamoviblemente a pasar, se ha torcido o quedado atascado y no ha pasado. Al final dio miedo y se frenó todo el tema de la legalización.

Finalmente, hablaré muy brevemente del tema del abuso de narcóticos en el Noreste de EE.UU. y Vermont, una crisis que junto al problema de la heroína, ha sido el freno que ha parado el proceso de legalización de la marihuana. En breve, a los políticos de Vermont les parecía arriesgado y contradictorio pasar una ley que, en teoría, facilita el consumo de una droga adictiva cuando el Estado está teniendo grandes dificultades para afrontar los problemas ocasionados por el gran número de adictos a la heroína y a los analgésicos recetados para combatir dolores postoperatorios.

Por supuesto, pienso que lo más interesante del Debate de esta tarde van a ser las opiniones y discusiones que el público genere y que estos señores, que están sentado a mis dos lados van a responder perfectamente. Yo les ayudaré un poco.

Una introducción, a mediados y últimos del siglo XIX, el cannabis se consideraba un narcótico que estaba de moda en los EE.UU. A los finales de 1880, salones de estilo oriental comenzaron a proliferar de manera que se podían encontrar en cualquier ciudad importante de la costa este de los EE.UU. Se estima que había alrededor de 500 establecimientos solamente en Nueva York. Un artículo de 1883 publicado en la revista Harper’s Magazine describía un

salón de hachís en New York que era frecuentado por una clientela de alta clase que incluía hombres y mujeres, y también hablaba de salones en Boston, Philadelphia y Chicago etc.

Poco a poco, EE.UU. fue imponiendo una serie de obstáculos al consumo del cannabis y otras drogas, incluyendo el opio. Se introdujeron una serie de legislaciones, por ejemplo, el Pure Food and Drug Act que fue una legislación que se hizo en EE.UU. por un Acta del Congreso en 1906 y que requería que ciertas drogas, incluyendo el cannabis, llevaran etiquetas indicando los ingredientes que llevaban. Esto llevo a que la venta del cannabis se restringiera a las farmacias, lo que acabó con los salones de hachís. Esa legislación se actualizó en el año 1938 en lo que se llamó el Federal Pure Food, Drug and Cosmetics Act, y que sigue vigente en la actualidad.

Esta Acta gobierna las condiciones que dirigen la designación de que fármacos y que alimentos necesitan prescripción médica, así como las normas que siguen o guían a la U.S. Food and Drug Administration (FDA), que es el brazo policial que vigila y ejecuta el cumplimiento de la ley. Esta ley clasifica a la marihuana como una droga peligrosa.

Este esfuerzo fue dirigido por el inspector Harry Jacob Anslinger (1892-1975) fue el funcionario del gobierno de Estados Unidos que sirvió como el primer Comisionado del Departamento del Tesoro de EE.UU. y de la Oficina Federal de Narcóticos (FBN), en la que estuvo 32 años como Comisionado, hasta el año 1962. Era un firme partidario de la prohibición y la penalización de las drogas, y jugó un papel fundamental en la prohibición del cannabis. Se le considera el arquitecto de la prohibición del cannabis. Su narrativa fue la que concluyó con el pase del The Marihuana Tax Act de 1937, ya que intentó erradicar la venta del cannabis por medio de la imposición de altos impuestos. Luego ocupó el cargo dos años como representante de los EE.UU. a la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas. Las responsabilidades de la Oficina Federal de Narcóticos (FBN) están ahora en gran parte bajo la jurisdicción de los EE.UU. en la Oficina de Política Nacional de Control de Drogas.

Estos hechos son importantes para que conozcáis las causas y el contexto en el que se llevaron a la práctica estas leyes. En el tema de que la ley sea buena o mala, no debemos entrar, pero sí analizar cómo se consiguió aplicar. Aquí quiero resaltar que H. J. Anslinger testificó que la marihuana conducía a la gente a convertirse en “*maniacos asesinos de sus seres queridos*” y que la marihuana era también altamente adictiva. Este asunto se retomó en el Congreso en el año 1951 y, aunque el Dr. Harris Isbell testificó que el fumar marihuana era un acto benigno y que no llevaba a la dependencia, los castigos por el consumo se incrementaron de una manera disparatada. Por ejemplo, en Luisiana se crearon sentencias que podían variar desde los 5 hasta los 99 años por la venta, posesión o administración de narcóticos y drogas, incluyendo el cannabis. El argumento para justificar a la marihuana no fue que era adictiva, si no que el consumo de la marihuana era el primer paso a llegar a la adicción a la heroína, algo que se sigue hablando hoy en día, si la marihuana es una droga que conlleva a otras más duras.

El país aceptó estas leyes siempre cuando afectaron solamente a las minorías, los negros y los mexicanos. Pero, a finales de los años 1960, cuando estas leyes empezaron a arruinar las vidas de los universitarios blancos de clase media, la Comisión Nacional para la Marihuana y el Abuso de Drogas concluyó en 1972 que la “*criminalización de la posesión personal era demasiado severa y que el daño potencial del consumo de marihuana no es lo suficientemente peligroso como para justificar la intrusión de leyes criminales en el comportamiento privado de sus*

*ciudadanos.*” Estas conclusiones cayeron en oídos sordos por la administración de Nixon, pero los gobiernos estatales comenzaron a aflojar la cuerda.

Los esfuerzos para descriminalizar la marihuana murieron con la salida de Jimmy Carter de la Presidencia del Gobierno de EE.UU. y con la llegada de Ronald Reagan al poder, quien continuo una “*guerra a las drogas*” que ha aun continua, siendo una política que invierte más en la criminalización y castigo y que en la prevención y el tratamiento. En esta guerra, la criminalización de la marihuana ha sido quizás la parte más destructiva de esta guerra. El New York Times publicó en el año 2014 una serie de artículos en los que sus editores opinaron que ya era hora de acabar con la “*insensatez*” y legalizar y regular el consumo de la marihuana. Sus argumentos se reducen a los siguientes puntos:

La criminalización de la marihuana ha llevado a EE.UU. a un coste social que se puede medir en billones de dólares gastados en financiar la actividad policial; se puede medir en años, los años que muchas personas han pasado encarceladas o en los años que los hijos e hijas de esos encarcelados han crecido sin sus padres; o en vidas simplemente desperdiciadas a consecuencia de penas incomprensiblemente severas, incluso por ofensas menores.

Para justificar estas afirmaciones dan los siguientes ejemplos: En octubre del año 2010, Bernard Noble, un camionero de 45 años y padre de siete hijos, que tenía según la policía un record criminal por dos ofensas no violentas, fue parado en las calles de Nueva Orleans con una pequeña cantidad de marihuana en el bolsillo y sentenciado a más de trece años de cárcel. O el caso de Jeff Mizanskey, un hombre de Missouri que fue arrestado en el año 1993 en la compra de un “*ladrillo*” de marihuana de unos dos kilos y fue sentenciado a cadena perpetua, sin posibilidad de revisión.

Los editores del New York Times exponen que el problema no solo es que estas condenas son desproporcionadas, sino que hay miles de personas que aunque no vayan a la cárcel, cuando son arrestadas, esos arrestos permanecen en el registro de antecedentes penales por años y les impiden desarrollar sus proyectos de futuro: empleo, elegibilidad para préstamos y otros beneficios importantes, como por ejemplo que los estudiantes no pueden acceder a becas o si eres un profesional de ejercicio libre de la profesión te dificulta o imposibilita sacar licencias para por ejemplo, ejercer de psicólogo o de abogado.

La guerra contra la droga se disparó entre los años 1980 y 1990, y sobre todo el enfoque en pequeñas ofensas. En Nueva York, los arrestos por marihuana en el año 1991 fueron menos de 800. En el año 2010, la policía arrestó a más de 59.000 personas. En el resto del país los números son similares, del año 2001 al año 2010, la policía realizó más de 8,2 millones de arrestos relacionados con la marihuana, y casi 9 de cada 10 de estos fueron por simple posesión. El 90% de estos arrestos se realizan en personas que no son criminales, personas que no tienen antecedentes policiales y que no vuelven a reincidir.

Después de treinta años de criminalizar el consumo, unos treinta millones de estadounidenses continua consumiendo cada año, a pesar de que los departamentos de policía continúan gastando recursos que no tienen y que podrían dirigirse a otros problemas: más de la mitad de los crímenes violentos y el 80% de crímenes contra la propiedad se quedan sin resolver.

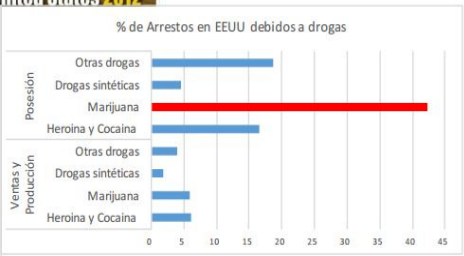
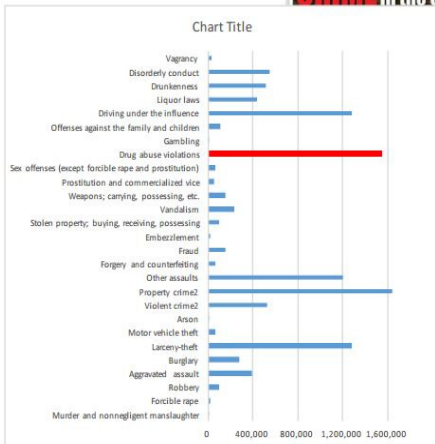
Otra razón para la legalización y regulación del consumo es la discriminación con que las leyes se ejecutan. Blancos y negros consumen con una prevalencia similar, sin embargo, la probabilidad de ser arrestado por consumo o posesión se calcula que es de 4 a 8 hasta 30 veces más alta en

la población negra (depende de la zona geográfica). A demás, las personas de raza negra tienen una probabilidad de hasta diez veces más alta de recibir sentencias de cárcel.

La opinión pública ha ido poco a poco siendo más favorable a la idea de aceptar el consumo de marihuana, sobre todo en el contexto de uso por razones médicas como paliativo de las náuseas en los tratamientos de cáncer. Más de 35 Estados y Washington DC permiten el uso medicinal de la marihuana, y en los Estados de Colorado, Washington, Oregón y Alaska, así como Washington DC, su consumo “recreacional” se ha legalizado por referéndum popular. Varios Estados en el Noreste de los EE.UU. están considerando la posibilidad de su legalización para uso recreacional, y en este contexto, Vermont parecía encaminada a ser el primer Estado en esta región que legalizara y regulara su consumo, no por referéndum pero por sí por un acto legislativo.

Ese es el contexto que pienso que es la parte más importante, porque pienso que es lo que está empujando a las personas que quieren legalizarlo en los EE.UU., eso y también las razones económicas. Hay intereses económicos detrás y ahora mismo el argumento de que las personas que se están beneficiando del tráfico ilegal de la marihuana son los criminales, cuando se pueden recaudar unos fondos importantes de impuestos que podrían ir o destinarse al tratamiento, a la prevención, a la educación y dirigirse básicamente a que la gente se concienciara y se diera cuenta de los peligros reales que existen con el consumo de marihuana.

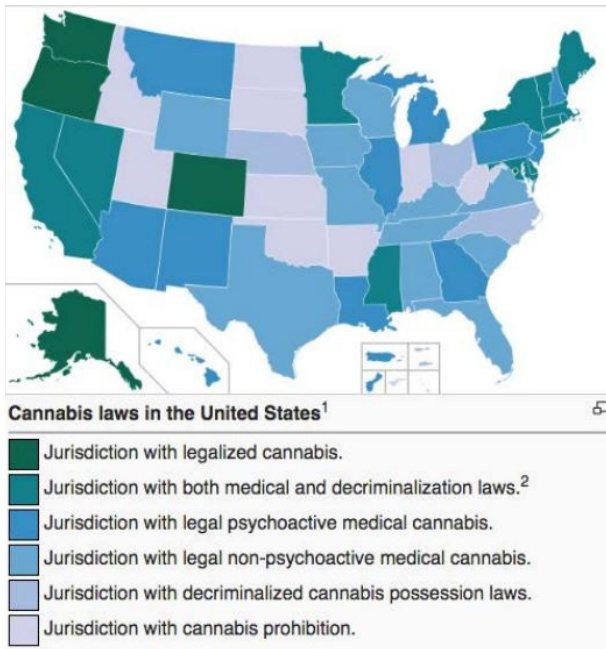
Para ilustrar un poco el tema que os conté antes, fui a la página web del FBI y tienen unas cifras que yo he convertido en unos gráficos.



LA LEGALIZACIÓN DE LA MARIHUANA Y EL ABUSO DE OPIÁCEOS PRESCRITOS CONTRA EL DOLOR:  
COMO UN ESTADO PROGRESISTA DE ESTADOS UNIDOS AFRONTA EL DESAFÍO

Como podéis ver en rojo, esos son los arrestos por violaciones de abuso de drogas y es el segundo más frecuente de toda la lista que tienen, lo cual confirma lo que el *New York Times* venía diciendo, que hay una cantidad de recursos enormes que se invierten en la actividad policial para perseguir el consumo de la droga. Lo que veis aquí en esta barrita es que la gran mayoría, cerca del 45% se deben a arrestos que tienen que ver con la marihuana y en la parte de arriba, se ve que es simplemente por posesión de la marihuana que en cuestión de la venta los porcentajes son bastante menores. Es decir, que esta idea de que se persigue al ciudadano de la calle y que se están gastando grandes cantidades de dinero en perseguir esto, cuando quizás hay otras necesidades más importantes, parece acertada.

Esto es simplemente para ilustrar cómo se ha ido cambiando, cómo se han ido aceptando más este asunto del consumo de marihuana en los EE.UU.



En el verde más oscuro, son sitios donde ya se aprueba el consumo de marihuana por propósitos recreacionales como son el Estado de Washington, Oregón, Alaska y Colorado, que fue el primer Estado junto con Washington DC, que hay un puntito ahí que no sé si se aprecia y luego según los colores que van siendo más claros hay distintos niveles de permisibilidad con muchísimos Estados aceptando ya el uso de la marihuana por propósitos médicos.

El Estado de Vermont utilizó un proceso muy sensato, pues dijeron “*vamos a consultar a los científicos, a ver qué es lo que la ciencia nos dice sobre este tema*”. Se creó una comisión científica e hicieron un estudio que presentaron en un informe bastante bien hecho, donde las conclusiones no difieren en gran medida con las mismas conclusiones del Nacional Institute of Drugs Abuse (NIDA) de los EE.UU. Es decir, que sí que es grave, que la intoxicación de marihuana puede producir unos problemas agudos cuando estás intoxicado, que estos problemas pueden interferir con el aprendizaje y con las decisiones ejecutivas, que causa problemas al conducir y

que causa accidentes y luego también que provoca otros problemas más severos a largo plazo cuando se usa repetidamente. Pero de este tema ya se habló más extensamente en el Debate del Dr. José Miñarro, quedando claro que la marihuana produce adicción y dependencia y que su consumo está asociado con el bajo rendimiento escolar. De hecho leí un artículo cuando me estaba preparando esta charla, que en *Ámsterdam* donde se relata que desde que se instauró allí una ley donde solamente la gente del país puede asistir a los *“coffe shops”*, el rendimiento escolar bajó, lo que se percibe en las personas adultas asiduas a estos locales. A partir de este artículo puedes empezar a establecer una causa-efecto del consumo de marihuana, o por lo menos aventurarte a relacionar los efectos negativos de su consumo.

Podemos observar que sí que hay una relación entre el consumo de la marihuana y la esquizofrenia, hay muchísimos datos con investigaciones discordantes de mellizos, donde por lo menos, si no es por una causa directa, las personas que tienen una vulnerabilidad genética tienen recaídas por los consumos. Yo en la práctica profesional privada lo he podido comprobar en pacientes, ya que he visto jóvenes que vienen con problemas y hay una conexión directa entre el consumo de la marihuana y los síntomas psicóticos; además es un problema convencerles de que hay una relación entre el consumo y su patología, ya que esta relación no se la quieren creer.

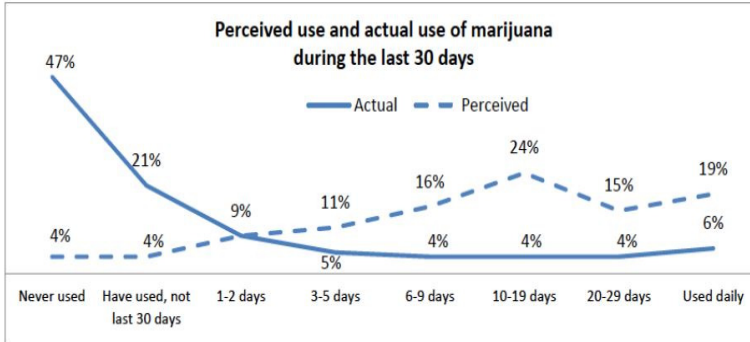
Entonces en el Estado de Vermont van admitiendo que sí, que hay muchísimos síntomas, muchísimas condiciones que empeoran como consecuencia del consumo de la marihuana. Es decir reconocen y asumen lo que dice la ciencia, pero esto lo enfocan de la siguiente manera. *“Estos datos no son de América, son de Europa”*. Bueno el consumo de la marihuana es básicamente problemático en los jóvenes, porque los jóvenes la consumen más y porque el cerebro está todavía desarrollándose en gente joven y puede que le haga más daño que a los adultos. Lo admiten y no lo discuten, también lo saben. El informe del Estado de Vermont es mucho más amplio y extenso, -estoy dando una pequeña muestra para que veáis para dónde van los tiros-, pero por ejemplo reconocen que cuando uno piensa que el riesgo es bajo, el consumo sube, lo reconocen y tienen esas figuras ahí, incluso con los datos del estado donde los jóvenes perciben que el uso es mayor del que realmente es.





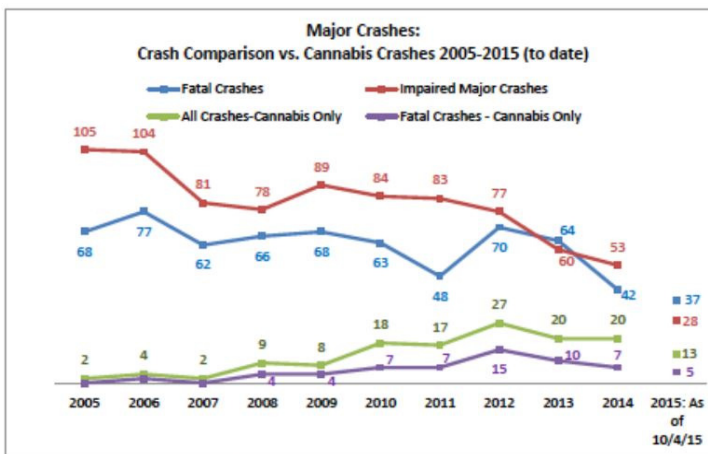
LA LEGALIZACIÓN DE LA MARIHUANA Y EL ABUSO DE OPIÁCEOS PRESCRITOS CONTRA EL DOLOR:  
 COMO UN ESTADO PROGRESISTA DE ESTADOS UNIDOS AFRONTA EL DESAFÍO

Por ejemplo, los estudiantes de institutos creen que o informan que solamente el 4% de sus compañeros nunca han probado la marihuana, cuando en realidad el 47% de ellos afirman que nunca la han probado. Existe esta percepción de que el consumo de marihuana es algo normal, que lo hace todo el mundo y que además no creen que sea peligroso. O por ejemplo cuando les preguntas cuantos de tus amigos crees que consumen a diario marihuana, estiman que cerca del 20% de sus compañeros la consumen todos los días, cuando en realidad el número es bastante menor, pues es de un 6%.



Source: Vermont College Health Survey, 2014

El Estado de Vermont sabe que de las drogas que se consumen, la marihuana es la más prevalente. Así como que allí y aquí los estudiantes utilizan medicinas no como deberían, pues muchos las utilizan para colocarse, porque alguien se las ha recetado, porque las consiguen de sus padres o las encuentran en la calle, etc. Incluso porque saben que en los Estados de Colorado y Washington como esto se aprobó en el año 2012 ya están empezando a salir algunos datos de que el cannabis está presente o se sospecha que es la causa de muchos accidentes de tráfico que pasan en la carretera, incluso se ve aquí como del año 2001-2014 cada vez forma más parte de los accidentes de tráfico, es decir, gente intoxicada con cannabis que tiene accidentes.



Data Source: VTTrans VCSG database and FARS. Data as submitted by law enforcement.

Todo esto está muy presente por los legisladores de Vermont y sin embargo esto no les frenaba. ¿Por qué? El New York Times decía, hay 30 millones de personas que siguen tomando marihuana y estamos gastando un dineral en actividad policial para perseguir a ciudadanos de a pie y que el único delito que cometen es fumarse un canuto o un porro, y que esto causa unos estragos enormes a la sociedad y a la familia, digamos que es peor el remedio que la enfermedad. Esa es la filosofía utilizada. Además los únicos que se benefician de los consumos son los criminales que la venden de manera ilegal, y no se sabe el contenido, ni se saben las sustancias, etc., además está proliferando el tráfico de cannabis sintético. Por lo que los peligros son desconocidos y quizás sean peores. Entonces dicen: *“pues vamos a regularlo como está regulado el tabaco y el alcohol, porque hemos tenido éxito en controlar el consumo del alcohol y el tabaco en la juventud a través de unas medidas que se han ido imponiendo a través de los años. De hecho la marihuana es menos dañina o adictiva que el tabaco o el alcohol, entonces es una contradicción decir esto es legal, pero que esto no es legal”*.

A través de los años hemos creado políticas y leyes que han llevado a una bajada del consumo de tabaco y del consumo del alcohol en los adolescentes. ¿Cómo se ha conseguido eso? Bueno, pues, por ejemplo la densidad de las tiendas de licores es menor ahora que antes, no se dan tantos permisos para que las tiendas abran con tanta facilidad. El tabaco ya no se vende en máquinas, se vigila y se monitoriza el hecho de que sólo las personas mayores de edad puedan comprar tabaco. No se permite ya casi en ningún sitio público consumir tabaco en sitios. Por ejemplo, en la Universidad de Vermont dentro del campus no se puede fumar. La edad permitida para consumir alcohol se ha subiendo con los años. Yo cuando llegué a los EE.UU. se podía consumir si tenías 18 años de edad, y poco a poco las Leyes Federales fueron creando incentivos para que subieran esa edad a los 21 años, y ahora en todos los Estados, creo que es a los 21 años y eso ha producido un declive de los accidentes de tráfico producidos por el consumo de alcohol.

También ha habido una gran actividad de educación para concienciar a la gente del daño que hace el tabaco por ejemplo y eso ha llevado a que se baje mucho el consumo. De hecho el tabaco ahora se limita a un comportamiento que casi solo se produce en gente con poco poder adquisitivo. Entonces lo que dicen es, si tenemos un plan de acción que podemos poner en marcha antes de legalizar la marihuana lo que vamos a poder hacer es prevenir muchos de los efectos negativos que ahora no podemos controlar. Entonces tienen aspiraciones a que puedan bajar el consumo de la marihuana en los jóvenes si tienen una política en la que puedan decir vamos a educar a la gente, vamos a preparar a los médicos y a los docentes para que ellos puedan detectar el consumo en sus prácticas cuando la gente va a sus reconocimientos. Vamos a poner las leyes en su lugar que previenen el abuso de drogas en sitios públicos por ejemplo, vamos a asegurarnos de que sólo las personas que tienen 25 años o más puedan consumir la droga, etc. Estas son las recomendaciones, establecer políticas y aprobar las políticas necesarias antes de aprobar el consumo legal, por ejemplo implementación de la regulación y tasación de las ventas. Quieren aplicar en este caso las leyes del tabaco, que han reducido el consumo en la población general y en los jóvenes, e incluir cualquier tipo de sistema de consumo de cigarrillos, no permitir el uso en lugares públicos, aprobar el presupuesto necesario para que la vigilancia e implementación de las leyes se pueda realizar. Asegurarse de las dosis se empaqueten de manera que no sean excesivas, ni tóxicas.

Por ejemplo en el Estado de Colorado, el problema que tenían era que empezaron a vender cannabis en forma de chocolates o como productos que encima tenían gran aceptación en los niños y sin embargo te podías encontrar que tres o cuatro dosis de esos productos podían crear intoxicaciones y problemas graves. Entonces Colorado no estaba preparado para esto, y ahora si lo hacen de tal manera que las personas no se equivoquen y solo se tomen una dosis en vez de envenenarse.

Podemos poner leyes para proteger a los jóvenes y a los adultos, podemos expandir programas de prevención y educación. En el Estado de Vermont se propuso no permitir comestibles u otros productos influidos con THC. Imponer límites de THC para conducir. Aunque el problema es que no existe aún un modelo fiable que puedas saber cuánto ha consumido la persona, etc. Las autoridades apostaban por estas medidas, porque era claro que esto iba a pasar, la gente no lo hablaba por qué daban por hecho la autorización del consumo de marihuana. Pero hará unas tres semanas se publicó un artículo en el New York Times donde el Gobernador de Vermont, que fue quien impulsó esta iniciativa, hizo una entrevista donde decía que las cosas se están entorpeciendo por el problema de la heroína y el abuso de los narcóticos.

En Vermont, los legisladores no quieren arriesgarse a aprobar el consumo de una droga que causa adicción, porque claro también es una contradicción que es difícil de digerir. En Vermont este Gobernador fue el primero en el noreste en admitir que existía una epidemia o un gran problema con el abuso de la heroína o de los narcóticos que los médicos recetan para controlar el dolor, sobre todo en personas que tienen cirugías de distintos tipos. Propuso un modelo de sanidad donde se iba a asistir a estas personas para darles tratamiento de metadona y análogos, porque decía que había que ayudar a estas personas. Cuando hizo esta propuesta, participó en varios programas de televisión para explicarla. Esto produjo un flujo de personas de otros Estados que vinieron a Vermont para recibir estos tratamientos. Pronto los Estados de alrededor de Vermont empezaron a tomar nota de estos hechos, lo que ayudó a que se les diera más atención a estas personas adictivas y ha hecho bastante bien a la sociedad. El problema es que no hay fondos para atender a tanta gente con adicciones. Desde su punto de vista si legalizas la marihuana, va a producir unos fondos de impuestos que se van a poder dirigir a la sanidad y así poder tratar a estas personas.

Por último quiero comentar que hoy los medios de comunicación españoles han comentado que Prince tenía un problema con los narcóticos y parece ser que fueron la causa de su muerte. Realmente esto es un grave problema en los EE.UU. Lo que sucedió es que hubo un estudio que evidenció que a las personas no se les recetaba la dosis suficiente para bajarles el dolor; entonces cambió a una política de recetar libremente estos narcóticos. Entonces lo que pasó es que mandaban a casa a esta gente con una cantidad de pastillas que realmente no necesitaban. Algunas de estas personas que tenían problemas crónicos como Prince terminaron con una dependencia a estas pastillas y otras personas encontraron una manera de consumo de estas medicinas para colocarse. La gran mayoría de ellas las consiguen, no en el mercado negro, ni de forma ilegal, sino que las consiguen de parientes o amigos a quienes se las proporcionan los médicos, pero que no las consumen y en vez de tirarlas, se las guardan en casa y/o se las dan o venden a otras personas.

Yo ahora estoy colaborando con un Residente del Departamento de Medicina de la Universidad de Vermont y estamos proponiendo un sistema para controlar que las personas

tomen las pastillas adecuadas y tener además un modelo para que devuelvan las pastillas que no toman.

Ya he hablado unos cuarenta y cinco minutos y pienso que ahora lo mejor es que vosotros me deis vuestras impresiones, que hagáis vuestros comentarios o que me formuleis las preguntas que deseáis sobre el tema que he expuesto.

Muchas gracias por vuestra atención.



**Dr. D. Francisco Bueno, Dr. D. Antonio Cepeda-Benito y Dr. D. Rafael Alexandre.**



**Dr. D. Francisco Bueno, Dr. D. Antonio Cepeda-Benito y Dr. D. Rafael Alexandre.**

**LA LEGALIZACIÓN DE LA MARIHUANA Y EL ABUSO DE OPIÁCEOS PRESCRITOS CONTRA EL DOLOR:  
COMO UN ESTADO PROGRESISTA DE ESTADOS UNIDOS AFRONTA EL DESAFÍO**

---



## DEBATE

**Moderadores: Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral  
Dr. D. Rafael Aleixandre Benavent**

**Preguntas: Público asistente.**

**Respuestas: Prof. Dr. D. Antonio Cepeda-Benedito  
Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral**

### **Dr. Francisco-Jesús Bueno Cañigral**

Gracias al Dr. Antonio Cepeda-Benedito por esta extraordinaria exposición, que nos ilustra claramente cuál es la realidad de este tema en el Estado de Vermont. A partir de ahora, ustedes tienen la palabra. Empezamos ahora el coloquio, el Debate propiamente dicho, para que podáis formular cualquier pregunta, exponer vuestras opiniones, para que se pueda ampliar, aclarar o complementar lo expuesto por el Ponente.

Para empezar el Debate, me permito hacer la primera pregunta

***¿Por qué las autoridades frenaron casi de repente este proceso después de todas las actuaciones realizadas? ¿Por la constancia de que iban a recaudar poco, porque el consumo es lesivo, por la influencia de lo que está pasando con los consumos de heroína y opiáceos?***

### **Dr. Antonio Cepeda-Benedito**

Mira yo creo que la cuestión es económica y está bien claro. Colorado en el año 2015 reportó unos ingresos por tasación de por encima de los 5 billones de dólares. Bueno en EE.UU. los billones no son tan grandes como en Europa, son miles de millones, aquí un billón es un millón de millones y en EE.UU. (me confundía mucho cuando iba allí) es menos, pero es una cantidad apreciable y la gente ha invertido muchísimo dinero, los inversores privados.

Una paradoja es que muchísimas de esas minorías fueron encarceladas por vender marihuana y que ahora mismo están encarcelados por vender marihuana. Ahora hombres blancos están haciéndose ricos por hacer lo mismo, entonces en Colorado por ejemplo, han rectificado un poco y perdonando sentencias a muchas personas.

Té voy a dar una respuesta como psicólogo, sabéis que existe algo y no sé si sabré traducir al castellano, que es un conflicto “approachaboiments”, “acercamiento y alejamiento”, cuando

nos acercamos a uno de esos conflictos la ansiedad sube. ¿Verdad? Y lo que parece muy buena idea de lejos, cuando te vas acercando al tema, tienes que dar el paso, tienes que decidirte, entonces te vas asustando un poco. Ejemplo: Te subes al trampolín más alto y vas de valiente. Cuando miras abajo a la piscina, dices, como decían en mi pueblo “ostras Pedrín” que lejos está el agua...

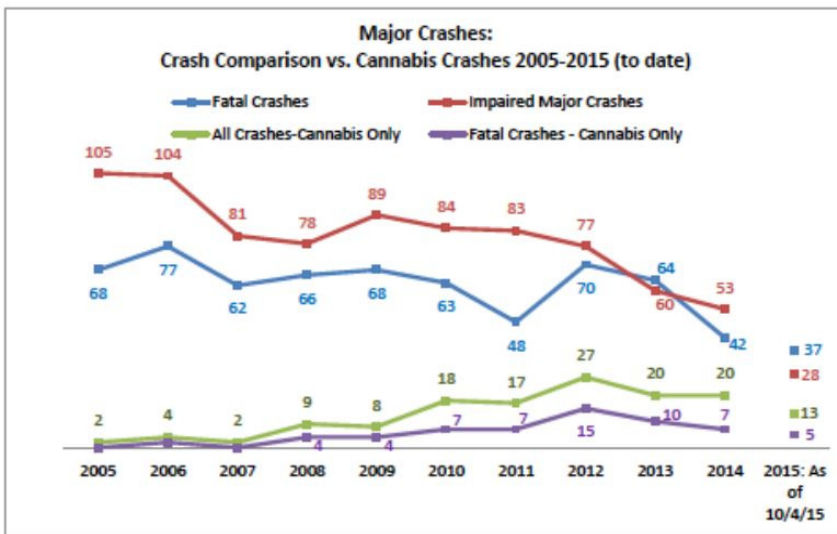
Y eso es lo que yo creo que ha pasado un poco en Vermont. Los políticos al final del día son políticos y personas, y no quieren mojarse y que luego las consecuencias sean nefastas; son muy conscientes de que la marihuana de hecho hace daño, es adictiva, causa daños estructurales en el cerebro, causa psicosis, acelera el principio de la esquizofrenia y causa accidentes de tráfico. Y aunque en teoría los políticos piensan que estas cosas se pueden bajar, pasar a regular el consumo de la marihuana, les dio miedo. Yo creo que se agarraron a esta disculpa de los consumos masivos de opiáceos y a estos problemas de la marihuana, para echarse para atrás, pero es mi especulación.

### Dr. Francisco-Jesús Bueno Cañigral

Muchísimas gracias. Preguntas por favor.

#### Asistente

Primero felicitarte por la brillante exposición. Me ha llamado la atención que sí que hablas del peso que tiene el consumo de cannabis en los accidentes de tráfico y lo has puesto en una gráfica; sin embargo, cuando hablas de los trastornos del pensamiento en el ámbito psicótico no he visto en ningún lado el peso. No me cabe duda, cuánto peso de consumo de cannabis en la población joven deviene en una esquizofrenia, es decir, dicho al revés **¿En los esquizofrénicos cuál es el peso del consumo de cannabis en el que aparezcan esquizofrenias en esa población adolescente, que es el punto de inicio de la esquizofrenia?**



Data Source: VTTrans VCSG base and FARS. Data as submitted by law enforcement.

### **Dr. Antonio Cepeda-Benedito**

Si, el asunto aquí es causa efecto, los estudios meta analíticos vienen a estimar que un factor de acelerar el inicio de unos seis años de antelación, cuanto más joven es la persona cuando comienza el consumo, mayor es el riesgo de que ese inicio se acelere y que continúe. Entonces el asunto es que dices, bueno esa persona llegaría a desarrollar de todas maneras con o sin consumo una esquizofrenia, entonces en los estudios con mellizos discordantes donde uno ha consumido y el otro no ha consumido, pues hay variedad de datos y se habla de que hay de dos veces o el doble de probabilidad que desarrolle un problema psicótico. No sé si aquí en la sala hay personas que tienen más información sobre este tema. Lo que he dicho es lo que he leído en los meta análisis, es decir, no es tema insignificante.

### **Asistente**

Nunca he creído en una relación directa. Sí que se relaciona el consumo de cannabis en muchos esquizofrénicos, eso sí, pero **¿Hasta qué punto es el cannabis o sus derivados los desencadenantes de esa situación?** Tengo muchas dudas, las he tenido siempre. Lo que tengo claro es que hay que tratar al esquizofrénico tal cual, y si le suprimes el cannabis puedes mejorar algunas cosas, pero no la relación directa.

### **Dr. Antonio Cepeda-Benedito**

Yo fíjate, directa creo que no, pero en lo que sí que creo, es en un modelo de diátesis donde la presencia del cannabis precipita el problema, que quizás de otras maneras no se precipitaría ¿Por qué? Porque hay estudios longitudinales de mellizos discordantes, donde se supone que comparten homocigóticos como heterocigóticos, donde uno tiene la esquizofrenia y no consumió el cannabis y el otro sí que consumió, después de controlar otros factores sociales, etc. Que no puedes llegar a una conclusión causa efecto, estoy de acuerdo, pero tampoco se puede llegar a eliminar la hipótesis.

### **Asistente**

De lo que se trata es que muchos esquizofrénicos que forman parte de sociedad actual y que viven en un entorno donde la gente fuma cannabis, ellos también fuman cannabis. Es por tanto tan difícil decir que el cannabis ha sido el factor desencadenante de la aparición de la psicosis.

### **Dr. Antonio Cepeda-Benedito**

Estamos hablando de correlaciones. Si te pones a pensarlo estrictamente, el fumar es muchísimo más prevalente que en la población normal y claro también existe la teoría de si es una auto medicación, estoy de acuerdo. No creo que debamos profundizar más en este tema pues podemos estar tres días con esta conversación.

### **Asistente**

Has enseñado una gráfica en la que relacionaba las sustancias más consumidas en los EEUU por los jóvenes y en ella aparecía la Salvia. **¿Esa Salvia es la de la Sierra de Mariola?**





## Asistente

Se refiere a la planta “Salvia Divinorum” cuyo principio activo es la salvinatorina-A, que provoca fuertes alucinaciones. Una infusión de esta hierba era usada por los chamanes para la adivinación en la mayoría de los pueblos mayas de México. La salvinatorina-A aún no está sujeto a control internacional. El cultivo y comercio de la Salvia divinorum es legal hasta el momento excepto en Australia, Finlandia, Italia, Dinamarca y Suecia, así como en algunos de los Estados de EE.UU. En Irlanda está permitido su consumo y venta al público. En España su venta al público para usos medicinales está prohibida desde 2004, no así para usos ornamentales.

Pero esta planta no tiene nada que ver con Salvia officinalis, comúnmente llamada Salvia que contiene aceites esenciales, flavonoides y principios amargos. Tiene muchas propiedades medicinales como: anti sudorífica, hipoglucemiante, emenagoga, estimulante, antiespasmódica, astringente y antiséptica. Por ello es cultivada como planta medicinal. Aquí seguro que hay muchas personas que como yo nos hacemos infusiones de Salvia, por lo que podemos seguir tomando infusiones de Salvia que está muy rica.

## Asistente

**¿Porqué está prohibido el cannabis en sustancias comestibles?**

### Dr. Antonio Cepeda-Benedito

Por dos razones. Una porque es que en EE.UU. el tabaco con sabores se prohibió, porque se cree que eso atraería más a los jóvenes, lo único que se permite es el mentolado. Además no quieren que se ponga marihuana en productos como caramelos o chocolate porque los jóvenes ya tienen una atracción natural a estos productos. La otra razón es porque es más difícil controlar la cantidad ¿no? Porque se vendía por ejemplo, una barra de chocolate que

contenía diez dosis de cannabis, entonces una persona sin darse cuenta se tomaba media barra de chocolate y terminaba en urgencias.

En el Estado de Vermont por tener más precaución o ser más moderados dijeron, no vamos ni si quiera a molestarnos con eso, vamos a decir que no se va a permitir. Entonces hay un poco de contradicción entre ellos mismos, porque ellos dicen que con la educación podemos controlar y salvaguardar este problema, pero luego vamos a poner límites a la regulación como se está haciendo con el tabaco. Entonces la idea sería que también se prohibiera. En el Estado de Vermont se prohíbe el consumo de la marihuana en inhalantes, porque ahora se está viendo mucho el uso de los vaporizantes y lo que no quieren son cosas que puedan atraer mucho a los jóvenes. Esa medida en definitiva creo que se tomó principalmente para proteger a los jóvenes del consumo de marihuana.

### **Asistente**

Centrándome en el tema de las estadísticas españolas, la expectativa de vida en la población general es de 83 años, aunque hay muchas personas que llegan o pasan de los 100 años. La OMS habla de hábitos saludables para que lleguemos a esta edad con calidad de vida, estamos aquí hablando de los defectos de no llevar hábitos de vida sanos y yo creo que cuando se plantean estas campañas de prevención se hacen hasta los 25 años haciendo todo lo posible, pero a partir de los 25 años tú ya no puedes influir en las personas para que sigan con medidas de prevención. Se plantea que la prevención es un gasto y realmente yo creo que al final no es un gasto.

Estamos viendo a nivel sanitario mucha patología mental, tenemos muchos centros a los que acuden muchos jóvenes con problemas, a los que antes acudían personas mayores. Ahora los tenemos llenos de jóvenes, por tanto es un problema preocupante que no se haga más prevención sobre el consumo de drogas y de sus consecuencias.

También tenemos una incongruencia en la Comunidad Valenciana con el tema de los locales donde se permite el consumo de cannabis, los clubs de fumadores, en cuanto se abre un local de fumadores, la ley permite tenerlo abierto. No se permite el cultivo de marihuana pero sí que permite que esté abierto el local y que se consuma y distribuya a los socios. Este tema es una paradoja ya que la legislación permite a una asociación que abra un local para el estudio de los beneficios del cannabis, por otra las personas que viven cerca no quieren que esté abierto, etc. Creo que deberían hacerse más campañas de información, educación y prevención en este tema y que hubiese más control e inspección de estos locales.

### **Dr. Rafael Aleixandre Benavent**

Me gustaría saber un poco más sobre los usos medicinales y si existe legislación al respecto. ***¿No existe una política estatal en los EE.UU. sobre este tema, sino que cada Estado es soberano en dictar sus leyes en relación al consumo a su prohibición o a los usos medicinales? ¿Esto puede crear tensiones en los ciudadanos de un Estado con los de otro Estado? ¿Cuál es la política de Hillary Clinton y de Donald Trump al respecto?***

### **Dr. Antonio Cepeda-Benedito**

No sé si recordáis que Bill Clinton dijo que fumó marihuana de joven, pero no tragó el humo. Luego su Vicepresidente se presentó a las elecciones, y dijo que él fumó y se tragó el humo, pero que se arrepiente de ello. Luego creo que fue Kerry que también era demócrata quien

dijo que fumó y tragó porque el fumaba Parece ser que también Obama fumó marihuana ¿Cuál era el objetivo de fumar marihuana, si no era para colocarse?

Además hay otros políticos demócratas como Bernie Sanders, -que es este señor que le estaba dando un poquito de guerra a Hillary Clinton para ser candidato-, que es de Vermont y ha sido un defensor de la legalización de la marihuana con mucho énfasis. Como político ha tenido mucho éxito, porque muchísimos estudiantes le han apoyado, no sé si porque él apoyaba la legalización de la marihuana o porque además apoyaba que la educación fuera gratuita y publica.

Entonces yo pienso que existen contradicciones entre los políticos y por supuesto en la sociedad de EE.UU. Como os dije antes en el artículo de 1939, todavía sigue vigente hoy en día, para el Estado Federal el consumo de la marihuana ya sea por razones médicas o por razones recreacionales está prohibido por la Ley Federal, lo que sucede es que el Gobierno Federal no se atreve a endurecer esas leyes. Obama sí que se mojó y dijo que el experimento del Estado de Colorado iba a seguir y que el Gobierno Federal no iba a interferir en las políticas de los Estados sobre estos temas. Pero hay una contradicción, es decir, que cuando esta gente está vendiendo marihuana en Colorado, Washington o incluso en California con la excusa del uso medicinal, están incumpliendo las Leyes Federales, en cuanto los usos medicinales. Hay muchos Estados donde la jurisdicción con el uso legal del cannabis se diferencia entre sitios donde el cannabis tiene activos psicoactivos THC y en otros donde contienen partes de la planta que no son psicoactivas porque tienen las mismas propiedades para quitar la náusea y el dolor. Pero claro, hay distintos matices de para qué se puede utilizar en unos o en otros casos.

No sé qué opinareis vosotros, pero yo creo que con el tiempo, de aquí a cinco años, será aprobado para propósitos medicinales en cada Estado. Seguramente con el próximo Presidente de los EE.UU. yo creo que esa Ley Federal va a cambiar. Pero es mi predicción y vosotros podéis tener la vuestra e incluso podemos apostar.

### **Dr. Rafael Aleixandre Benavent**

***¿Qué enfermedades concretas se pueden tratar o para que enfermedades se puede prescribir el THC?***

### **Dr. Antonio Cepeda-Benedito**

Bueno en general yo creo que para personas con cáncer, sobre todo con cáncer avanzado, para ayudarles a no sufrir tanto. Eso creo yo, pero hay profesionales aquí que saben más de eso que yo.

### **Asistente**

Si se utiliza por ejemplo como antiurético para precisamente esos procesos cancerosos y también para algunas variaciones de artrosis o artritis, parece ser que es bastante efectivo fundamentalmente para este tipo de enfermedades y creo que hay alguna más, como la esclerosis múltiple.

### **Dr. Francisco-Jesús Bueno Cañigral**

***¿Qué registro comercial tienen para estas enfermedades?***

## **Asistente**

Hay Satirex, pero hay varios.

## **Dr. Francisco-Jesús Bueno Cañigral**

Pero Satirex es sólo recomendable para la esclerosis múltiple.

### ***¿Conocéis alguno más, aparte de Satirex?***

Hago esta pregunta porque en las charlas con los adolescentes en muchas ocasiones plantean la bondad del cannabis y el uso terapéutico del mismo, así como que cada vez la industria farmacéutica está comercializando más productos con THC o con sus derivados.

## **Asistente**

Hoy por hoy lo que se ha aprobado científicamente son estas dos o tres enfermedades crónicas que estábamos comentando, no hay en estos momentos ningún uso terapéutico más de derivaciones de uso de cannabis. Si es cierto que cada vez hay más estudios sobre este tema, así en EE.UU. están experimentando con el cannabidiol y se está investigando sobre su posible uso terapéutico, incluso su uso en la intervención de diferentes adicciones, como la del alcohol, de la heroína o incluso con cocaína. Vamos a ver lo que sucede con estas investigaciones, ya que las farmacéuticas sí que quieren seguir investigando, pero los avances científicos en ese sentido como sabéis son lentos.

Muchas veces tenemos la imagen de que no se quiere investigar con cannabis o con derivados del cannabis, pero tenemos que pensar que las investigaciones en ese sentido son lentas y muchas veces son prometedoras al inicio, pero cuando pasan de las fases preclínicas a las fases clínicas no son útiles o no son verdaderamente adecuadas.

Te felicito por la charla, pero quería hacerte un comentario que me hacen a mí muchas veces los adolescentes, y es una pregunta trampa, entonces a ver qué opinión tienes tú acerca de esto.

***¿Cómo puede ser que no se legalice la marihuana, el cannabis, fumar porros por ejemplo, cuando está legalizado el alcohol y el tabaco que también son productos que producen dependencia y que producen distintos tipos de cáncer y patologías asociadas al consumo de estos productos? ¿Cómo el cannabis que se puede considerar más liviano o en la misma medida que los otros dos y que no se legalice?***

Sabemos que no lo es, pero esto es lo que me dicen adolescentes, porque dentro evidentemente de su estrategia cognitiva, es sí o es no y punto. ***¿Qué es lo que pasa, cuál sería la contestación?***

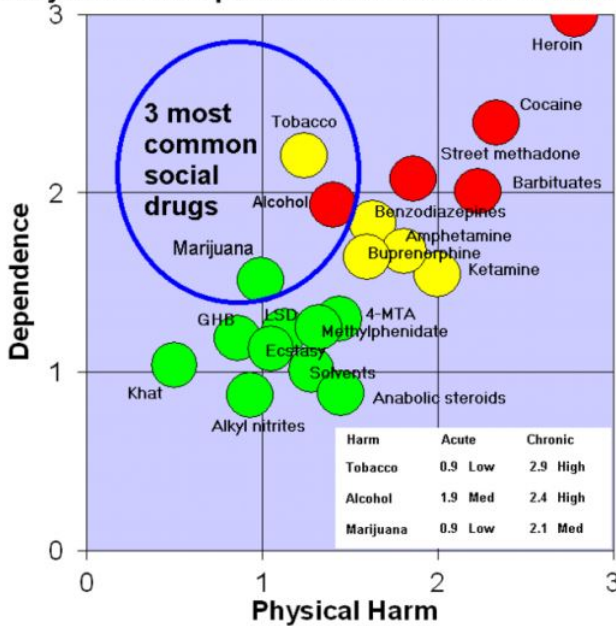
## **Dr. Antonio Cepeda-Benedito**

Es muy buena la pregunta y el razonamiento es lógico. Existe una contradicción donde permitimos cosas que hacen daño. Bueno hay varias respuestas, voy a especular. Una es, porque una cosa que sabemos que está mal, no vamos a hacer todas las otras cosas que sabemos que también nos hacen daño. Lo que deberíamos hacer lo es no permitir lo otro que nos hace mal; pero luego dices bueno y hasta qué punto la persona tiene discernimiento para saber lo que le hace daño y en qué medida le hace daño.

O sea hay unas contradicciones enormes en cómo abordar este asunto de las drogas ¿Verdad? Entonces es difícil, la diapositiva que os presenté antes donde se establece en esa revista el peligro, podrías tomar una decisión arbitraria y decir mira, voy a cortar por aquí y por aquí y

decir, lo de arriba no se permite y lo de la derecha no se permite y lo otro si lo permitimos. Pero es que esto no existe así, pero son decisiones que tomamos que no tienen mucha lógica. Entonces el alcohol y el tabaco son drogas que ya forman parte de la sociedad, que muchos conocemos desde pequeños, hemos vivido con ello, lo tenemos asumido. Entonces la respuesta es, no porque tengamos malos hábitos y malas costumbres en esta sociedad, vamos a seguir aceptando otras, es lo único que se me ocurre.

### Marijuana in comparison to Alcohol and Tobacco



Data source is The Lancet, 369 (9566): 1047-53 published March 24, 2007

### Asistente

Tengo una curiosidad porque estamos planteando la legalización con buenos argumentos, la criminalización no debería plantearse en ese mapa de EE.UU. donde los Estados que ya lo tienen legalizado son los más oscuros, hay cuatro. El caramelo es que el dinero de los impuestos se invierte tal y cual, pero tenemos ahí un experimento en el que se puede ver rápidamente que está pasando al poco tiempo y si realmente se está utilizando, si se mejora porque claro, plantear la legalización en frío es una cosa, pero plantearla con argumentos es otra cosa, pero el sistema económico se va a destinar ahí. **¿Pero qué ha pasado, que está pasando en realidad sobre el tema de la legalización?**

### Dr. Antonio Cepeda-Benedito

Creo que ahora hay que tener precaución y observar lo que sucede en Colorado, en Washington y en Oregón y tener un poquito de tranquilidad e investigarlo.

Entonces lo que sí que se ha entendido es que Estados como Colorado y Washington no estaban totalmente preparados Para dar el salto, entonces todavía el dinero que provenía

de la tasación no estaba dirigido a tener activadas en su lugar las políticas de prevención, educación y monitoreo, entonces han aprendido todos de esta experiencia.

El otro problema que tuvieron es que hubo un ascenso muy alto de accidentes de tráfico donde el hachís estaba involucrado. Está claro que conducir bajo los efectos del hachís es una idea muy mala y ha producido resultados muy negativos. Además es difícil de medir en el momento el nivel de intoxicación que llevaba la persona que tuvo el accidente. Los mejores métodos son básicamente hacerles las pruebas de si la persona puede caminar derecho, si tiene las pupilas dilatadas, etc. Esto es el mejor método, pero claro es un método que a la hora de ir a la Corte de Justicia es muy subjetivo y tiene unas dificultades para que se aplique la ley. Entonces tenemos gente aquí muy lista, si encontráis un método con el que se pueda medir los niveles y luego el THC, los niveles que se encuentran en la sangre no corresponden a los niveles más altos que ya pasaron, si miras a los metabolitos de las personas que han estado tomando, quedan ahí, y no es que la persona haya tomado antes de ponerse al volante. Ahí uno de los problemas más difíciles de resolver es de cómo controlas eso, entonces estoy de acuerdo contigo, pienso que ahora hay un experimento y está ahí y es porque Obama dijo que hay que dejar a los Estados que hagan este experimento y vamos a observarlo y cuando se le presionó a que cambiara la Ley Federal, dijo que no, que vamos a esperar.

### **Asistente**

Solamente comentar donde está legalizado, en caso de tener una población que ha consumido cannabis los efectos son a largo plazo o hasta que se te pasa el “colocón” y tienes una población que el sujeto está conduciendo, que está negociando las cuentas, que puede estar operando esas cosas... *¿Entonces la inversión de todas esas tasas que van a recaudar, les interesa y hasta que punto?*

### **Dr. Antonio Cepeda-Benedito**

Asumiendo que se consume más después de la legalización que antes de la legalización.

### **Asistente**

No, suponiendo que se consuma lo mismo, asumo que tras la legalización hay muchos impuestos que se van a recaudar, pero lógicamente hay más permisibilidad. Puedo plantearme que un médico que me hoy me va a operar, que ayer pudo estar fumando cannabis, puedo plantearlo porque estoy asumiendo que puede haber más población consumiendo legalmente.

### **Dr. Antonio Cepeda-Benedito**

¿Pero por qué tiene que obligatoriamente suceder eso? Esto es simplemente por dar una respuesta, que no es simplemente por estar de acuerdo contigo, porque lo que dices tiene muchísimo sentido. Te respondo con una pregunta ¿Pero ahora mismo también puede suceder que un cirujano haya bebido antes de operarte?

### **Dr. Víctor Agulló Calatayud**

Viniendo de la pregunta que ha formulado mi compañera, el modelo de Uruguay, ha servido de inspiración para alguno de estos Estados americanos. Obama recuerdo que lo recaló como un ejemplo a seguir y al parecer está teniendo algunos indicadores que son muy provisionales pero que parecen bastante lógicos.

### **Dr. Rafael Alexandre Benavent**

#### **¿En qué consiste el modelo de Uruguay?**

Explícalo por favor, que has estado allí y lo has conocido directamente.

### **Dr. Víctor Agulló Calatayud**

El año 2013 en Uruguay se aprobó una ley que regula la legalidad del cannabis, la producción, que está controlada por el Estado, la comercialización, la tenencia y los usos recreativos y medicinales de la marihuana, así como también las utilidades con fines industriales. Con esta ley, Uruguay se convirtió en el primer país del mundo en legalizar la venta y el cultivo de marihuana plenamente. Esta despenalización del consumo, y regulación del cultivo que parece que el Estado tiene controlado, ha hecho según algunos autores que el narcotráfico y el consumo ilegal estén bajando en Uruguay.

### **Dr. Antonio Cepeda-Benedito**

Ese iba a ser mi comentario que la razón principal era para el control y combatir el narcotráfico. Si claro que se menciona, por ejemplo una cosa que no hemos hablado aquí es que en EE.UU. obviamente hay intereses fuertes fuera del Gobierno que empujan mucho y de hecho hablan de Uruguay como un logro suyo, que ellos han empujado y toman como crédito tanto las cosas nacionales como las internacionales.

Entonces yo creo que las personas que están a favor de la legalización, claro que apuntan a cualquier ejemplo al que pueden apuntar para decir mira esto que es tan raro, está trayendo beneficios. Lo que sí que sucede es que encuentras una dicotomía con los que están en contra, pues somos los seres humanos que tenemos nuestros sesgos, ya que apoyas a lo que apunta tu punto de vista y los otros -al contrario- exageran su punto de vista, y así es difícil encontrar pues si causa o no causa beneficios o perjuicios.

### **Asistente**

Quiero hacer un comentario y al final formularé una pregunta para el Dr. José Miñarro. Todos conocemos mucho sobre el cannabis, todos podemos hablar sobre el cannabis, de las consecuencias médicas de su consumo, etc. Pero después a la hora de hablar sobre su legalización entra en juego otras muchas cuestiones, que son cuestiones legales, políticas, basadas algunas en argumentos científicos y que además también mezclamos con las cuestiones de la economía, las ganancias, el coste social, los beneficios sociales y añadimos un poco más de lío al tema.

La realidad para mí es mucho más complicada, **¿Porque realmente qué conocemos del cannabis?** El sistema endocannabinoide es de hace 600 millones de años y lo descubrimos por casualidad hace unos 60 años. Al investigar las drogas utilizamos el cannabis y vimos que habían receptores cannabinoideos y a partir de ahí descubrimos más o menos a grandes rasgos que había un sistema endocannabinoide. **¿Y ese sistema cannabinoide qué hace?** Regula básicamente todos los demás sistemas o interviene en la regulación de los demás sistemas para el equilibrio corporal, la homeostasis, ya que en esencia el propio sistemacannabinoide tiene una función muy importante para regular el equilibrio psicosocial de la persona y que depende de las circunstancias del entorno que se regula. Si nosotros le damos periódicamente a lo largo del día cada 15 días o cada 24 horas, una sustancia externa que lo que hace es imitar los efectos del sistema cannabinoide, estamos entorpeciendo ese

sistema y básicamente a mí me da igual que cree o no cree la psicosis o una paranoia toxica, para mí lo más importante es la intervención que tiene a nivel de hipófisis para el aprendizaje; pues además de otros efectos el cannabis reduce y destruye la hipófisis, y por tanto altera las diferentes fases del aprendizaje. Entonces si desde la primera infancia estamos tomando cannabis externo las consecuencias para mí, yo no las sé, aun se tienen que estudiar, pero eso no va a servir de base para legalizar o no.

Entonces Dr. José Miñarro la pregunta es ***¿Si el sistema endocannabinoide no se puede comparar teóricamente con la planta del cannabis, ni la planta del cannabis de hace sesenta años con las plantas actuales, ni la cantidad de sustancia de THC que poseen las plantas hoy, etc. No deberíamos aprovechar toda la información que tenemos y que nos sirva para argumentar cosas, ir parcelándolas poco a poco y con paciencia, para ir centrándonos en el tema de legalizar a partir de conocimientos científicos muy sólidos?***



### **Dr. José Miñarro López**

Comentar en primer lugar que evidentemente el sistema endocannabinoide es un sistema que es inherente, es decir, que en principio no actúa si no es por demanda del organismo, si no es por demanda de evidentemente los demás neurotransmisores y está claro que cuando hay un estímulo externo y en este caso es la acción de un cannabinoide a través del THC o marihuana, es evidente que nuestro sistema nervioso es un sistema vago por naturaleza y que si tiene una sustancia que se la administramos externamente, nuestro sistema nervioso va a dejar de generarla. Es decir, va a dejar de utilizar cannabinoides, independientemente de que haya demanda o no haya demanda, y esto que va a significar, va a significar que no solamente vamos a depender en cierta medida de esta sustancia externa sino que además va a desregularizar o alterar la conectividad de los demás neurotransmisores respecto a los cannabinoides.



El problema que existe fundamentalmente, siguiendo un poco tu argumentación, que me ha parecido muy interesante, es que esto evidentemente va a provocar daños o alteraciones en las estructuras que tienen que ver con la memoria, como puede ser el hipocampo y realmente es ahí donde nos tenemos que centrar. Es decir, realmente va a haber una alteración que significa precisamente eso, una disminución del aprendizaje, de la concentración y lo que tú comentabas al principio. ¿Qué puede suceder? Pues los estudios tanto experimentales o con humanos es que a medio y largo plazo va a haber un deterioro de ese aprendizaje, un deterioro de la concentración y en definitiva una disminución del coeficiente de inteligencia de la persona consumidora. Como tú bien decías un descenso del rendimiento escolar, porque quien consume son fundamentalmente en este caso escolares o gente muy joven. Tú no me lo preguntas, pero yo voy más allá y te respondo, evidentemente yo no legalizaría la marihuana. Es una cuestión que es de índole social, que está en debate y que les concierne a los políticos tomar decisiones

### **Dr. Antonio Cepeda-Benedito**

Esta pregunta me la hicieron ayer y es que obviamente las circunstancias de España no son las mismas que las de los EE.UU. Porque aquí, por ejemplo las cosas que hacen allí de meter a la gente en la cárcel por consumir, aquí no suceden, entonces es difícil comparar los dos países. Es difícil no ponerse de acuerdo en que los argumentos que ellos plantean no son argumentos locos. Ellos en EE.UU. están planteándote ahora mismo, hoy día, con esta guerra contra las drogas en la que llevamos cuarenta años, no hemos hecho mella en el tema y entonces tenemos que cambiar de políticas. Porque seguir con una política que casi que se enfoca al 90% o más en el castigo y castiga encima más a una proporción de la población que es más vulnerable porque ya están discriminados, pues no parece que sea una cosa muy justa.

Entonces dicen, pues si con los impuestos que se saquen de una venta organizada donde puedes controlar el nivel que la gente toma y lo va a tomar de una manera más o menos dañina -iba a decir más saludable, pero no lo es- pues parece razonable y si encima vas a utilizar ese dinero para bajar el consumo, pues parece que tenga lógica. Claro pero esto es la teoría, es un experimento ¿verdad? ¿Porque es una cuestión empírica, va a bajar o va a subir el consumo si lo legalizamos?

### **Asistente**

Los estudios dicen que cuando hay permisibilidad aumenta el consumo.

### **Dr. Antonio Cepeda-Benedito**

Exactamente. Pero ellos están diciendo, con el tabaco y con el alcohol en los jóvenes que es la población más problemática hemos conseguido reducirlo. Entonces, no es que no hayan pensado en ello, lo han pensado, es decir, hay que estudiar todas las cosas y tomar una decisión. También hay otros tipos de decisiones que se pueden tomar como es no castigar a la gente de esta manera y reconocer que la guerra contra las drogas no funciona sólo con represión, porque ha habido muchas incongruencias durante estos cuarenta años.

### **Asistente**

Y reconocer la valentía que han tenido esos cuatro Estados para abordar el tema.

**Dr. Antonio Cepeda-Benedito**

El Gobernador de Colorado estaba en contra, pero ahora que se ha aprobado está tomando conciencia y está intentando monitorearlo.

**Dr. Dr. Francisco-Jesús Bueno Cañigral**

Está resultado un Debate muy interesante, por lo que agradezco al Dr. Cepeda-Benedito su claridad en las respuestas y a todos vosotros vuestras preguntas y comentarios. Más preguntas por favor. Sí, adelante.

**Asistente**

Yo quería comentar una cuestión que me llamó mucho la atención cuando comentaste, que en el caso del Estado de Vermont los políticos escucharon a la comunidad científica para ver que tenían que decir sobre la legalización del cannabis, algo que en España no siempre pasa que los políticos escuchen a los científicos. Entonces mi pregunta es, *¿Han sido los políticos los que han ido a preguntar a la comunidad científica o fue la comunidad científica quien puso sobre la mesa este tema a los políticos?*

**Dr. Dr. Francisco-Jesús Bueno Cañigral**

Esa es una muy buena pregunta.

**Dr. Antonio Cepeda-Benedito**

Bueno, Vermont es un Estado muy pequeño, son unos 650.000 habitantes y tiene unas características curiosas que a mí a veces me sorprende. Yo tengo poca paciencia por ejemplo para tomar una decisión, pero allí tiene que haber un consenso muy muy alto, la palabra pluralidad allí se entiendo como 90% de las personas, entonces cada vez que una persona que ponga una pena o plantee un problema, se le va a hacer caso, porque se intenta muchísimo que exista ese consenso, ya que es muy importante para ellos. A veces lo llevan hasta un punto en el que las cosas no se mueven, porque hay una minoría que no se pone de acuerdo. Entonces yo creo que lo que ha sucedido en Vermont es que ha habido una proporción de la población que ha traído este tema del estudio y que se les ha escuchado. Pues si queréis un estudio, se va a hacer un estudio, porque si no, esas personas nunca van a aceptar las decisiones, no las van a apoyar, porque hay muy poca tolerancia sino hay consenso previo. Por ejemplo el que haya un 45% de la población que diga una cosa y un 55% que diga otra cosa, y que la cosa siga adelante, eso nunca pasa. Esa cosa se muere ahí, porque no hay bastante consenso, porque tienen que tener el 80% de apoyos y un 20% de ciudadanos en contra, por ejemplo. Lo que a mí personalmente no me parece muy bien, porque llega un momento en que se está en la inmovilidad y yo creo que es algo que ahora ha sucedido. Pero bueno es una pregunta excelente.

**Dr. Dr. Francisco-Jesús Bueno Cañigral**

Por lo que dices, me llama la atención que el nivel de participación ciudadana en las actividades públicas evidentemente debe ser altísimo, de ahí la exigencia de ese nivel de consenso, que aquí en España no tenemos.

**Dr. Antonio Cepeda-Benedito**

Parece que el Dr. Valderrama discrepa conmigo

### **Dr. Juan Carlos Valderrama Zurián**

No discrepo, solamente quiero decir, que la realización de nuestro Plan Nacional sobre Drogas, precisamente se ha basado mucho en la investigación científica y se han creado grupos clínicos de trabajo y se creó una comisión específica de cannabis entre otros aspectos. También hubo un intento importante sobre el tema del alcohol, de regular el alcohol y ser mucho más restrictivo y siempre los Gobiernos que ha habido en España se han chocado con los interés económicos fundamentalmente y también intereses políticos, por lo que ha sido imposible llevarlos a cabo y desgraciadamente es lo que ha pasado un poco con el tema del cannabis. Es decir, que también hay intereses económicos detrás que dificultan esto, aquí ha sido con el alcohol y de hecho creo que la mejor medida para reducir la prevalencia del consumo del tabaco ha sido cuando la legislación ha sido mucho más restrictiva. En resumen en España sí que se escucha a la comunidad científica en todos los aspectos relacionados con las adicciones, además que yo considero que aquí tenemos muchos y buenos investigadores sobre estos temas.

### **Asistente**

En el Plan Nacional sobre Drogas hay un informe sobre el cannabis colgado en su página web de descarga gratuita que os lo podéis bajar todos pero ya tiene unos años. El informe está hecho por gente muy buena. Pero, que ese informe haya llegado más allá de que estar colgado en la página web, eso yo ya es otra cosa...

### **Dr. Juan Carlos Valderrama Zurián**

Y está organizado por la Delegación del Gobierno para Plan Nacional sobre Drogas.

### **Asistente**

Pero tiene que distribuirse en las 17 Comunidades Autónomas, difundirse, debatirse, etc.

### **Dr. Antonio Cepeda-Benedito**

En Vermont los intereses económicos estaban a favor de la legislación, no estaban en contra. Pienso que hay mucha gente que se ha llevado una desilusión enorme porque estaba ya frotándose las manos con la legalización. Otro tema importante es que los científicos tampoco se ponen todos de acuerdo, vosotros lo sabéis, no estamos seguros al cien por cien de muchas cosas. Somos honestos y podemos decir, consideramos, creemos, posiblemente, en tal porcentaje esto o aquello, etc. Porque así es como nos hemos formado en ciencia. ¿No?

### **Asistente**

Felicito al Dr. Cepeda-Benedito por su exposición. Quiero que me des tu opinión personal sobre el tema **¿Estás a favor o en contra de la legalización?**

Lo pregunto porque es un tema en el que cada día yo me levanto con una idea diferente. No lo tengo muy claro. Trabajo en estos temas. Si miro mi investigación básica me dice que no, mi cabeza también me dice que no, que no esté a favor de la legalización.

Porque por ejemplo, respecto a la causalidad con la esquizofrenia los modelos animales lo demuestran. Nosotros hace poco hemos sacado un estudio donde a las tres semanas de haber dado una administración crónica de un agonista cannabinoide la IPP, la inhibición pre pulso nos sale totalmente alterada. Esto que es una prueba de laboratorio, no es un diagnóstico-clínico de esquizofrenia, pero es una prueba muy significativa. Entonces la

evidencia es que a las tres semanas que en un modelo de roedor tengas esta IPP alterada, y si haces una traslación de esto, todas las reservas que quieras tomar, eso es una relación con la esquizofrenia bastante fuerte. Entonces mi cabeza de investigador básico me dice que no hay que legalizar el cannabis.

Pero cuando luego piensas todo lo que tú nos has explicado, pues me parece que tienes mucha razón. Yo creo que el Estado de Vermont lo ha hecho bastante bien y yo estoy de acuerdo contigo en que creo que al final les ha entrado miedo, porque realmente es una decisión valiente y es una decisión que es lo contrario al “ganar-ganar”. Pierdes si legalizas y pierdes si no legalizas, porque las dos tienen cosas en contra. Entonces yo nunca he acabado de tener muy claro mi postura. Entonces me interesaba mucho asistir a este Debate, más que nada por conocer tu opinión personal, que a lo mejor no me la quieres dar, cosa que me parecería muy bien, porque como he dicho si a mí me hicieran la pregunta, no sabría en concreto que decir.

### **Dr. Antonio Cepeda-Benedito**

Te contesto. Sinceramente a mí me pasa lo mismo que te pasa a ti. ¿Por qué? Porque yo puedo ver los dos lados del argumento, los del sí y los del no. Y los dos lados tienen buenos argumentos. Entonces, ante una situación así, es difícil llegar a una decisión concreta donde digas, este argumento vence claramente al otro. Estoy de acuerdo contigo en los riesgos de los consumos y pienso que si se legaliza el cannabis, el consumo va a subir.

### **Asistente**

En Holanda hay algunas estadísticas que exponen que se incrementa el consumo en menores de 18 años, porque obviamente está más libre y cuando una droga está más asequible se consume más.

### **Dr. Antonio Cepeda-Benedito**

En Colorado hay datos que demuestran que el consumo ha aumentado. Pero al mismo tiempo observas que el consumo del alcohol ha bajado respecto a la situación anterior. Entonces puedes preguntarte, ¿Qué es peor el alcohol o el cannabis?

### **Asistente**

El daño físico del alcohol está claro que es peor pero ¿El daño psicológico del alcohol es comparable al daño psicológico del cannabis?

### **Dr. Antonio Cepeda-Benedito**

Las alteraciones físicas producidas por el alcohol son muchísimo peores, además afectan no solamente al individuo sino a la familia, etc. También está más extendido el consumo de alcohol.

### **Asistente**

El alcohol es un tóxico que lo podemos manejar a muy pequeñas dosis muy bien espaciadas. En el caso del cannabis tiene un efecto sobre el organismo mucho más light, aunque están en todas partes, los receptores cannabinoides, el sistema inmune es un sistema donde más receptores cannabinoides hay, pero en efecto es un sistema que se modula de forma light y entonces el impacto es menor. De todas maneras, no es lo mismo un bebedor social -que casi todos lo somos- que un alcohólico crónico.

### **Asistente**

Esto genera esa alteración en la dopamina, que va a alterar la neurogénesis del lóbulo frontal cerebral y va a promover la apoptosis neuronal.

### **Asistente**

Un alcohólico tiene el lóbulo frontal destrozado, ya que el alcohol es un tóxico y una droga de abuso. Un adicto al cannabis o a la cocaína o a la heroína también, probablemente también tenga el lóbulo frontal afectado; pero no podemos poner al mismo nivel el alcohol y el cannabis.

### **Asistente**

Cuando hablamos de legalización en EE.UU. y España considero que lo que queráis hacer vosotros allí era un poco lo que se está haciendo ya aquí en España, al consumidor no penalizarlo con grandes penas y que disminuya un poco ese ámbito carcelario. Entonces aquí en España prácticamente el cannabis tiene el mismo tratamiento que cualquier otra droga legal, quiero decir, su consumo en espacios privados está totalmente normalizado y no penado como el alcohol y el consumo en espacios públicos está castigado como el alcohol, al contrario que el tabaco. El tabaco, al revés que otras las drogas está penado, vamos a decir así, en los espacios cerrados y no está penado en los espacios públicos.

Con esto quiero decir, que como se comenta muchas veces el consumidor no está en la cárcel, está el traficante, consumir no es delito. En España desde la época de la heroína ya se inventó la ley para que el consumidor fuera tratado como un enfermo y no como un delincuente. Entonces en base a esto, más o menos sigue la misma regulación y es un poco la tendencia que tenáis vosotros más que legalizar. Era como ir hacia el modelo nuestro, entonces a partir de ahí es ver un poco los resultados reales en el tiempo. Porque cuando hablamos incluso de dosis máximas, de qué estamos hablando, de 10 gramos de planta seca pero no sabemos qué nivel de sustancia activa tienen. Entonces uno puede estar comprando 10 gramos de una planta a un cultivador que no tiene principio activo básicamente y otro cultivador puede tener plantas con otro nivel de principio activo. Quiero decir que aquí se manejan muchos datos que se tendrían que estudiar y regular para poder tomar una decisión bastante clara al respecto.

### **Dr. Antonio Cepeda-Benedito**

Bueno, ese es parte de, con una regulación así eso se podría conseguir.

### **Dr. Francisco-Jesús Bueno Cañigral**

*¿Cómo está el desarrollo de los cannabinoides sintéticos?*

*¿Hay mucha proliferación?*

### **Dr. Antonio Cepeda-Benedito**

Los cannabinoides sintéticos aprobados para uso terapéutico son:

MarinolR: Esdrabinol, forma sintética de delta-9-THC. Se vende en los EE.UU.

CesametR: Es nabilona, que es un análogo del THC. Se vende en el Reino Unido.

AcompliaR: Es rimonabant un bloqueador selectivo de CBI. Disponible en toda la Unión Europea.

Visteis en la gráfica que es el segundo más usado y de potencia más fuerte.



**Dr. Francisco-Jesús Bueno Cañigral**

*¿Y con el tema de los opiáceos para el dolor que se están utilizando para otros fines, se está haciendo o se va a hacer algo al respecto?*

**Dr. Antonio Cepeda-Benedito**

Pues sí, nosotros, vamos a hacer dos cosas. La primera es un estudio para aprender más sobre la población de Vermont respecto al uso de estos fármacos, porque realmente no sabemos mucho de ello. Así queremos conocer que personas piden recetas, porqué las pides, que usos hacen de los fármacos, si los toman, los regalan, los venden, etc. Es muy importante conocer las características de las personas que terminan utilizando mal o abusando de los narcóticos, las presiones que hayan podido tener para regalarlos o para venderlos o incluso si temen que se los vayan a robar, e incluso cómo negocian la venta, etc. En definitiva que hacen con los fármacos, porque cuando empiezas a mirar el porcentaje de personas que han recibido la receta y que terminan teniendo un problema, el porcentaje es muy pequeño y lo que sucede es que sí que hay unos factores de riesgo que se asocian con el abuso. Sobre todo en el caso de los hombres jóvenes y si tienes otros comportamientos de riesgo. Es decir, que si fumas si tomas alcohol y tomas otro tipo de drogas se dispara el riesgo de consumir este tipo de opiáceos.

Hay unos mecanismos ahora que son dispensadoreselectrónicos de pastillas, donde se puede programar para que puedas tomar la pastilla en un espacio de tiempo, cada tres horas, cada seis o en el tiempo que se crea que la persona debe tomar solo una pastilla. En el dispensador hay una memoria donde sabes cuantas pastillas ha tomado la persona, incluso luego tienen

que devolverlo al hospital. La segunda cosa que queremos hacer es estudiar bien esto, porque queremos saber si estos dispensadores vana ayudar y si la gente los va a acoger con agrado o preocupación. Porque lo que sí que queremos saber es cómo prescribir para que la persona tenga acceso para controlar su dolor, que no esté sufriendo, pero al mismo tiempo que se usen bien los opiáceos y poder recuperar esos medicamentos que no se han usado por los pacientes y evitar que se utilicen por personas o para usos no prescritos por los médicos y por supuesto que no se abuse. Estas dos cosas son las que queremos hacer y veremos si funciona o no funciona.

### **Dr. Francisco-Jesús Bueno Cañigral**

¿Hay alguna pregunta más? ¿No? Pues simplemente, muchísimas gracias al Dr. Antonio Cepeda-Benedito por su participación en este Debate.

### **Dr. Antonio Cepeda-Benedito**

Gracias a ustedes. Muchas gracias a todos.

### **Dr. Francisco-Jesús Bueno Cañigral**

Para finalizar este Debate, en nombre de la Concejala de Sanidad, Salud y Deportes, Dña. Maite Girau Melià, en el mío propio y en el de todo el personal del PMD / UPCCA-València muchísimas gracias a todos ustedes por asistir y participar en este interesante Debate, en el que como siempre se han quedado temas por ampliar y debatir, pero hemos cumplido con creces el horario previsto. El texto completo del mismo lo publicaremos en formato papel, lo pondremos en pdf en la página web, [www.valencia.es/pmd](http://www.valencia.es/pmd) y lo distribuiremos por correo electrónico a todas las personas que habéis asistido y a quien lo solicite, para que tengan toda la información por escrito y la puedan utilizar en lo que deseen.

Muchísimas gracias al Dr. Antonio Cepeda-Benedito por su excelente exposición, al Dr. Rafael Aleixandre Benavent y a los miembros del CSIC-Universitat de València por su colaboración y por acogernos en esta extraordinaria sede.

Gracias a todos los compañeros del PMD/UPCCA-València por su colaboración.

Y a todos ustedes, muchas gracias por su asistencia y participación.

Buenas tardes a tod@s.



PLA MUNICIPAL DE  
DROGODEPENDÈNCIES

UPCCA  
VALENCIA



AJUNTAMENT DE VALENCIA  
REGIDORIA DE SANITAT, SALUT I ESPORTS

VNIVERSITAT  
DE VALÈNCIA

