UNA REVISIÓN HISTÓRICA SOBRE LOS USOS DEL CANNABIS Y SU REGULACIÓN
AN HISTORICAL REVIEW AMONG CANNABIS USE AND ITS REGULATION

Eva Candela García
José Pedro Espada Sánchez
Universidad Miguel Hernández

Recibido: 21-02-2006 Aceptado: 12-04-2006

RESUMEN

En este trabajo se realiza una síntesis histórica sobre los usos del cannabis en las distintas civilizaciones, distinguiendo entre la utilización con fines lúdicos, mágicos, y terapéuticos. Se revisa la evolución del control legal que los distintos gobiernos han llevado a cabo para limitar o regular su uso. Las tasas de consumo de cannabis han experimentado un notable incremento en las últimas décadas, iniciándose cada vez a edad más temprana. Este hecho, unido al descubrimiento del sistema endógeno cannabinoide ha despertado gran interés en el debate sobre los usos terapéuticos del cannabis y la controversia sobre su estatus de droga ilegal. La presente revisión teórica realiza un análisis de los diferentes usos de esta sustancia a través de la historia. Se analiza la evolución en los patrones de consumo, finalidad de su uso y legislación, discutiéndose las implicaciones en el caso concreto de España.

Correspondencia:
José Pedro Espada Sánchez
Universidad Miguel Hernández
Instituto de Investigación de Drogodependencias
Campus Universitario de Sant Joan d'Alacant
Carretera Valencia, km.87
San Juan de Alicante- 03550 Alicante– ESPAÑA
E-mail: jpespada@umh.es

Palabras Clave: Revisión histórica, cannabis, consumo de drogas, abuso de drogas, legislación

ABSTRACT

In this work a historic synthesis among cannabis use in the different civilizations is carried out, distinguishing among the utilization with magical, playful, and therapeutic purposes. The evolution of the legal dispositions that the different governments have carried out to limit or to regulate its use is revised. The rates of cannabis consumption have experienced a notable increment in the last decades, being initiated each time to earlier age. This fact, united al discovery of the endogenous cannabinoide system has stirred out a great interest in the debate on the therapeutic uses of the cannabis and the controversy on its status of illegal drug. The present theoretical revision carries out an analysis of the different uses of this substance through the history. The evolution in the trends of consumption is analyzed, purposes of its use and legislation, discussing the implications in the concrete case of Spain.

Key words: Historic revision, cannabis, substance use, substance abuse, legislation

INTRODUCCIÓN

Tras el alcohol y el tabaco, el cannabis es la droga que mayor número de consumidores tiene en la actualidad. Los estudios de prevalencia muestran que la marihuana es la droga ilícita más consumida en la Unión Europea, si bien el nivel de consumo es variable en función del país (EMCDDA, 2004). El cannabis ha sido una droga asociada a las clases sociales marginales que pasó desapercibida para la mayoría de la población hasta la década de los setenta. Es en esta época en la que comienza a llamar la atención su consumo, produciéndose un aumento progresivo del mismo al relacionarse a un movimiento de rebelión contra los valores sociales establecidos (Calafat et al., 2000). Diversos acontecimientos históricos y sociales han propiciado que la asociación del consumo cannabis a los grupos marginales y a la delincuencia haya ido perdiendo significado, adquiriendo una imagen social de droga que no genera más problemas que aquellos que pueden producir el alcohol o el tabaco, drogas que sí están legalizadas. Esta percepción de riesgo minimizada es aún menor entre la población adolescente (Gamella y Jimeno, 2004).

El aumento progresivo del consumo ocasional de cannabis se ha producido sobre todo en las dos últimas décadas, aumentando considerablemente durante los años noventa en muchos países europeos (EMCDDA, 2004), entre ellos en el Estado español (OED, 2003; OED, 2005). Los datos sobre el consumo de drogas en España muestra un aumento significativo del consumo de esta droga en la población, llamando la atención el notable descenso de la edad de inicio de consumo, siendo el cannabis una de las drogas ilícitas más consumida entre la población adolescente (OED, 2005). En el último informe del Plan Nacional sobre Drogas sobre la situación del consumo de sustancias en nuestro país, indica que la prevalencia de consumo en algún momento de la vida oscila es del 29%. España se encuentra por tanto entre los países de la Unión Europea que superan la tasa del 20% de la población que hace uso de esta droga (EMCDDA, 2004). En otros países como los Estados Unidos, existen tasas menores, aunque constituye la droga ilegal de uso más común. En 2001 el 6% de la población estadounidense había consumido marihuana (SAMHSA, 2002).

Este aumento en el consumo del cannabis, su creciente aceptación social, así como el cambio en la connotación marginal de sus consumidores, son un reflejo de la actualidad de la temática. Todo ello ha dado como resultado la aparición de un debate abierto en algunos temas relacionados con el cannabis (Bobes y Calafat, 2000a). Sin embargo, este debate no se centra en el hecho de que el cannabis sea la droga ilícita más consumida ni está dirigido a la prevención de su consumo, sino que el debate que genera polémica e interés se centra en la condición de ilegalidad de la droga y en los posibles usos terapéuticos del cannabis y sus derivados (Merino, 2000).

El interés por su uso terapéutico aumentó tras el descubrimiento del sistema cannabinoide humano. Algunos países como Canadá e Inglaterra han permitido su comercialización, o estudian hacerlo, por sus efectos paliativos en algunas enfermedades. Por otro lado los movimientos antiprohibicionistas abogan por la legalización de una droga que consideran natural, que no difiere en sus efectos nocivos en otras drogas que sí están legalizadas, argumentando que si la marihuana se emplea con fines terapéuticos ¿cómo puede hacer daño al organismo?

Con el fin de entender el debate establecido en la actualidad, en el presente trabajo se realiza una visión panorámica de los aspectos históricos de esta droga. Se pretende aportar información que ayude al lector a comprender los cambios producidos en la sociedad y la actitud de ésta hacia el cannabis, así como aportar una visión de la evolución de la relación del ser humano con esta droga, cómo ha sido tratada a lo largo de la historia, cómo ha sido regulada por los legisladores y concretamente la regulación de la droga a nivel nacional.

Para entender el debate actual es necesario definir previamente y conocer a qué nos referimos cuando hablamos de cannabis y sus derivados. Todos ellos proceden de la misma planta, conocida en botánica como cannabis sativa, de la que existen múltiples variedades. El primer término se ha venido utilizando exclusivamente para describir las partes de la planta con efectos psicoactivos y cualidades terapéuticas, mientras que el segundo, se utiliza para hacer referencia al resto de la planta y sus productos manufacturables.

Existen tres variedades de la planta Cannabis: sativa, índica y ruderalis. Esta clasificación está en función del origen geográfico de la planta. La sativa común crece en África así como en el Caribe y América latina. La variedad Índica crece en Asia, mientras que la variedad ruderalis crece en el norte de Europa.

Asimismo, se han utilizado tres tipos de preparaciones de la planta, denominadas tal y como se conocían en la India (Ramos y Fernández, 2000):

— Bhang, se obtiene a partir de las hojas secas y la parte superior de la planta cuando no está cultivada, teniendo un bajo contenido en resina.
— Ganja, al igual que el Bhang se obtiene de las hojas y la parte superior de la planta, en este caso cultivada, poseyendo un mayor contendido en resina. Como la anterior, se obtiene de las hojas y los extremos superiores de las plantas cultivadas y tiene un contenido mayor en resina. Ambas preparaciones se conocen como marihuana.
— Charas, es la preparación que se conoce como hachís, se prepara a partir de la resina de la planta con un contenido psicoactivo hasta 10 veces mayor que la marihuana.

Por otro lado, aparte de la diferente utilización entre la marihuana y el cáñamo, existen diferencias que radican en la cantidad de resina y su contenido de THC (tetrahidrocanabidol). El THC o tetrahidrocanabidol es el componente psicoactivo de la planta que se encuentra en la resina de la misma. También contiene otras sustancias muy similares al THC, que son el Cannabinol (CBN), con propiedades psicoactivas más débiles, y el Cannabidiol (CBD), que no posee estas propiedades (González et al., 2002). El cáñamo común, utilizado para el uso de sus fibras, contiene gran cantidad de estas sustancias en sus flores, pero un bajo contenido de THC, a veces inapreciable. Sin embargo, la marihuana posee un alto contenido en THC de ahí su uso con fines lúdicos.

Sus derivados más consumidos actualmente son el hachís y la marihuana. En España se consume principalmente hachís aunque se observa la tendencia de equiparar el consumo al de la marihuana debido a la facilidad del propio cultivo. El hachís procede, en su mayoría, de los cultivos del norte de Marruecos. Se

elabora a partir de la resina almacenada en las flores de la planta hembra, las flores son prensadas hasta formar una pasta compacta de color marrón que es similar al chocolate, nombre con el que se le conoce. Otra forma de presentación es prensando el polen, siendo ésta la forma más consumida en la actualidad por su calidad. Su concentración de THC es superior a la de la marihuana. La marihuana se elabora a partir de la trituración de flores, hojas y tallos secos. Ambos preparados se consumen fumados en un cigarrillo liado con tabaco (OED, 2003).

EL CANNABIS EN LA HISTORIA ANTIGUA

La planta del cannabis es conocida desde hace milenios, estableciéndose su origen en Asia central. Algunos autores datan su uso desde hace 6000 años (Merino, 2000) aunque no existe acuerdo en fechar su origen (Ramos y Fernández, 2000b). Su utilización ha pasado desde el aprovechamiento de sus fibras para la confección de tejidos y cuerdas a la utilización como aditivo alimentario, haciendo uso de su aceite y los cañamones como nutriente. También ha sido empleada con el fin de sanar diversas enfermedades (Lorenzo y Leza, 2000) y por sus propiedades psicoactivas con fines religiosos y/o lúdicos.

Las propiedades medicinales del cannabis fueron conocidas y utilizadas en la China hace más de 4.000 años. Se tiene conocimiento de la relación existente entre la medicina y la cannabis sativa para la cultura china gracias a la mención que se hace a ella en dos tratados de medicina de aquella época (Ramos y Fernández, 2000b). Uno de ellos es el libro de medicina "Nei Ching", atribuido al emperador Huang Ti (2600 a.C.) (Escohotado, 1998). En él se recogen algunas recetas para el alivio de ciertas enfermedades entre cuyos ingredientes se incluía el cannabis, siendo la primera referencia documentada sobre las aplicaciones médicas del cannabis. Posteriormente aparece otro texto médico, cuya autoría se atribuye al emperador Shen Nung, donde se hace referencia a sus propiedades curativas frente a la malaria entre otras enfermedades. En él se alude también a sus efectos nocivos cuando es consumido en exceso (Ramos y Fernández, 200b). Por tanto, la existencia de estas referencias muestra el conocimiento por parte de los chinos de la naturaleza dual de la sustancia, terapéutica pero nociva en exceso. Sin embargo, no se tiene conocimiento que su uso con fines lúdicos fuera extendido. Autores apuntan al hecho de la incompatibilidad de sus efectos con el temperamento chino. Desde China el cultivo del cannabis se fue extendiendo a otras regiones asiáticas, por el sudeste y la India donde fue ampliamente utilizada como medicina durante siglos (Lorenzo y Leza, 2000).

En la India, los Arios (2000 a.C.), tribu proveniente de Ankara, utilizaban el cannabis en los ritos religiosos. La planta es nombrada en los Vedas sagrados, textos que forman la base del sistema de escrituras del hinduismo, sobre todo en el cuarto veda, el Atharva Veda (Escohotado, 1998), donde la planta es descrita como una hierba sagrada y aparece relacionada con el dios Siva, del que se dice "que trajo la planta para el uso y la alegría de su pueblo" (Ramos y Fernández, 2000b). El bhang era la bebida favorita del dios Indra, dios guerrero que representa a los arios, atribuyéndole propiedades mágicas. Para la tradición brahmánica su uso agilizaba la mente, otorgaba salud y larga vida, además se le atribuían propiedades afrodisíacas. Por ello su uso fue extendido por toda la India en sus rituales religiosos y sociales. En la India la medicina estaba estrechamente relacionada con la religión, por ello los efectos beneficiosos de la planta eran atribuidos por los hindúes a la bondad de los dioses y no es de extrañar que, dadas las propiedades atribuidas, se utilizara para la curación de múltiples molestias como para calmar la fiebre, el insomnio, la lepra, la caspa, las jaquecas, la tos ferina, la oftalmia, las enfermedades venéreas y hasta la tuberculosis (Escohotado, 1998). La utilización de la preparación del cannabis siguió fuertemente asociada a lo religioso, sin embargo también aparecen tratados de medicina en el que se desligan sus propiedades a lo mitológico. Tal es el caso del Susruta-samhita, un tratado del último silo antes de Cristo en el que se describen la utilización de la cannabis sativa por sus propiedades curativas frente a enfermedades como el catarro, la diarrea, y la fiebre biliar (Ramos y Fernández, 2000b).

El uso del cannabis se extendió desde la India a Persia y Asiria. En su crónica de las Guerras Médicas, Herodoto (485-425 a.C.), describió como el cáñamo crecía en Escitia en forma salvaje y cultivada y como era utilizado por los escitas, detallando el uso ritual del cannabis por este pueblo asiático del siglo VII a.C. (Navarro y Rodríguez, 2000). Herodoto relataba cómo era utilizado en una especie de sauna donde se arrojaban grandes trozos de cáñamo sobre piedras calentadas, todo ello con fines lúdicos.

Además del uso recreativo, los escitas utilizaron la planta en sus rituales religiosos, de hecho algunos autores apuntan a que el éxtasis chamánico es debido en gran parte a la intoxicación por cannabis (Ramos y Fernández, 2000b). Los escitas utilizaban el cannabis en los rituales funerarios, donde se intoxicaban con los vapores que se obtenían al poner las semillas de la planta sobre piedras calientes, tal y como se describió. Los escitas también conocieron y utilizaron las propiedades terapéuticas del cannabis. Era utilizado en diferentes preparaciones, en vapores, disuelto como bebida, mezclado como alimento, formando parte de diversos tipos de ungüentos o mezclado con el agua en los tratamientos en los

que se utilizaba el baño con fines terapéuticos, así como para aliviar diferentes enfermedades como la artritis, la impotencia, las piedras renales simplemente recomendado para "levantar el espíritu" (Ramos y Fernández, 2000b).

En cuanto al antiguo Egipto, existe controversia sobre el conocimiento del cannabis por esta cultura. Los autores, según reflejan Ramos y Fernández (2000b), no se ponen de acuerdo en este aspecto, algunos mantienen que no tuvieron conocimiento de su existencia. Sin embargo, otros hacen referencia a usos de esta planta (Escohotado, 1998). Así pues, siguiendo a estos autores, se hace referencia al uso de cáñamo para la obtención de fibras y la utilización del cannabis como incienso en rituales religiosos, del mismo modo que se utilizó en Asiria. Estos autores hacen mención del uso del cannabis como medicina oral, en ungüentos y vendajes para tratar hemorragias, por lo que también tendría cabida en el Antiguo Egipto el uso terapéutico de esta planta.

Según los autores, no se han encontrado documentos que aporten evidencias del conocimiento en la antigua Judea del cannabis sativa. Algunos autores apuntan (Ramos y Fernández, 2000b; OVD, 2000) que es posible que la palabra "pannagh" mencionada en la Biblia hiciera referencia realmente al cannabis. Esta palabra era utilizada para denominar un producto que no estaba identificado y que llegaba desde Judea hasta le región de Tiro, esta palabra era referida en los textos bíblicos por el profeta Ezequiel. Desde el observatorio vasco de drogodependencia (OVD, 2000) se hace alusión a que la palabra "kalamo" referida por Salomón, la hierba que es tomada por Nabucodonosor, la locura de Saúl o la fuerza de Sansón, hacen referencia al consumo de diferentes preparados de la planta (OVD, 2002).

Por otro lado, el contacto de este pueblo con los egipcios, así como con el pueblo asirio, hace presuponer que los antiguos judíos, muy probablemente tuvieran conocimiento de la existencia del cannabis así como de sus propiedades médicas, hedonísticas y de sus usos con fines religiosos. Probablemente el hecho de que el cannabis estuviera asociado al consumo por los asirios y a su laxitud moral produjo que la palabra cannabis fuera borrada de la Biblia, y explicaría su ausencia en este libro (Ramos y Fernández, 2000b).

Existe controversia entre los autores acerca del consumo del cannabis con fines recreativos en el imperio romano o en Grecia. Sin embargo, existe acuerdo en el cultivo de la planta por parte de ambas culturas, principalmente para uso industrial, para la manufacturación de tejidos, cuerda, velas, etc. Ramos y Fernández (2000b) hacen referencia a que no existen datos significativos en los textos clásicos sobre el conocimiento por parte de estas civilizaciones de los efectos psicotrópicos. Sin embargo, Escohotado (1998) menciona que los escasos datos sugieren su utilización por los griegos en forma de bebida cocida

con cáñamo, así como en Roma, sugiere el autor, también era utilizada con fines lúdicos entre las clases acomodadas. Se cuenta con evidencias del conocimiento por ambas culturas del uso medicinal de la planta. El uso terapéutico es descrito en diversos escritos de diferentes autores de la época. Plinio "el Viejo" (23-79 a.C.) en Nature Historiarum Libri XXXVII señala:

> *"sus semillas hacen a los genitales impotentes. Su jugo expulsa de las orejas cualquier gusano que haya entrado en ellas, pero a costa de un dolor de cabeza. Es tan potente su naturaleza que cuando se vierte agua, se dice que puede hacerla cuajar, y al beber de esta agua se regulan las tripas de las bestias de carga. Su raíz, cocida en agua, alivia los calambres de las articulaciones, así como la gota y otros dolores similares"* (Ramos y Fernández, 2000b).

Dioscórides, médico y farmacólogo griego, recogió información en sus viajes sobre las propiedades curativas de multitud de plantas, entre ella la cannabis. Se atribuye a este autor el término cannabis sativa. Escribió el herbario De Materia Médica, un manual básico de farmacología en el que se describían las propiedades del cannabis para el tratamiento de inflamaciones, dolores, edemas y la "materia dura" de las articulaciones (OVD, 2002).

Por su parte Galeno (131-200 a.C.), médico y filósofo griego, escribió numerosas obras relativas a la medicina y la farmacología. Su obra tuvo gran repercusión, siendo el referente en la medicina posterior. Escribió en uno de sus tratados terapéuticos que las semillas del cannabis eran "de digestión pesada y nociva para el estómago y la cabeza pero elimina las ventosidades" y recomendaba la utilización del "zumo de toda la hierba, verde, instilado en los oídos para combatir los dolores producidos por opilaciones". Hacía referencia a que su ingestión aliviaba los músculos en extremidades, apuntando que podría producir conversación carente de sentido. De la utilización de la planta por los romanos apuntaba que "fríen y consumen estas semillas acompañadas de otros postres" (OVD, 2002; Ramos y Fernández, 2000b). También por medio de los escritos de este autor se tiene conocimiento de que se consumían las flores de la planta hembra (marihuana) en reuniones sociales (Escohotado, 1998). El uso medicinal de la planta fue extendiéndose a través del imperio romano con la divulgación de estas obras médicas por todo Europa como remedio efectivo para diferentes enfermedades (Lorenzo y Leza, 2000).

EL CANNABIS EN LA EDAD MEDIA

En la Edad Media imperan dos corrientes religiosas que son contrapuestas: la cristiana y la musulmana. En la era cristiana encontramos escasa documentación acerca de la utilización del cannabis en cualquiera de sus posibles usos. Esto probablemente es debido a que durante la Edad Media, en Europa tiene lugar la inquisición en la que se impuso la censura del método científico, prohibiendo la práctica de la medicina herbaria y castigando a aquellos que se alejaban de las doctrinas de la Iglesia (Conrad, 1998).

Posiblemente asociado al paganismo, el cannabis y su utilización estaba proscrito y por tanto censurado cualquier escrito que hiciera referencia a ella. Sin embargo, en esta época se seguía las doctrinas de Galeno, Plinio y Dioscórides. Esto es un indicador de lo improbable del desconocimiento y uso en esta época de las propiedades terapéuticas de la planta. A pesar de los limitados testimonios escritos durante la Inquisición, debido a los riesgos de procesos, pago de multas, quemas, etc., los herbarios eran frecuentes, publicaciones sobre las utilidades médicas de gran cantidad de plantas (OVD, 2002).

Tal y como apuntan Ramos y Fernández (2000b), existen datos de este conocimiento. Hildegard de Bingen (1099-1179), religiosa y seguidora de la teoría de Galeno, menciona en su tratado sobre plantas medicinales, "Phisica", que la semilla de cáñamo puede aliviar el dolor. Posteriormente, Peter Schoffer en su herbario "Der Gart der Gesundheit" también señala diferentes aplicaciones terapéuticas del cannabis. Otros autores como John Parkinson, Tragus, Ruellius, Fuschius y Lugdunensis hacía referencia a la utilidad de la planta para aliviar diversas dolencias en sus herbarios (OVD, 2002).

En cuanto a la cultura islámica, el cannabis no es mencionado en el Corán, pero la medicina árabe sí hace referencia a los usos terapéuticos de la planta. A pesar de que la religión no permitía el estado de embriaguez provocado por el vino, prohibido por Mahoma, esta prohibición no hizo referencia al cannabis y a sus derivados por lo que se produce que el consumo de Hashish, que significa hierba en árabe, se propague. Escohotado (1998) expone un ejemplo de ello, cuando en el siglo VI d.C. Hassan Ibn Al-Sabbah funda la orden de los haschischins, guerreros árabes que partían a las cruzadas y que recibían abundantes dosis de hachís antes de los enfrentamientos. De hecho, se especula que la palabra "asesino" proviene de esta orden. Por tanto, el conocimiento de los efectos psicotrópicos y su utilización con fines recreativos era conocido por los árabes, siendo su uso extendido sobre todo entre las clases más pobres y estando prohibido su consumo en diversas épocas a lo largo de la historia (Ramos y Fernández, 2000b). Por otro lado, los médicos árabes eran conocedores de los

usos terapéuticos de la planta, informando de usos diferentes del cannabis a los referenciados por Dioscórides y Galeno, como medicina para estimular el apetito, recomendado para la flatulencia y para curar la epilepsia (OVD, 2002).

Se especula, dada la escasez de datos, que el cannabis se seguía utilizando como materia prima con fines terapéuticos para el tratamiento de diversos males en la clandestinidad y como droga de abuso, persistiendo su uso, a lo largo de esta era, en el lejano y medio oriente durante toda la Edad Media, pero no así en el norte de Europa, que fue poco a poco abandonando su uso (Lorenzo y Leza, 2000).

No es hasta el siglo XIX que no tiene lugar la difusión del uso del cannabis en Europa principalmente por sus propiedades curativas. El colonialismo del continente europeo puso en contacto a Europa con pueblos que utilizaban frecuentemente el cannabis para fines terapéuticos y recreativos, como la India o Egipto.

Así pues, desde las colonias Indias, lo traen los médicos ingleses que estudian su uso para fines terapéuticos. La planta y su estudio fue introducida en 1842 por O'Shaughnessy, cirujano irlandés, que había conocido en su estancia en la india las propiedades del cannabis. Este cirujano lo recomendaba para el tratamiento de diversas enfermedades como el reumatismo, asma, espasmos y convulsiones musculares y para aliviar el dolor entre otras dolencias, con resultados positivos. Las cantidades utilizadas del extracto de cannabis no eran lo bastante fuertes para producir los efectos psicoactivos, por lo que los estudios de O` Shaughnessy extendieron la utilización del cannabis en la medicina y farmacopea facilitando su divulgación a otros países europeos y a Estados Unidos (Ramos y Fernández, 2000b). La utilización de la planta con fines terapéuticos, sin embargo, no fue duradera. A comienzos del siglo XX fue retirada de la farmacopea por sus efectos nocivos para el sistema nervioso por lo que pasó a ser considerada una sustancia ilegal (Lorenzo y Leza, 2000).

En 1894 se publica el informe de la Indian Hemp Drugs, comisión elaborada por médicos ingleses e indios, donde se recoge que "se ha establecido claramente que el uso ocasional del cáñamo en dosis moderadas puede ser beneficioso y considerarse medicinal", concluyendo que el uso moderado no es perjudicial aunque sí el uso excesivo, siendo el uso moderado el habitual (Herer, 2003).

Por otro lado, Francia estableció contacto relacionado con el cannabis también por las expediciones del ejército napoleónico en Egipto y otras regiones europeas. El consumo de hachís en esta región era muy amplio, por lo que los soldados franceses pronto iniciaron su consumo con fines recreativos. Esto llevó a Napoleón a dictar en octubre de 1800 una ordenanza prohibiendo su consumo, su transporte y su distribución.

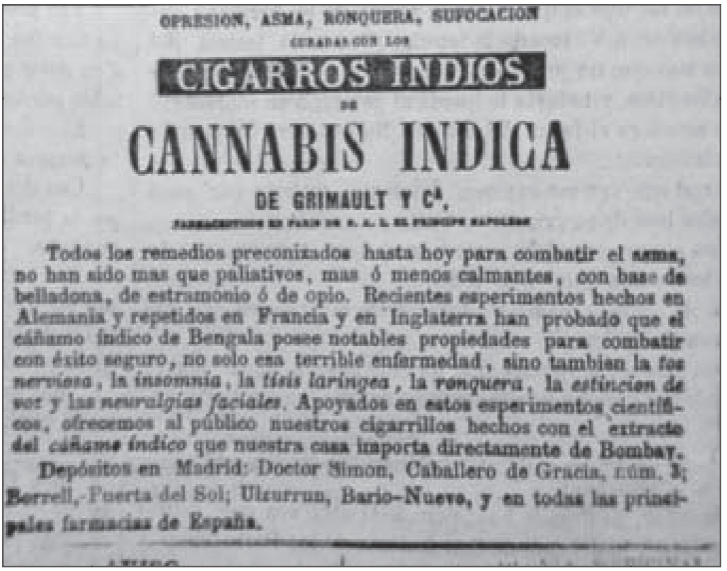
Simultáneamente al doctor O`Shaughnessy, en el oriente medio Aubert-Roche, médico francés, realizaba ensayos en el hospital de Alejandría acerca de las propiedades terapéuticas del cannabis, aplicándolo a multitud de dolencias como para la cura de la peste. Sus estudios promulgaron la introducción del cannabis en la farmacopea francesa para el tratamiento de múltiples afecciones: trastornos de origen nervioso, trastornos genitourinarios, afecciones de las vías respiratorias, problemas gastrointestinales, trastornos cutáneos, enfermedades infecciosas, como analgésico, etc.

En cuanto a los efectos psicotrópicos, fue Jacques-Joseph Moreau (1804-1884), médico francés del Hospital Psiquiátrico de La Bicêtre (París), quien realizó una descripción pormenorizada en su publicación "Du haschich et de l'aliénation mental" (1845). Esta descripción estaba basada en la auto-observación y la de sus colaboradores al consumo de diferentes dosis de un preparado de cannabis que el propio Moreau realizaba, denominado "dawanesc". En su obra se describen 8 síntomas que eran comunes en la intoxicación por cannabis y las enfermedades mentales de la época. Estos eran: euforia, excitación intelectual con disociación de las ideas, distorsión de la percepción el espacio y del tiempo, hipersensibilidad auditiva, ideas fijas y convicciones delirantes, inestabilidad de las emociones, impulsos irresistibles, ilusiones y alucinaciones (Quiroga, 2000).

Fue Jacques-Joseph Moreau quien fundó junto a un grupo de escritores, escultores y pintores el "Club des Hachischins". Personajes históricos y culturales como Théophile Gautier, Baudelaire, Gérad de Nérval, Dumas y Balzac formaron parte de este grupo (Escohotado, 1998).

En Italia en 1845 el doctor Giovanni Polli recibe la dirección de los Annali di Chimica Applicata alla Medicina (ACAM), una revista especializada de Milán. Este autor junto a Carlo Erba Dorvault, van a estudiar y publicar a lo largo de 30 años recensiones sobre trabajos dedicados al cáñamo, con descripción de casos clínicos tratados con hachis (Dorvalt, 1849; Polli, 1860a, 1860b, 1863).

A finales del siglo XIX también en España se difunde el uso de medicinas que poseían entre sus componentes el cannabis o principalmente formados por cannabis, como el Jarabe Antinervioso de Corteza de Naranja amarga, Bromuro potásico y Hastchisch del Dr. Campá, de Valencia, o el Jarabe de Haschish Bromurado del Dr. Jimeno y el Licor de Cáñamo Indiano de Queralt (Usó, 1995). Otro medicamento difundido y ampliamente utilizado fue la presentación del cannabis en forma de cigarrillos para el tratamiento de los problemas respiratorios como el asma, como los Cigarrillos indios antiasmáticos de Cannabis índica de Grimault y cía, o en los Cigarrillos balsámicos antiasmáticos y en los Papeles azoados del Dr. Andreu para inhalaciones (Usó, 1995).


OPRESION, ASMA, RONQUERA, SUFOCACION

CURADAS CON LOS

CIGARROS INDIOS

DE

CANNABIS INDICA

DE GRIMAULT Y Cª.

Todos los remedios preconizados hasta hoy para combatir el asma, no han sido mas que paliativos, mas ó menos calmantes, con base de belladona, de estramonio ó de opio. Recientes esperimentos hechos en Alemania y repetidos en Francia y en Inglaterra han probado que el cáñamo índico de Bengala posee notables propiedades para combatir con éxito seguro, no solo esa terrible enfermedad, sino tambien la *tos nerviosa*, la *insomnia*, la *tisis laringea*, la *ronquera*, la *estincion de voz* y las *neuralgias faciales*. Apoyados en estos esperimentos científicos, ofrecemos al público nuestros cigarrillos hechos con el extracto del *cáñamo índico* que nuestra casa importa directamente de Bombay.

Depósitos en Madrid: Doctor Simon, Caballero de Gracia, núm. 3; Borrell, Puerta del Sol; Ulzurrun, Bario-Nuevo, y en todas las principales farmacias de España.

Otros países europeos como Alemania y Países Bajos también utilizaron la planta en la práctica médica como remedio diurético, para el tratamiento de los dolores reumáticos y oculares, utilizada para aumentar el apetito y para reducir el vómito y los calambres abdominales, afecciones tifoideas y otras enfermedades inflamatorias.

Por otro lado, en el continente americano la planta fue introducida por los españoles y portugueses en Sudamérica y por los ingleses y franceses en Estados Unidos y Canadá. El uso recreativo de la planta se hizo masivo en Centroamérica y éste fue extendiéndose a los estados sureños de Estados Unidos. En Norteamérica, igualmente, el uso del cannabis para la búsqueda de sus efectos psicotrópicos fue asociado a los emigrantes latinoamericanos.

En cuanto al uso con fines terapéuticos, en Estados Unidos imitaron y trasladaron los usos de la planta de la farmacopea europea (Ramos y Fernández, 2000b). El cannabis era un componente aceptado entre los tratamientos farmacológicos, de hecho la tintura y el extracto de cannabis eran vendidos sin restricciones en las farmacias hasta 1925, cuando se limitó su uso para fines médicos y científicos (OVD, 2002). Aunque su uso con fines medicinales fue decayendo, tanto la tintura de cannabis como el extracto de su resina estuvieron en los tratados de la farmacopea de Estados Unidos entre 1850 y 1942 (Ramos y Fernández, 2000b).

Así pues, la utilización del cannabis con finalidades terapéuticas fue creciente desde mitad del siglo XIX hasta principios del siglo XX, cuando se produjo un decremento en su utilización debido a las restricciones en su utilización y a la aparición de nuevos fármacos que eran altamente eficaces, como la aspirina.

EL CANNABIS EN EL SIGLO XX

En los inicios del siglo XX tienen lugar las primeras actuaciones para la regularización del cannabis y de otras sustancias, estando la planta y su uso bajo el control internacional. Este control y regularización ha tenido una evolución irregular, pasando por épocas de mayor a menor permisividad en su uso y consumo. El uso de la droga fue limitado a fines médicos y científicos, en un principio, siendo considerado ilegal su consumo con otros fines. Esta ilegalización venía motivada por la necesidad de regular aquellas sustancias nocivas para la salud, pretendiendo con su ilegalización reducir el consumo. Sin embargo, éste siempre ha estado presente a lo largo del siglo pasado, asociado mayoritariamente al uso del cannabis en busca de sus efectos psicotrópicos. Así pues, en los años 50 fue asociado al entorno del Jazz europeo (Merino, 2000). Posteriormente, en los años 60 y 70, se asoció a la rebeldía y clamor de libertad de la cultura hippie. Este movimiento sociocultural produjo un aumento en su consumo. En los años 80, con el aumento del consumo de la heroína, se produjo una estabilización del consumo del cannabis e incluso el decremento en algunos países (Lorenzo y Leza, 2000; Merino, 2000). Este descenso fue temporal, ya que a principios de los 90 se inició un importante aumento en el número de consumidores y un decremento en la edad de inicio de consumo. En la actualidad se observa una tendencia a la estabilización de su consumo en aquellos países en los que es muy elevado y la línea ascendente de su consumo se mantienen en aquellos en los que todavía es menor (Calafat et al., 2000).

CUESTIONES LEGALES SOBRE EL CANNABIS

Como se mencionó anteriormente, se han dado periodos a lo largo de la historia en los que el consumo estuvo prohibido, generalmente aquél que hacía referencia a su utilización por sus efectos psicoactivos. En la época moderna tenemos el ejemplo de la ordenanza dictada por Napoleón en 1800 en Egipto con el fin de regularizar el consumo de cannabis entre la población:

— Artículo I. Queda prohibido en todo Egipto el consumo del brebaje elaborado por ciertos musulmanes con cáñamo (hachís), así como fumar su grana. Los bebedores y fumadores habituales de esta planta pierden la razón y son presa de violentos delirios que les hacen entregarse a todos tipos de excesos.
— Artículo II. La elaboración de la bebida de hachís está prohibida en todo Egipto. Las puertas de todos los cafés y albergues donde se sirva serán tapiadas y sus propietarios encerrados en prisión durante tres meses.
— Artículo III. Todos los fardos de hachís que lleguen a la aduana serán confiscados y públicamente quemados.

Este es un ejemplo de las actuaciones futuras en materia de regulación legislativa, aunque referida específicamente al cannabis.

En Gran Bretaña a finales del siglo XIX, el gobierno crea una comisión de investigación para determinar el alcance de los efectos nocivos para la salud del consumo de cannabis. Haciendo uso de las colonias y los consumidores de cannabis en ellas se estudió a más de mil consumidores de 36 ciudades de Bangladesh. El informe de la "Indian Hemp Drug Comission", estudió los efectos físicos, mentales y morales del consumo de la planta. Obtenían la información de los propios consumidores, de los médicos hindúes e ingleses. El informe resultante es considerado uno de los estudios sobre cannabis más completos realizados hasta la fecha. Las conclusiones respecto a las posibles alteraciones producidas en el estado mental fueron que el uso moderado de la droga no producía los efectos perjudiciales esperados. Se reflejaba que era el consumo excesivo el que podía ser nocivo para la salud. Se ha de tener en cuenta que el consumo moderado era el habitual en la época y no se hacía referencia a qué se consideraba un consumo excesivo o moderado. Por último, se reflejaba en el informe "la total prohibición del cultivo, manufactura y la venta de las drogas derivadas de la marihuana no es necesaria ni oportuna en vista de la baja prevalencia de su consumo, de sus consecuencias [...] y de la posibilidad de que los consumidores se vean derivados a drogas más perjudiciales". Añadiendo que "es sabido que las acciones que no son perjudiciales más que para aquel que las lleva a cabo no deben ser penalizadas y que no es oportuno hacer prohibiciones que no se pueden hacer cumplir" (Escohotado, 1998).

Ya a principios del siglo XX, tiene lugar la primera convención internacional para el control de ciertas drogas. En 1912 se convoca la Convención del Opio en la Conferencia Internacional de La Haya (Holanda), donde se acuerda limitar la producción y exportación del opio, heroína y cocaína, sólo para fines médicos. Siguiendo a Escohotado (1998), tanto los representantes italianos como los

ingleses insistían en que el cannabis se añadiera a la lista de sustancias bajo control internacional no realizándose en este momento si no posteriormente

No es hasta la segunda Conferencia Internacional del Opio, en Ginebra, en 1925 cuando se declara al cannabis como un narcótico, realizándose una restricción de su uso y consumo únicamente para fines médicos y científicos, recomendándose un estricto control de la sustancia para impedir su uso con fines recreativos. Ese mismo año se realiza el "Panama Canal Zone Report", estudio sobre los soldados consumidores de cannabis en la zona. En este informe no se encuentran evidencias de que el uso de cannabis fuera adictivo o perjudicial, recomendándose que no era necesario realizar ninguna acción para la prevención del uso o la venta del cannabis.

En 1937 el gobierno estadounidense puso en vigor la Marijuana Tax Act, ampliándose la prohibición del alcohol al cannabis (Sole-Puig, 2000). A partir de ese momento se creó un cuerpo de policía federal con capacidad de imponer condenas de prisión e incluso de penas capitales. Desde entonces, los países occidentales imitaron esta política de control y penalización aplicándola con matices. Aunque posteriormente se permitió el cultivo del cáñamo para utilización industrial y gastronómica durante los años de intervención estadounidense en la 2ª Guerra Mundial.

Pocas son las modificaciones respecto al control del cannabis hasta 1961, cuando se celebra la Convención Única de Estupefacientes de Nueva York, promovida por Naciones Unidas. En esta reunión se producen dos cambios sustanciales. En primer lugar, se deja de considerar al consumidor de la droga como un delincuente, connotación habitual hasta ese momento, para pasar a ser considerado un "enfermo" y que por tanto requería de cuidados desde la sociedad para facilitar el tratamiento de desintoxicación. Por otro lado, se promulgó la creación de un sistema de cuatro listas donde se clasificaban las sustancias en función de la peligrosidad.

— La lista I comprendía, entre otros productos, el opio, la heroína, la morfina, la metadona, la cocaína y el cannabis.
— La lista II incluía la codeína y el dextropropoxifeno.
— La lista III se refiere a preparados que no se prestan a uso indebido y, finalmente,
— La lista IV se dedica a las mezclas o preparados, sólidos o líquidos, que contengan las sustancias de las dos primeras listas (Herrero, 2000).

Así pues el cannabis se incluía en:

— Lista I "Cannabis y su resina y los extractos y tinturas de la cannabis".
— Lista IV "Cannabis y su resina".
— Siéndole aplicado los siguientes artículos:
  Art. 1.c) "Por planta de cannabis se entiende toda planta del género cannabis".
  Art. 1.b) "Por cannabis se entiende sumidades, floridas o con fruto, de la planta de la cannabis (a excepción de las semillas y las hojas no unidas a las sumidades) de las cuales no se ha extraído la resina, cualquiera que sea el nombre con el que se las designe" (Herrero, 2000).
  Art. 1.d) "Por resina de cannabis se entiende la resina separada, en bruto o purificada, obtenida de la planta de la cannabis".
  Art. 28.2 "fiscalización de la cannabis: la presente convección no se aplicará al cultivo de la planta de la cannabis destinado exclusivamente a fines industriales (fibra y semillas) u hortícolas" (OVD, 2002).

Posteriormente se realiza el Convenio sobres Sustancias Psicotrópicas de Viena de 1971 en el que se incluye dos anexos, el primero con cuatro listas de sustancias psicotrópicas y el segundo incluye sustancias que, aun no siendo psicotrópicas, se asemejan a ellas (Herrero, 2000).

En 1988 tiene lugar la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de Viena, donde se hace referencia a la diferenciación de la tenencia para el autoconsumo como variante del tráfico de drogas, dejando la opción a criterio de cada país según sus principios constitucionales y de su ordenamiento jurídico. Esto ha llevado a la existencia de diferentes políticas en cuanto a la regulación de la tenencia de cannabis para el autoconsumo. El ejemplo más despenalizado es el caso de Holanda donde está permitida a posesión de hasta treinta gramos de cannabis para uso personal (Sole-Puig, 2000).

Tal y como apuntan Calafat et al. (2000) no hay una correspondencia entre la normativa legal y su eficacia en su aplicación, ya que, aunque el cannabis es una droga ilícita, el número de consumidores de la hierba refleja un uso como si no fuera ilegal. Sin embargo, donde sí parece tener cierta eficacia la ilegalización de la droga es en cuanto al tráfico de la sustancia se refiere.

EL CASO DE ESPAÑA

El consumo de droga ni es actualmente ni ha sido nunca objeto de sanción penal en España. El tráfico de estupefacientes se regula por primera vez por el Real Decreto de 30 de abril de 1928, que, inspirado en el Convenio Internacional

de Ginebra de 1925, fue completado el 13 de noviembre de 1928. Fue promulgado por la dictadura de Primo de Rivera, en el que se estima como delito agravado contra la salud pública el tráfico de drogas o estupefacientes (Usó, 1995).

Tal y como ocurría en el resto de Europa, las colonias norteafricanas pusieron en contacto de nuevo a España con el consumo del cannabis para uso lúdico. Durante la dictadura franquista se pasó por alto el consumo debido a que los soldados destacados en los territorios norteafricanos españoles eran consumidores de esta sustancia quienes, además, contribuyeron a que el consumo del cannabis se difundiera en la península (Bobes y Calafat, 2000b).

Las convenciones internacionales servían de ejemplo y promovían el desarrollo de las leyes aplicadas a la regularización y control legal de la droga en España. Después de la segunda Guerra Mundial y el aislamiento paralelo de España, fue integrada progresivamente a los convenios internacionales de control de estupefacientes (Gamella y Jiménez, 2003). El primer tratado al que se adscribe España, es el llamado Convenio Único sobre estupefacientes, de 30 de setiembre de 1961, que fue ratificado en 1966 (Sole-Puig, 2000).

Posteriormente, en 1967 la Ley española de 1967 considera estupefacientes (en su artículo 2) las sustancias incluidas en las Listas I, II y IV del Convenio Único de 1961 (OVD, 2002).

En 1970 se promulga la Ley de Peligro Social, una actualización de la vieja ley de los "vagos y maleantes" que había estado en vigor desde 1933. Esta ley era utilizada por el régimen franquista como medio de control social y para criminalizar todo aquello que se desviaba de las postulados del régimen y la moral católica (Gamella y Jiménez, 2003). Pocos años después, en 1973, se modificó el código penal de forma que la posesión de la droga, aunque fuera para propio consumo, era considerada delito. Sin embargo, en los meses siguientes el Tribunal Supremo determinó que la posesión para el autoconsumo no debía ser procesada por lo que no tuvo vigencia la ley.

En 1982 España entra en la OTAN, lo que introdujo medidas que afectaron a la política sobre drogas. Se ratificaba que la tenencia de drogas para consumo propio no era considerada conducta criminal y se establecía la diferenciación entre drogas atendiendo a la mayor o menor nocividad de las sustancias. La reforma del Código penal de 1983 establecía las drogas ilegales en dos categorías: se sanciona con mayor gravedad a aquellas drogas que causan un grave daño para la salud, siendo menores las penas cuando el tráfico se produce con drogas "blandas". El cannabis está incluido en esta categoría, considerándose como droga que no causa grave daño a la salud, independientemente de la concentración de THC o forma de presentación (hachís, marihuana, grifa o aceite de hachís) (Herrero, 2000).

En 1995 el nuevo código penal establece pocos cambios. En él se regulan los delitos relativos al tráfico ilícito de drogas, entre las que se encuentra el cannabis. En su artículo 38 se recoge que se sancionará a quienes "ejecuten actos de cultivo, elaboración o tráfico, o de otro modo promuevan, favorezcan o faciliten el consumo ilegal de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, o las posean con aquellos fines". Sin embargo, aunque el consumo y tenencia para el autoconsumo no es sancionado penalmente si lo es por vía administrativa con multas y otras posibles sanciones no privativas de libertad.

En 1992 se aprueba la Ley Orgánica 1/1992 de 21 de febrero, sobre Protección de la Seguridad Ciudadana, conocida popularmente como "Ley Corcuera", que califica como infracciones administrativas, sin rango delictivo, las conductas que describe en su artículo 25: "el consumo en lugares, vías, establecimientos o transportes públicos, así como la tenencia ilícita aunque no estuviera destinada al tráfico, de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, siempre que no constituya infracción penal, así como el abandono en los sitios mencionados de útiles o instrumentos utilizados para su consumo" (OVD, 2002). Por tanto, la Ley de protección sobre Seguridad Ciudadana de 1992 establece que serán castigados con multa administrativa dos comportamientos: el consumo en vía pública y la tenencia ilícita de drogas.

El hecho de que se haga referencia a la tenencia ilícita ha generado controversia en cuanto al reconocimiento de una tenencia lícita no definida. Por ello la Ley 17/67, de 8 de abril reconoce, en su artículo 22, que la posesión de drogas será lícita únicamente en cuatro situaciones: para uso médico, industrial, científico o docente, para plantear iniciativas de uso y tenencia lícitos del cannabis (Usó, 1995). Esas conductas se califican como infracciones graves a la seguridad ciudadana y se sancionan administrativamente con sanción económica y con otras sanciones no monetarias, según establece el artículo 28 de la Ley. En el año 2000, en el territorio del estado español se detuvo a 98.000 personas, habiendo sido abiertos 26.426 procedimientos judiciales, más de la mitad de ellos relacionados con consumo de cannabis (OVD, 2002).

La Ley Corcuera estaba ideada, principalmente, para el control del consumo de heroína en lugares públicos y los posibles contagios de sida por pinchazo accidental con las jeringuillas que los heroinómanos dejaban en la calle, la ley fue aplicada a toda sustancia ilegal, incluido el cannabis (Usó, 1995). Por lo tanto, solo se considera delito el tráfico, es decir la compra/venta a terceros, motivo por el que los consumidores han optado por el autocultivo para el propio consumo. Sin embargo, el problema radica en que no está especificada en las leyes la cantidad de plantas que pueden ser cultivadas y cuando son consideradas para el

autoconsumo y cuando para el trafico de la misma. Es desde el Tribunal Supremo que se ha venido estableciendo los límites y condiciones de legalidad.

Siguiendo a Herrero (2000), el Tribunal Supremo ha matizado varios aspectos a tener en cuenta para considerar una posesión como tráfico o autoconsumo:

a) condición o no de consumidor del portador de la droga y la acreditación de la cantidad habitualmente consumida por el mismo
b) cantidad de droga poseída (Con referencia al hachís la jurisprudencia considera como posiblemente dedicadas, en principio, al propio consumo tenencias de hasta 50 gramos de esta droga
c) distribución de la droga en dosis listas para su posible venta y presentadas en la forma habitual en el mercado ilegal
d) tenencia de productos utilizados habitualmente para adulterar la droga
e) tenencia de instrumentos utilizados habitualmente para dividir la droga en dosis, tales como balanzas de precisión, cuchillos con señales de haber sido calentados para cortar mejor hachís, pajitas de plástico para contener cocaína, pequeños recortes de plástico para confeccionar bolsitas termoselladas con heroína, speed o cocaína, etc.
f) circunstancias del hallazgo policial de la sustancia, lugar de aprehensión y razones del poseedor de la droga para encontrarse allí.
g) incautación de cantidades notables de dinero sin procedencia lícita justificable
h) existencia en poder del poseedor de la droga o en su domicilio de notas o contabilidades manuscritas indicativas de ventas de drogas.
i) grabaciones, con autorización judicial, de conversaciones telefónicas de esa persona relativas a operaciones de compraventa de drogas.
j) trasiego continuo de consumidores de drogas en el domicilio de la persona a la que se le ocupa la sustancia, con visitas muy breves, como indicio de posibles operaciones de venta al menudeo (Herrero, 2000).

Por otro lado, el cultivo de la planta no es considerado punible si es para el propio consumo siendo penado cuando se realiza con la intención de difundirlo posteriormente a otras personas (venta o entrega). En conclusión, el consumo y cultivo para autoconsumo tan solo es sancionable administrativamente si éste se da en la vía pública, así como la tenencia de la sustancia en la misma situación.

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN SOBRE EL CANNABIS

El descubrimiento de un sistema cannabinoide endógeno ha originado que se estudie la posibilidad de que la sustancia sea utilizada con fines terapéuticos y la conveniencia de su prescripción médica en determinados procesos patológicos tal y como se hizo a lo largo de la historia. Esto ha abierto un debate social y la aparición de movimientos antiprohibicionistas que demandan la legalización de la droga.

Con el descubrimiento de que el cannabis actúa en el organismo humano a través de un sistema cannabinoide endógeno, se ha abierto la posibilidad de conocer como interviene en múltiples funciones fisiológicas como el control motor, en la memoria, en la emoción y la motivación, así como en la ingesta alimentaria entre otros sistema vegetativos. También se ha tenido conocimiento de que el sistema cannabinoide endógeno juega un importante papel en la regulación de las respuestas emocionales relacionadas con el estado de ánimo y la ansiedad. En función de diversos factores como la dosis, las características individuales o incluso el contexto en el que es consumido, puede tener efectos ansiógenos o ansiolíticos (Lorenzo y Leza, 2000).

Del mismo modo que el conocimiento del sistema cannabinoide endógeno abre el debate acerca de la aplicación terapéutica del cannabis, también ofrece la oportunidad de plantear cuestiones sobre los efectos negativos que produce el consumo de cannabis.

Sobre los efectos adversos, en la revisión realizada por Asthon (1999), se clasifican en agudos y crónicos. Entre los efectos agudos señala aquéllos que actúan en el estado de ánimo (euforia, similar a las consecuencias del consumo, en dosis sociales, de alcohol; disforia, que aparece con aumento de la ansiedad y pánico, pensamientos paranoides; flashbacks, que pueden aparecen semanas después de su consumo); efectos sedativos y ansiolíticos (puede producirse una depresión del SNC); efectos en la percepción (los colores y sonidos pueden verse incrementados, percepción espacio temporal distorsionadas, el juicio de las distancia y el tiempo); efectos en el funcionamiento motor (efecto inicial de excitación posteriormente un estado físico de ataxia e inercia e incoordinación general); efectos cognitivos y en la memoria (incremento de la velocidad del pensamiento, fuga de ideas, déficit en la memoria a corto plazo); efectos en el sistema psicomotor (altas dosis pueden interferir en tareas de atención como la conducción, pilotar aviones, etc.); psicosis (puede producir episodios agudos); agresión y violencia aunque ha estado históricamente ligado a los actos agresivos el cannabis disminuye las emociones agresivas y aumenta la sociabilidad (la asociación se produce por episodios psicóticos inducidos).

En cuanto a los efectos crónicos, los efectos a largo plazo dependen de la dosis y del tiempo de consumo. En cuanto a los efectos somáticos asociados a riesgos para la salud se apunta que aparecen especialmente con el uso crónico de la sustancia. Estos efectos son problemas cardiovasculares, respiratorios, en el sistema inmune, problemas endocrinos y reproductivos

Otro punto de controversia es la existencia de dependencia a la sustancia tras su consumo. Maldonado (2000) hace mención a diferentes estudios que por un lado concluyen que los derivados de la cannabis sativa no inducen dependencia física en humanos, mientras que otros describen la aparición de ciertos signos de abstinencia en consumidores de preparaciones particularmente ricas en principios activos Lo que puede estar sugiriendo que los cuadros de abstinencia sugieren que deben ser suaves y difíciles de observar en consumidores de cannabis. Por otro lado, Budney et al. (2004) en una revisión del tema concluye que la evidencia tanto en el laboratorio como en los estudios clínicos indica la existencia de un síndrome de abstinencia tras el uso crónico y continuado del cannabis o del tetrahydrocannabinol. Siendo los síntomas que aparecen sobre todo emocionales y del comportamiento, aunque el cambio del apetito, la pérdida del peso, y el malestar físico también aparecen con frecuencia.

Respecto a su utilidad terapéutica, los principales procesos patológicos en los que bien el cannabis o los cannabinoides parecen haber demostrado alguna eficacia terapéutica son en la reducción de las náuseas y vómitos producidos por la quimioterapia, mejora de la espasticidad muscular en procesos de esclerosis múltiple o en lesiones de médula, en la disminución del dolor, aumentando el apetito en la anorexia, en la epilepsia, el glaucoma y el asma bronquial (Lorenzo y Leza, 2000). Sin embargo, a excepción del uso de los cannabinoides como antieméticos, han sido pocos los estudios con las características necesarias para demostrar la eficacia clínica en seres humanos en otras patologías (Bagshawy Hagen, 2002).

CONCLUSIONES

Tal y como se ha expuesto, el uso de cannabis a través de la historia ha sido para diferentes fines y desde tiempos inmemoriales. Desde sus inicios las propiedades terapéuticas de la planta han estado asociadas a su utilización y la de sus fibras. El uso recreativo ha dependido de la cultura, pero casi todas han conocido sus efectos psicotrópicos. En España sigue vigente la denominada ley de 1992, que penaliza administrativamente la tenencia y consumo del cannabis en lugares públicos. Esto ha generado un giro inesperado de la regularización ya

que el cultivo de la planta para el propio consumo ha aumentado en los últimos tiempos. Esto viene aparejado al aumento del número de consumidores, siendo el cannabis la droga ilícita más consumida tanto en España, como en Europa, Estados Unidos y Canadá. El código penal español considera delito, con respecto al cannabis, las acciones de tráfico de esta droga. De ahí la importancia que cobra el discernir entre la tenencia para consumo propio y aquella dirigida a difundirla a otros, donde la cantidad, entre otros, es el criterio diferenciador. Algunos autores (Hathaway, 2003; MacCoun y Reuter, 2001), apuestan por la despenalización del consumo y el cultivo para consumo propio como alternativa de régimen regulador ya que la evidencia disponible indica que el despenalización de la posesión de cantidades pequeñas de cannabis no aumenta predominio del cannabis. Otros apuntan que es el camino de la despenalización, de hecho, el que se está llevando a cabo (Gamella y Jiménez, 2004).

El descubrimiento del sistema cannabinoide endógeno reabrió el debate de la utilización terapéutica de la planta, así mismo proporcionó la oportunidad de estudiar con mayor exactitud los efectos adversos de la sustancia. Sin embargo, el policonsumo es una interferencia en estas investigaciones. Llama la atención el hecho de que tanto la población general como las investigaciones actuales (Asthon, 1999) realicen la comparativa y equiparación del cannabis y sus efectos con el alcohol y el tabaco, drogas lícitas. Lo que potencia la corriente antiprohibicionista de la sustancia.

La percepción de riesgo de los españoles con respecto a los efectos nocivos es muy cercana al tabaco (OED, 2003). En cuanto a la existencia o no de una dependencia a la sustancia y la aparición el síndrome de abstinencia tras el uso continuado es un punto de controversia. El hecho de que en 1968 la OMS definiera el cannabis como una sustancia que induce a la farmacodependencia (Calafat, Juan et al.), cuando aún hoy no existe acuerdo entre los autores, genera y potencia la desconfianza en los movimientos sociales antiprohibicionistas que apuntan a intereses políticos y económicos en su mantenimiento como sustancia ilegal. Del mismo modo los efectos agudos son comparados con los efectos que produce el consumo de alcohol. Estamos ante un debate vivo que afecta a diversos aspectos del cannabis como son las cuestiones legales, sus efectos, sus cualidades terapéuticas o la existencia de dependencia, que no se pone en claro por el momento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asthon, C. (1999). Adverse effects of cannabis and cannabinoids. British Journal of anaesthesia, 83(4), 637-650.

Bagshaw, S. y Hagen. N. (2002). Medical efficacy of cannabinoids and marijuana: A comprehensive review of the literature. Journal of Palliative Car, 18(2), pág. 111-122.

Bobes, J. y Calafat, A. (eds). (2000a) Monografía Cannabis. Adicciones (Socidrogalcohol). 12(2), 330 págs.

Bobes, J. y Calafat, A. (2000b). De la neurobiología a la psicosociología del uso-abuso del cannabis. Adicciones, 12(2), 7-18.

Borches-Tempel, S. y Kolte, B. (2002). Cannabis consumption in Amsterdam, Bremen and Sam Francisco: a three city comparision of long-term cannabis consumption. Journal of drug issues, 32(2), 395-412.

Budney, A., Hughes, J, Moore, B y Vandrey, R. (2004). Review of the validity and significance of Cannabis withdrawal syndrome. The American Journal of Psychiatry, 161(11), 1967-1977.

Calafat, A., Fernández, C., Becoña, E., Gil, E., Juan, M. y Torres, M.A. (2000). Consumo y consumidores de cannabis en la vida recreativa. Adicciones, 12(2), 197-230.

Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Gil, E. y Llopis, J.J. (2000). Estrategias y organización de la cultura pro-cannabis. Adicciones, 12(2), 231-273.

Conrad, C. (1998). Cannabis para la salud. Sus aplicaciones en medicina y nutrición, Barcelona: Martínez Roca.

Dorvault, C. E. y Giovanni P. (1849), Dell'haschisch e delle sue preparazioni, Annali di Chimica Applicati alla Medicina, vol. 8 (3°s.), 83-97.

EMCDDA (2004), Informe anual 2004: el problema de la drogodependencia en la Unión Europea. *Journal of Primary Prevention* 20(1), pp. 3-50.

Escohotado, A. (1998) (7ª Ed.). Historia de las drogas. Madrid: Alianza. Tres volúmenes.

Gamella, J.F. y Jiménez M. L. (2004). A brief history of cannabis policies in Spain (1968-2003). The journal of drug issues, (summer) 623-660.

González, S., Sagredo, O., Gómez, M. y Ramos, J. A. (2002). Química y metobolito de los cannabinoides. En Sociedad Española de Investigación sobre Cannabinoides. Guía básica sobre los Cannabinoides. Madrid: Ministerio de Interior.

Hathaway, A. y Erickson, P. (2003). Drug reform principles and policy debates: harm reduction prospects for cannabis in Canada. Journal of drug issues, 33(2), pág. 465-496.

Herer, J. (2003). El emperador está desnudo. El cáñamo y la conspiración de la marihuana. Castellar de la Frontera: Castellarte.

Herrero, S. (2000). El cannabis y sus derivados en el derecho penal español. Adicciones, 12 (2), 315-329.

Lorenzo, P. y Leza, J. (2000). Utilidad terapéutica del Cannabis y derivados. Adicciones, 12(2), 149-168.

MacCoun, R. y Reuter, P. (2001). Evaluating alternative cannabis regimes. The British Journal of Psychiatry, 178, 123-128.

Maldonado, R. (2002). Tolerancia y dependencia de cannabinoides. En Sociedad española de investigación sobre cannabinoides. Guía básica sobre los Cannabinoides. Madrid: Ministerio de Interior.

Merino, P. (2000). Vieja historia del cannabis y recientes prácticas preventivas en Europa. Adicciones, 12(2), 275-280.

Navarro, M. y Rodríguez, F. (2000). Cannabinoides y conducta adictiva. Adicciones, 12(2), 97-108.

Observatorio Español sobre Drogas (2003). Informe numero 6. Noviembre 2003. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Observatorio Español sobre Drogas (2005). Informe 2004 del Observatorio sobre Drogas en España. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Plan Nacional sobre Drogas.

Observatorio Vasco de Drogodependencias (2002). Cannabis: de la salud y del derecho. Acerca de los usos, normativas, estudios e iniciativas para su normalización. Serie: Informe/Txostena, nº 6, Vitoria-Gasteiz, Eusko Jaurlaritza-Gobierno Vasco.

Polli, G. (1860a). Esperimenti sugli effetti dell'haschisch ad alta dose. Annali di Chimica Applicata alla Medicina, 30(3°s.), pp. 23-34 y 89-103.

Polli, G. (1860b). Risultato di un esperimento terapeutico dell'haschisch nell'idrofobia, Annali di Chimica Applicati alla Medicina, vol. 31 (3°s.), pp. 366-371.

Polli, G. (1863). Lipemania guarita coll'haschisch, Annali di Chimica Applicati alla Medicina, vol. 36 (3°s.), pp. 72-75.

Ramos, J. A. y Fernández, J. (2000a). Cannabinoides: propiedades químicas y aspectos metabólicos. Adicciones, 12(2), 41-58.

Ramos, J. A. y Fernández, J. (2000b). Uso de los cannabinoides a través de la historia. Adicciones, 12(2), 19-31.

Reinarman, C., Cohen, P. y Kaal, H. (2004). The limited relevance of drug policy: cannabis in Amsterdam and in San Francisco. American Journal of Public Health, 94(5), 836-842.

SAMHSA, Office of Applied Studies (2002), Results from the 2003 National Survey on Drug Use and Health. 135-146.

Sole-Puig, J. (2000).Tratamiento del paciente cannábico. Adicciones, Vol. 12 (2), 301-314.

Usó, J. C. (1995). Drogas y cultura de masas. Madrid: Taurus.