

Sesión llevada a cabo en el Salón Cuba

Moderador: Muy buenas tardes.

Con mucho respeto saludo, por supuesto, a nuestros panelistas que esta tarde se encuentran aquí, registraron sus ponencias según el protocolo establecido y están ya presentes en nuestra mesa.

Gracias por acompañarnos en tiempo y seguramente en la forma.

Agradezco también a los visitantes, a quienes en su registro se pusieron como observadores y que tendrán también la facultad de emitir algunas preguntas en su momento.

Describiré el proceso por el cual vamos a funcionar:

Como escuchamos en la ceremonia protocolaria, se han dado ya muchas de las razones por las cuales estamos en este momento reunidos.

A partir del fallo de la Suprema Corte, de noviembre pasado, se han particularmente desencadenado una serie de sucesos que nos llevan en esta versión a estar presentes esta tarde y en el efecto de poder tener un diálogo abierto, un diálogo libre, un diálogo incluyente, para mencionar en base al expertís de quienes así se han inscrito; a la experiencia, a la comprobación científica, al conocimiento de conocimiento desarrollada no sólo en nuestro país, sino en diferentes lugares, las posiciones en cuanto a la regulación o no del uso de la marihuana y en particular en nuestra ciudad y en este Foro en el ámbito de la salud pública y toda aquella acción que preventa, en términos de salud, el uso de esta planta.

Estaremos seguramente tocando temas que se han vertido de manera general, también a través de este mes y medio de discusión sobre la importancia o no de quitarle el esquema criminal al consumo de la marihuana, de los efectos que puede tener particularmente en la salud del ser humano, los grupos altamente vulnerables, los grupos que puedan ser sujetos de mayor efecto de su consumo.

Tendremos que hablar o habrá seguramente posiciones sobre la individualización de la decisión del cuerpo humano y el derecho de hacer con el cuerpo humano lo que en un momento dado sea deseo de cada uno de los seres humanos.

Hablaremos seguramente de las repercusiones a nivel de política pública en términos de salud, lo que haya que desarrollar en términos regulatorios educativos en nuestro sistema educativo, desde la básica, hasta media superior y superior; las formas de atención en cierto momento y el propio efecto del consumo de la marihuana.

Estará abierto absolutamente a cualquier opinión, buscando, por supuesto, siempre el expertís y el sustento científico de lo que aquí se vierta.

Quisiera, en esos términos, hacer una descripción del proceso rápidamente, para que podamos entrar en materia.

En el punto número uno se efectuará una ronda de presentación de los panelistas, con un tiempo hasta de un minuto para la propia expresión de sus datos personales.

Tenemos algunos perfiles de quienes hoy nos acompañan, pero no están todos. Quisiéramos dejar, por favor, que cada quien se presente.

En segundo término habrá una ronda de exposiciones, donde cada panelista tendrá hasta 15 minutos para hacer su ponencia, las ponencias que se registraron en el portal y fueron asignadas a esta mesa.

El orden será como fueron llegando al portal también las ponencias, tendrán hasta 15 minutos y tenemos un semáforo en el punto central de la primera fila, que estará indicándonos con una luz amarilla cuando falten tres minutos y una luz roja cuando nos falte un minuto.

Seguido de esto, de todas las ponencias, no habrá espacio para interpelación en ese momento; una vez terminada la ronda abriremos también para nuestros panelistas el espacio de poder refutar o informar respecto a otra de las ponencias que se haya presentado; para eso, podrá exponer en tres minutos su posición; quien haya sido

interpelado tendrá la réplica por dos minutos. Sólo existirá una réplica y una interpelación por caso.

Finalmente, y después de concluir esa ronda, estaremos abriendo a las preguntas del público. Ya se están repartiendo unas papeletas donde harán preguntas por escrito al panelista que así lo considere y en ese momento se darán otros tres minutos al panelista para poder contestar.

Básicamente es lo que tenemos en la metodología y les ruego respetar los puntos escritos para que todos estos conceptos de equidad y valor que le estamos dando a este debate abierto tenga su efecto.

Finalmente toda la relatoría, todo lo que aquí se diga está siendo grabado en términos de video, la relatoría pasará finalmente tanto a los poderes, al Legislativo, al Ejecutivo para que en un momento dado y cuando sea el tiempo correcto, pactado, se hagan las observaciones correspondientes.

Lo verdaderamente interesante es que podamos tener las opciones a la vista, que puedan expresar, quienes así manifestaron su interés a través de inscribirse en el portal, su opinión de manera concreta y quienes tengan preguntas u observaciones dentro del público también queden en esa agenda.

Agradezco profundamente su presencia, a nombre de nuestra ciudad, que hayan elegido nuestra ciudad para ser sede de este primer bloque.

Quien tenga todavía algo de salud podrá todavía presentarlo en el quinto foro que se desarrollará en la Ciudad de México, que todavía recopilará algunas cosas que no hayan quedado; los otros tres foros serán con una temática diferente.

Si alguna pregunta llega dirigida absolutamente a un tema de los otros tres foros, la dirigiremos hacia el Comité Organizador para que sea tomada en cuenta en ese foro.

¿Hay algunas preguntas o algo así para la mecánica? Si no, estamos.

Alguna ponencia electrónica, si alguien tiene que llevarla para que se esté pasando, creo que ya están todos. Muy bien.

Empezaría con este primer punto, que sería la ronda de presentación, empezaríamos de mi lado derecho hacia este punto con el señor Antonio Mazzitelli, por favor.

Sr. Antonio Mazzitelli: Mi nombre es Antonio Mazzitelli. Soy el representante en México de la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, y al decir “Contra”, ya dice cuál es nuestra postura.

Dra. Silvia Cruz Martín del Campo: Soy Silvia Cruz; soy investigadora, mi especialidad es Farmacología y trabajo en el CINVESTAV, estudiando la neurobiología de las drogas de abuso.

Mtra. Carmen Fernández Cáceres: Me llamo Carmen Fernández, directora general de los Centros de Integración Juvenil. Soy psicóloga, terapeuta familiar y pertenezco al grupo de trabajo de la sociedad civil hacia la discusión especial en las Naciones Unidas.

Dra. Luciana Ramos Lira: Yo soy Luciana Ramos; soy psicóloga social, soy investigadora de la Dirección de Investigaciones Sociales del Instituto Nacional de Psiquiatría; trabajo principalmente el tema de violencia y en este caso asociado al consumo de drogas y pertenezco al grupo de trabajo coordinado por el doctor Juan Ramón de la Fuente sobre marihuana y salud.

Dr. Mauricio Hernández Ávila: Gracias. Mauricio Hernández Ávila, director del Instituto Nacional de Salud Pública.

Durante los últimos, casi 20 años he estado trabajando en cómo disminuir el tabaco y combatir la epidemia que actualmente nos afecta. Esa es la experiencia que traigo a este grupo.

Dra. Herminia Pasantes: Herminia Pasantes, investigadora de la UNAM; interesada en informar acerca de los avances en las investigaciones científicas sobre la marihuana, específicamente.

Dr. Gady Zabicky: Buenas tardes. Mi nombre es Gady Zabicky, soy psiquiatra clínico, atiendo pacientes con diagnóstico dual, manejo grupos y grupos psicoeducativos; soy miembro fundador del Colectivo Por una Política Integral Hacia las Drogas y al igual que mi compañera Luciana, en el Seminario de la Globalidad, con el doctor Juan Ramón de la Fuente en la Universidad Nacional Autónoma de México.

Profra. María Cristina Montejo Briseño: Buenos días. Mi nombre es María Cristina Montejo Briseño. Soy profesora investigadora en la Universidad Intercultural Maya de Quintana Roo; coordinadora institucional del Programa de Salud Integral Universitaria, donde también trabajamos para la prevención del consumo y adicciones.

Yo a lo que vengo es a compartir mucho, desde la postura de los mismos jóvenes, respecto de la legalización.

Moderador: Muchísimas gracias.

Como pudimos escuchar, hay personalidades que no sólo tienen una carga de conocimiento académico, reflejado en investigación, sino en labor social, labor con los universitarios, de tal forma que seguramente aquello que se ha vertido en este contexto tendrá elementos significativamente sustanciales, con un específico contenido, que puede ser útil en la toma de estas decisiones.

No me cabe la menor duda que exponer las ideas, que debatirlas, que llegar al fondo de las razones que nos motivan a nuestra posición es el camino correcto para poder definir estos temas complicados, pero que inevitablemente en nuestro país, y además con gusto creo que tiene que afrontar y tomar decisiones en el futuro próximo.

El número dos sería pasar de lleno a la presentación de las ponencias.

Para iniciar esto, le ruego al señor Antonio Mazzitelli tome la palabra.

Sr. Antonio Masitelli: Si se me permite, me levanto de manera que pueda ver también la presentación.

Considerando que hay muy poco tiempo, yo me enfocaré solamente en algunos de los diferentes temas del Foro, el particular sobre el uso

médico de la marihuana, la relación que tienen las Convenciones Internacionales de Naciones Unidas con respecto al uso de la marihuana u otras drogas que están bajo el control internacional.

En segundo lugar me enfocaré sobre los daños o las relaciones que tiene la marihuana con otras drogas lícitas, el impacto que tiene, si hay.

Y, en tercer lugar, las experiencias o los sistemas de regulación o de fiscalización en el mundo y, por último, lo que podrían ser las respuestas a los daños provocados por el consumo de la marihuana.

La primera, antes que todo, ¿cuál es el marco internacional?

Las drogas son fiscalizadas a nivel internacional, porque son peligrosas y son peligrosas a la salud.

Hoy en día hay 185 países del mundo que han firmado y son parte de la Convención de 1961, que fiscaliza las drogas.

¿Cuál es el objetivo de esta Convención 135?

Quiere decir la universalidad del planeta. Faltan dos o tres pequeñas islas del Pacífico que todavía no son partes, pero todo mundo se acata a esos principios.

¿Cuáles son los objetivos de esta convención?

Primero, preservar la salud.

Lo repito, todas las drogas que están listadas en esta Convención son peligrosas a la salud; algunas más, otras menos, pero tienen efectos sobre la salud.

Segundo. La regulación de los mercados.

Porque aún así son dañinas para la salud, la gran mayoría de las drogas tienen un uso más que justificado en farmacia.

La morfina, la heroína y el opio hacen daño, pero también son absolutamente indispensables para el tratamiento del dolor; entonces, se produce, se comercializa, se distribuye el opio y la morfina.

¿Y cuáles son también las indicaciones?

Los mercados de estas drogas tienen que ser fiscalizados y controlados: Producción, distribución, uso, consumo.

El uso de estas drogas tiene que ser limitado a utilización farmacéutica y científica.

Justamente sobre el tema de la marihuana, la UNODC de las Naciones Unidas en el año 2013 produce un paper, un documento en donde después de haber revisado todo lo que es la literatura científica acerca de la marihuana, continúa diciendo que la marihuana es peligrosa, es dañina para la salud, pero también que algunos componentes de la marihuana pueden tener efectos benéficos en el tratamiento de algunos padecimientos.

A la pregunta de uso terapéutico de la marihuana, la respuesta de las Convenciones Internacionales es sí, pero solamente en forma de producto farmacéutico.

Fumar la marihuana para el tratamiento de una enfermedad no es reconocido como un tratamiento.

Sí a los productos farmacéuticos, sí a la investigación científica; no a presentar la marihuana como un medicamento. No es un medicamento la marihuana, es una droga.

En la marihuana hay más de 900 sustancias activas, solamente algunas de éstas 900 tienen o pueden tener un impacto sobre algunas enfermedades.

¿Pero cuál es la relación entre la marihuana y las otras drogas legales?, porque a veces nos dicen: “Ah, sí, pero la marihuana es menos dañina que el alcohol”.

Los últimos datos, me refiero a un artículo publicado hace menos de un mes por Jean Paul Alcoukinds, uno de los principales estudiosos del tema de la marihuana nos dice exactamente lo opuesto: “Tomando en cuenta los datos de 2013 en Estados Unidos sobre el consumo de marihuana, estos son los efectos de la marihuana con respecto al alcohol en materia de adicción:

“En Estados Unidos, en el 2012 había 20 millones de consumidores habituales de marihuana”. Consumidores habituales quiere decir que han consumido marihuana el mes antes de la encuesta.

“De éstos cuatro millones son considerados y se consideran ellos mismos adictos o adictos con problema”. Son ellos quienes lo dicen.

La relación entre consumidores con problemas y que tienen un problema de adicción es el 21 por ciento.

La misma encuesta por el alcohol, 137.3 millones de consumidores; consumidores con problema dice 7.3 millones. La relación es el 13 por ciento, casi la mitad.

¿Esto qué quiere decir?

Que uno de cada 4.8 consumidores de marihuana desarrolla una adicción, mientras que con el alcohol es solamente uno en 7.9. Entonces, la marihuana es mucho más adictiva que el alcohol.

Todo eso es reflejado en las hospitalizaciones de emergencia por uso de alcohol o de marihuana.

Sobra siempre los mismos números: Consumidores habituales, 20 millones de marihuana, 305 mil entradas en emergencia. Eso es 15, cada mil usuarios; por el alcohol, 137 millones, llamadas de emergencia 681 mil, cinco de cada mil usuarios.

El uso de la marihuana puede generar más problemas que requieren intervención de emergencias que el mismo alcohol.

Por último, problemas asociados al consumo.

En esta encuesta de Estados Unidos, es el consumidor que él mismo dice tener problemas de relaciones, de tener problemas en la familia, de tener problemas en la escuela.

En el caso de la marihuana tenemos 18 millones, esos son datos de 2012, 18.9 millones de consumidores habituales, 1.5 dice haber tenido problemas; con el alcohol 135 millones, 3.9 dicen haber tenido problema. La marihuana es 2.8 veces más alta de generar problema que el alcohol.

Esta encuesta no tiene en cuenta lo que es el *ander reporting*. Esto es, la gente generalmente cuando está adicta, entre el 20 y el 40 por ciento, trata de negar sus problemas. Los datos serían un 60 u 80 por ciento más altos, considerado el *ander reporting*, la tendencia a negar.

Modelos de políticas.

Hoy en día en el mundo hay diferentes modelos de regulación con respecto a las drogas y no sólo a la marihuana; repito: A las drogas.

El primero es la no persecución penal por uso de posesión personal.

Generalmente nos presentan el modelo de Holanda como modelo de legalización o como modelo de despenalización; no es verdad, es modelo holandés es un modelo fundamentado en la no persecución penal y no persecución en algunos lugares de la venta de la marihuana. Pero todas las otras drogas son perseguidas.

El segundo es la despenalización, como en México. El consumo de marihuana, hasta cinco gramos, en México no es penalizado.

Después hay una serie de sistemas mixtos que utilizan la marihuana terapéutica en diferentes formulaciones; la no persecución, la despenalización del consumo y de la posesión.

A los extremos tenemos la legalización, solamente un país en el mundo hoy en día ha legalizado la marihuana, esto es Uruguay, que todavía está en curso de desarrollar plenamente su sistema y, por último, la prohibición absoluta, que es vigente en muchos, yo diría en dos terceras partes del mundo.

También por razones religiosas. En algunos países consumir alcohol o consumir cualquier tipo de sustancia es pecado, en contra de Dios. Entonces las leyes, también terrenas, lo persiguen.

¿Cuáles son los efectos de estas diferentes políticas?

Uno de los efectos principales, y aquí veo muchos jóvenes, es que más se presenta la marihuana como un producto que no hace daño, que es medical, que casi casi es como una aspirina. “Tienes dolor de cabeza, fúmate un churro de marihuana”.

El impacto directo es reducir lo que se llama la percepción del riesgo. La sustancia no hace daño, entonces la consumo.

Hay una correlación directa entre la reducción de la percepción de riesgo y el aumento del consumo particular con los jóvenes.

Esos son los últimos datos, utilizo unas presentaciones de unos amigos de Estados Unidos, sobre lo que está pasando en dos estados de Estados Unidos que han legalizado la marihuana: Tasa de consumo en aumento en los dos, mucho más alta que la tasa de consumo de marihuana a nivel nacional de Estados Unidos, no sólo también una progresión en una tendencia al aumento del consumo mucho más alta.

Impacto. La marihuana no tiene impacto sobre los terceros.

En Colorado, en Washington la tasa de personas, de adultos intoxicados que van a su trabajo es mucho más alta que el promedio nacional. Esto puede tener mucho impacto sobre los terceros, si tomamos en cuenta el tipo de trabajo.

Llamada de emergencias.

Como estaba diciendo, en Washington se han incrementado de manera exponencial con el nuevo régimen de legalización.

Accidente de automóviles en aumento; aumento del 50 por ciento, ante la legalización 85 por ciento; 35 por ciento más.

Y, por último, niños que se acercan al consumo de la marihuana a través de sus padres, sus familiares, sus pares.

¿Además que estábamos hablando?

Ayer en el debate en el Senado estaba escuchando que la prohibición genera la tendencia que el crimen organizado aumente el potencial de la marihuana.

Esto no me parece crimen organizado; esta es la industria de la marihuana que justamente aumenta el potencial de su producto.

Estas son las perspectivas, seguramente alguien hablaba del pobre campesino mexicano, que ahora puede cultivar marihuana y vender su producto, que no se equivoquen, esta es la marihuana que circulará y que justamente porque es más fuerte, es mejor.

¿Cuál es la respuesta?

Bueno, desde el punto de vista de UNODC decía que la respuesta es prevención, una prevención integral, una prevención que incluye a la familia, al sistema educativo, la comunidad y al sistema judicial.

Una prevención fundamentada en la información, una información verdadera, que no nos presente los productos como no dañinos o como casi saludables; una prevención también próxima, que en particular se enfoque sobre lo que son las vulnerabilidades, sin hacer distinciones de sustancias.

Al final de cuenta: Marihuana, cocaína, metanfetamina, drogas legales, son todas iguales.

Lo que queremos es que los jóvenes no se acerquen o si se acercan, se acerquen con conocimiento.

Una prevención que sea de verdad, que pueda cubrir todos los grupos vulnerables.

Ayer se presentó la encuesta de consumo de jóvenes: Las mujeres han aumentado su tasa de consumo en todas las drogas. Esto es muy preocupante.

Porque al final de cuentas y como justamente dice este estudioso de Norteamérica, cada país puede todavía decidir el tipo de problema de droga que quieres.

Moderador: Señor Mazzitelli, le ruego termine, por favor.

Sr. Antonio Masitelli: Estoy terminando.

Regulación de drogas quiere decir muy probablemente –como hemos visto– más consumo; no regulación quiere decir más mercados negros.

Está ya el decidir si queremos más consumo o queremos menos mercados negros.

Pero esta es la postura, porque el problema de droga está ya en si queremos o no queremos.

Con esto termino. Gracias.

Moderador: Muchas gracias, señor Mazzitelli.

Damos el paso a la presentación de la señora Silvia Cruz Martín del Campo.

Dra. Silvia Cruz Martín del Campo: Yo contaba con que todos habíamos oído en la plática de la doctora Matras, como no, voy a tener que correr un poco más tratando de cumplir cuatro temas.

Muy brevemente sobre cuáles son los efectos de la marihuana, los cannabinoides endógenos.

¿Por qué la marihuana tiene efectos sobre el sistema de las personas, si es una planta?

Si hay parte de la marihuana medicinal, que yo desde luego prefiero decir medicamentos a base de marihuana, y lo voy a explicar.

Un fenómeno que hay que tener presente, que es la de las nueve sustancias psicoactivas, con los cannabinoides sintéticos tipo Spice.

Como todos sabemos la marihuana básicamente se fuma, pero también hay preparados en donde se pueden ingerir por vía oral, y hay un contenido diferencial de compuestos que le llamamos cannabinoides.

El más más importante es el Delta 9-THC. Yo soy farmacóloga, voy a hablar de esa sustancia, como una sustancia que tiene efectos sobre el organismo. Hay otras y les voy a mencionar el cannabidiol, como uno de los más importantes.

Los efectos dependen de cualquier cosa. Si ustedes van a tomar una medicina, los efectos dependen de qué es la sustancia, cuánto se toma, esa sustancia a dónde llega en el sistema nervioso o en el corazón o donde quiera que vaya; por qué vía se toma, no es lo mismo inyectada o tomada, por vía oral y a quién se la das y en qué cantidad, la dosis; eso sucede con cualquiera de los medicamentos que nosotros tomamos.

¿Qué pasa con la marihuana?

La marihuana, desde luego, sus efectos van a depender de ese mismo tipo de cosas, del tipo de planta que tiene; varía las versiones, pero todo mundo está de acuerdo en que más de 400 sustancias y todo mundo está más o menos de acuerdo que en aproximadamente 40 cannabinoides, sustancias estructurales o funcionalmente parecidas al THC, que es la sustancia psicoactiva de la marihuana.

La vía de administración, no es lo mismo ponerse una cataplasma en la rodilla, que no va a llegar al sistema nervioso central, que va ser una administración local a una administración fumada, que es de las más eficientes para cualquier cosa y a quién se le da; de qué edad, de qué sexo incluso, hay diferencias también de sexo y qué genética tiene y las expectativas.

Los efectos, como les decía esperaba poder casi saltarme esta diapositiva, pero dado que no voy volando, son euforia y relajación en la mayoría de las personas, pero en algunas hay ansiedad, incluyendo ataques de pánico; son la minoría, pero sucede.

Alteraciones de la percepción respecto a cómo pasa el tiempo y a qué distancia están los objetos, un aumento en la frecuencia de latidos del corazón, taquicardia; una disminución de la presión arterial derivada del aumento en los vasos sanguíneos, la dilatación que se ve en los ojos, los ojos rojos.

Resequedad de la boca, disminución de la movilidad intestinal, aumento del apetito, disminución de la coordinación motriz y tiempo de reacción, una disminución de las respuestas inmunológicas, que son dos caras de la moneda: Por un lado, puede tener un efecto de disminuir la inflamación y, por otro lado, puede tener un efecto de disminuir la respuesta a patógenos, y la disminución de memoria de efectos recientes. Esto puede tener importancia, desde luego, cuando lo vemos en qué pasa con la sociedad.

El mayor riesgo de fracaso escolar está asociado en buena medida en a la disminución de la memoria de trabajo y la memoria de corto plazo; se ha asociado un déficit cognitivo con la edad, hay estudios, todo lo que ven aquí que ven fotos, son estudios; quien quiera las referencias originales se las mandamos.

El no distinguir bien distancias, tiempos y tener menor coordinación es un riesgo de accidentes mayor; esto es lo que se llama un meta-análisis, en donde se ve, respecto a un promedio si es más o menos probable la posibilidad, es una suma de análisis, hay mayor riesgo de tener efectos, problemas para manejar un coche y tener accidentes.

También al consumir, el quemar se produce el humo; el humo tiene benzopirenos y nitrosaminas, se ha asociado entonces a efectos respiratorios similares a los producidos por la combustión del tabaco, como bronquitis y estas cosas y hay estudios nuevos con cohortes muy largas en donde se empieza a ver una correlación con el cáncer pulmonar; después de utilizarlo repetidamente puede producir tolerancia a sus efectos.

La dependencia, el doctor Antonio Mazzitelli, ahora presentó unos datos tantito diferentes; lo que quiero no es comparar con otra droga, sino comparar con la edad.

Cuando las personas que empiezan a consumir marihuana en la edad adulta lo hacen, el riesgo de acuerdo a este estudio de Jim Anthony y Wagner, es de uno de cada nueve; pero cuando las personas lo hacen en la adolescencia, es de uno de cada seis.

Esto nos habla que es una población particularmente vulnerable, los adolescentes, a los efectos sobre la memoria, sobre la memoria de trabajo, que pueden llevar al fracaso escolar.

Y luego la abstinencia en fumadores continuos, de más tiempo, puede llevar a algunas de estas cosas que están escritas en el DSM-5, que es la versión más reciente.

El déficit cognitivo es importante, porque mientras más jóvenes empiecen un consumo repetido es más claro y este déficit incluso se llega a ver en cuestiones estructurales.

El riesgo de trastornos psiquiátricos que se ha revisado en varios de los artículos –de 2010 para acá hay una bibliografía enorme– termina por concluir que hay un mayor riesgo de dos a tres veces, que se manifieste psicosis o se presente antes de lo que se hubiera presentado, aunque no es una causal directa, sino un factor facilitador.

Estamos hablando de otra población vulnerable: Problemas de personas que tienen alguna predisposición genética en la que puede ser particularmente riesgoso el consumo de cannabis.

¿Por qué funcionan? ¿Por qué tienen estos efectos?

Tienen los efectos porque mimetizan parte de cosas que tenemos en nuestro sistema, que son los endocannabinoides; cannabinoides endógenos, que a diferencia de los fitocannabinoides o exógenos se producen a demanda, cuando el organismo los requiere en forma muy corta y se degradan casi de inmediato.

Los fitocannabinoides utilizan ese sistema, no se consumen cuando se necesitan y duran mucho más, además se depositan en grasa.

En sistema que llamamos endocannabinoides tiene que ver con sustancias endógenas como la anandamida, las enzimas que lo sintetizan y esto es importante para el desarrollo de medicamentos potencial y lo degradan, las que hacen que se formen los endocannabinoides y se rompan.

¿En dónde actúan?

Actúan básicamente en receptores en el sistema nervioso central que se llama sistema nervioso cannabinoides uno, CV-1, y en el sistema inmunológico, en los CV-2, básicamente.

Los CV-1 están localizados en zonas que tienen que ver con todo esto que mencionábamos: Aprendizaje, memoria, ansiedad, miedo y algunas otras cosas como el reflejo del vómito, control del apetito.

Actúa de manera complicada, que no es el público, puede que no les interese, desde luego estoy a sus órdenes.

En donde cuando una neurona que llamamos postsináptica, que es la que recibe la señal, recibe mucha señal, contesta produciendo a partir de membranas lipídicas los endocannabinoides y mandándole a quien le está mandando la señal, calla a la señal de la neurona presináptica, lo cual quiere decir que modula los efectos.

Si esa neurona trabaja con uno de los lenguajes del cuerpo que es el glutamato, un neurotransmisor, excitador o con otras cosas, los endocannabinoides están regulando este tipo de cosas. Tenemos esta señal en función de lo que viene.

El glutamato es fundamental tanto para la memoria como en el desarrollo cerebral. En la adolescencia se están dando unos cambios glutamatérgicos muy importantes.

Nada más aquí decir en la anterior, decir que hay otros receptores que no voy a mencionar, pero es un poco más complicado.

La definición de las vías de comunicación en el cerebro en el adolescencia es fundamental y está mediada por transmisión de esa sustancia que les decía que se llama glutamato y los cannabinoides endógenos regulan la función del glutamato, es un todo fino, que si está consumiendo en la adolescencia la marihuana, lo que sucede es que ese tono se altera y puede llegar incluso a tener cambios de conectividad y funcionales.

Otra vez, los adolescentes son particularmente vulnerables a los efectos de la marihuana y esto se puede ver –como les digo– incluso en algo del grosor de algunas áreas.

El siguiente punto que les quería decir que para mí la pureza del lenguaje es muy importante cuando estamos hablando de estas cosas.

¿La marihuana es medicina o hay medicinas basadas en la marihuana?

Nosotros hablamos de medicinas basadas en la marihuana; la marihuana no ha sido aprobada por ninguna agencia reguladora como un medicamento.

¿Por qué? Porque no es un medicamento como tal, porque para ser un medicamento se requiere pasar por ciertas fases en los ensayos clínicos.

Lo que en realidad tenemos son sustancias como el dronabilon y la nabilona que son compuestos.

Podemos trabajar con su dosis, su cantidad, su vía; productos farmacéuticos, como mencionaba Antonio Mazzitelli.

Y éstos que tenemos ya aprobados; hay otros que están en camino, porque tienen potencial terapéutico, y hay muchos estudios clínicos en proceso.

¿Qué son los estudios clínicos?

Para desarrollar un medicamento y todos estamos beneficiados de que haya un acuerdo para hacerlo de manera ordenada y con

seguridad; primero hay una fase en donde en un grupo pequeño de personas de voluntarios sanos se ve si eso no hace daño: ¿Cómo se metaboliza? ¿Cuánto tiempo tarda en salir?, y se va buscando una formulación.

En la segunda fase ya se utilizan pacientes y se ve si esa cosa que estamos dando es mejor que dar un placebo, algo inerte.

En la tercera se ve contra el de referencia; el que funcione mejor y se ve si en pacientes funciona bien ese de referencia y funciona bien el otro, el nuevo.

Y, en el último, de fase cuatro es que se comercializa y se ve si en población abierta funcionan bien y no se ven efectos adversos.

¿Qué tenemos aprobados?

Tenemos aprobados, como les decía, el dronabinol y el nabilone, con sus nombres comerciales que ven que tienen una dosis por vía oral y con algunas indicaciones claras como que permite controlar el vómito asociado, por ejemplo, a la quimioterapia. Eso existe, pasó por todas la pruebas y se ve bien; éstos son los dos aprobados.

Hay otros que están en desarrollo; como éste que se aprobó recientemente en Europa, no en Estados Unidos, que es una mezcla de dos componentes que son fundamentales de la marihuana y yo les había mencionado: El THC y el cannabidiol.

Las sustancias, las plantas que se consumen más como drogas tienen mucho más contenido de THC que cannabidiol y en éstas están uno a uno con una presentación en *spray*.

Se ha visto que esta presentación en particular tiene un efecto benéfico, pero no superior para las personas con esclerosis múltiple.

El cannabidio pinta muy bien, tiene efectos contrarios al Delta 9-THC; pero hay otros ejemplos más prudentes como el rimonabant. Éste funcionó, pasó a fase cuatro y después de utilizarlo en un público abierto se encontró que aumentaba de manera importante los trastornos de ansiedad y se retiró del mercado.

Éste que acaba de pasar, que es increíble que hay sucedido, es muy mala suerte, en enero 15 de 2016, que era un inhibidor de cómo se van degradando los endocannabinoides para tratar de tener más endocannabinoides.

Se probó en fase uno en voluntarios sanos y hubo casos de muerte cerebral. Extraordinario, muy mala suerte, pero para documentar o modular el optimismo que estamos llegando a medicinas o que la marihuana como tal es una medicina. Vamos a tratar de desarrollarlo.

Quiero alertar de una gran cantidad de sustancias nuevas que se están utilizando como drogas cada vez más potentes, cada vez más tóxicas y que son más potentes que el THC y mencionar que la carga global de la enfermedad es ver los efectos adversos para usuarios, para otros, psicofísicos y sociales.

Voy a dejar solamente los efectos adversos, porque estamos hablando de salud de la marihuana y tener cuidado.

Quisiera terminar mis conclusiones, tengo como un minuto para no dejar de decirles: hay que tener cuidado con el mensaje.

Algunas personas consideran que la marihuana no hace daño porque es natural, a pesar de que el origen natural o sintético de una molécula no influye en la calidad de sus efectos.

Muchos compuestos tóxicos como los venenos de los animales son naturales y muchos sintéticos como los medicamentos son benéficos.

También he escuchar que la marihuana no es peligrosa porque no produce muerte por sobredosis, pero esto equivale a considerar la muerte como el único efecto indeseable y dejar de lado la evidencia de los efectos asociados a su consumo.

Por otro lado, el presentar a la marihuana como si fuera un medicamento aprobado en lugar de cannabinoides individuales con potencial terapéutico, se genera una falsa percepción de seguridad respecto al consumo de la planta, llegan personas a tratamiento diciendo: “¡Pero cómo va a hacerme daño, si es medicina!”.

Estas son las conclusiones que quisiera decir: La marihuana no es una sustancia inocua y hay grupos más vulnerables a sus efectos.

Proponemos diseminar esta información clara, sobre todo a los grupos vulnerables y brindar atención a las personas que lo requieran.

Es cierto que algunos cannabinoides tienen efectos terapéuticos y proponemos facilitar la investigación y evitar que la sobrerregulación nos impida hacer esto, y hay una oferta creciente de nuevos cannabinoides sintéticos que debemos estar atentos, tanto los de tratamiento como los de investigación.

Gracias.

Moderador: Muy bien.

Muchas gracias, doctora Silvia Cruz Martín del Campo. Gracias por su intervención.

Tiene 15 minutos la maestra Carmen Fernández Cáceres, por favor.

Mtra. Carmen Fernández Cáceres: Gracias.

Tenemos varias coincidencias; son las posiciones no solamente en México, sino en el mundo. Una de ellos es que no queremos criminalizar a ningún usuario de drogas.

Tal vez la segunda conclusión importante y en donde coincidimos todos es que se tiene que tratar desde un punto de vista de salud pública.

Ya en la mesa de derechos humanos hablarán sobre el derecho a la salud, el derecho a la libertad, el derecho a los niños, el derecho a la seguridad y será otro tipo de debate.

Aquí, quiero dejar muy en claro que si tenemos la coincidencia en que tiene que ser desde la salud pública; la salud pública de lo que se ocupa es del bienestar de los individuos, de las comunidades y principalmente todas las acciones están dirigidas hacia el desarrollo de

estilos de vida saludables. En ninguna acción de salud pública se promueve un estilo de vida no sano.

Ya está bastante hablado, sobre todo los daños que ocasiona la marihuana. Les quise poner varias referencias que elegimos, hay muchísimas más, pero para que las tengan disponibles en la página web, sobre los daños y alteraciones en relación a alteraciones cognitivas y neuropsicológicas hay mucho.

Está probado desde hace muchos años el daño a la memoria, al aprendizaje en su uso crónico, sobre todo si se empieza consumir muy joven y sobre todo se consume varias veces a la semana o si su consumo es diario. Tiene que ver con la edad, tiene que ver con la frecuencia, pero están muy probadas todas estas.

Hay muchos estudios que nos hablan de ellas y también hay otros estudios que nos hablan del daño en otros órganos y sistemas. Tal vez de lo más importante tiene que ver su relación con el riesgo de cáncer, que al igual que el tabaco hay investigaciones que prueban claramente que el humo de la marihuana tiene los mismos componentes tóxicos que el humo de tabaco, y el riesgo de cáncer y algunas otras enfermedades cardiovasculares son muy similares al tabaco, con el componente adicional que daña al sistema nervioso central.

También hay muchas investigaciones que hablan del riesgo de trastornos mentales, de ansiedad, de depresión. El que más nos preocupa es el riesgo de psicosis, nuevamente, si se consume a menor edad y si tiene el sujeto vulnerabilidad; hacen falta estudios.

Sin embargo, ni siquiera tenemos que decir que vamos a ver qué va a pasar, puede que sí o puede que no; ya está pasando.

Les quiero decir que durante el año 2015, en el Hospital Fray Bernardino Álvarez se han recibido dos mil 735 pacientes, donde está involucrada la marihuana, sobre todo si se consume con alcohol.

Esto es muy importante, porque el alcohol ya está, es algo que no podemos ya quitar de la sociedad, y los jóvenes cada vez de manera paulatina están supliendo su consumo de tabaco por el de marihuana.

Hay muchas otras investigaciones que nos hablan también de daños psicosociales, tal vez de los más importantes es la falta de control de impulsos, algunas conductas hostiles y sobre todo la deserción escolar a edad temprana, el ausentismo laboral.

Ahí la misma Organización Mundial de la Salud acaba de sacar un trabajo en que el ambiente laboral afecta mucho a la productividad y a la salud de las mismas personas que están trabajando, no nada más a los usuarios, sino también el desarrollo de estilo de vida hacia otras personas con las que están trabajando.

Cabría preguntar: ¿Qué pasaría con la gente que llega bajo el efecto de la marihuana al trabajo? ¿Será despedida? Todo ese problema sindical derivante, ¿qué vamos a hacer con él?

Finalmente, les quiero decir que ya está pasando, es un problema que enfrenta Uruguay, es un problema que enfrenta Colorado, es un problema que enfrentaron en Holanda y que tuvieron que generar otra serie de políticas públicas en todo lo relacionado al consumo y el sector laboral.

También hay una gran documentación de la relación con accidentes de tránsito. Desgraciadamente en nuestro país no están medidos los accidentes de tránsito ni las muertes ni la discapacidad asociada con que vaya un conductor manejando bajo el efecto de la marihuana.

Estamos desarrollando una serie de estudios para ver cuántas personas llegan a hospitales de urgencia, accidentadas donde esté involucrada la marihuana. En otros países está probado ya todo esto.

Hay una cuestión fundamental en donde los estilos de vida influyen a nuestro contexto inmediato; en ese sentido, los jóvenes y los niños principalmente son invitados por amigos.

En esta gráfica vemos, en la encuesta de consumo de drogas en estudiantes que fue presentada el día de ayer, tanto en hombres como en mujeres, cuando el amigo cercano al adolescente ha consumo drogas, él también consume.

Cuando, en segundo lugar, los hermanos consumen, también hay un importante consumo en niños y adolescentes; en último lugar es el padre y la madre, porque hay menos madres consumidoras adultas de drogas ilegales, pero su relación entre los estilos de vida que influyen a los amigos y los estilos de vida que influyen en la familia, también es innegable.

Tampoco nos vamos a preguntar si a mayor disponibilidad habrá mayor consumo; es una realidad que ya está pasando en nuestro país.

Estos son los pacientes de primera vez que ingresaron a tratamiento a los Centros de Integración Juvenil y la línea roja de hasta arriba son los que consumen alcohol, seguidos de la línea azul que consumen tabaco.

Como ustedes ven, la línea verde, que es la marihuana, va en un claro aumento a partir del 2008-2009, justo donde se despenalizaron cinco gramos y justo donde se ampliaron las discusiones.

De ahí que –como lo han dicho Antonio y Silvia– la información que vertimos a la sociedad es muy importante.

Tenemos una necesidad de una postura ética de hablar de los daños, de hablar de los daños claramente.

Como droga de impacto, la droga de impacto es aquella por la que la gente llega a tratamiento y, sin duda, está llegando cada vez más gente a tratamiento por problemas relacionados con la marihuana; más allá de cuánto dañe respecto a otras drogas, está llegando con problemas.

En el caso de los niños de 12 a 17 años que recibimos en los centros y ya hemos tenido menores de 12, de 10 años, la encuesta de estudiantes también nos muestra en quinto y en sexto de primaria el aumento.

En los niños es claro también la línea verde cómo va en aumento, de una manera muy grave.

El 10 por ciento –les quiero decir– de los pacientes que atendemos en Centros de Integración Juvenil son menores de 18 años y están llegando a tratamiento con marihuana, con alcohol; cada vez sustituye más el uso de la marihuana al del tabaco, como les comento.

El 93 por ciento de los menores que atendemos en centros consumen marihuana, incluso más que alcohol y tabaco; se están iniciando ya con marihuana.

Les repito, no es que vaya a haber más disponibilidad y tengamos más problemas; ya los estamos teniendo, ya los estamos viviendo.

Problemas específicos por los que llegan a tratamiento los menores; nuevamente, en primer lugar más de la mitad la marihuana.

En el caso de la encuesta presentada el día de ayer, niños de quinto y sexto de primaria aumentaron su consumo y tenemos un promedio de edad del uso de drogas en general de 13 años, de 10 en el caso de alcohol, y esto de las drogas ilegales la mayor parte es marihuana.

En el caso de primaria, el consumo de marihuana alguna vez es 2.3; en el caso de secundaria 6.1, y en el caso de bachillerato, 18.1.

Tenemos datos en los casos de universidades, donde hasta el 70 por ciento de algunas poblaciones universitarias están consumiendo la marihuana.

En el caso de primaria, aunque sea bajo, hay que considerar que son niños de 10 años y que ya están consumiendo.

La misma encuesta presentada el día de ayer nos muestra como hay una clara relación entre la percepción de riesgo del daño de la marihuana y su consumo.

Definitivamente a menor percepción de riesgo hay mucho mayor uso de la marihuana, y a mayor tolerancia social también encontramos mayor uso de la marihuana.

Si permitimos, si permiten que fumen los amigos y los familiares, admiten en el ámbito familiar y se esté hablando que es un

medicamento o se esté hablando que daña menos que el alcohol o se esté hablando que no daña tanto, lo único que está sucediendo es una tolerancia social.

De ahí la responsabilidad ética que tenemos todos los que estamos en el debate, a reconocer el daño que causa la marihuana porque estamos afectando a nuestra población de menores.

Más allá de la regulación está totalmente probado, en el caso de la regulación de alcohol y tabaco, que los que se inician son menores y son drogas que están reguladas, legalizadas.

En el caso de México comparado con otros países, que me parece una información también muy importante, vemos que contra la parte de América del Norte tenemos bajos consumos, similares a los de El Salvador, Honduras, Panamá y en el caso de toda América del Sur, vemos cómo Chile tiene los mayores consumos, Argentina, Uruguay, Colombia, los países donde más se está tendiendo hacia las discusiones de legalización o han dado apertura al uso personal.

Lamentablemente se le ha llamado uso lúdico; no es juego el consumo de la marihuana, eso es algo que también está cambiando la percepción de riesgo.

La buena noticia es que todos los programas de prevención y de tratamiento sí funcionan; sí podemos alertar a los niños, alertar a los jóvenes, a padres de familia, a maestros acerca de los daños; promover estilos de vida saludables y el desarrollo del Programa de Habilidades para la Vida, que ha probado ser el que tiene mejores resultados para prevenir el consumo de drogas.

En el caso de las escuelas donde nosotros trabajamos, que son más de 10 mil al año, en las escuelas que han sido intervenidas hay un claro menor aumento de consumo en relación a las escuelas que nunca han tenido un programa preventivo.

Llega a haber aumento hasta del 119 por ciento de consumo en escuelas que no se han intervenido, contra el 61 por ciento, y en el caso de tabaco y alcohol también se previene mucho más.

La tasa de crecimiento anual del consumo de sustancia en el último mes en estas escuelas que han sido intervenidas y las no intervenidas, también nos muestra que hay muchísimo más crecimiento en las escuelas que no han recibido ninguna atención preventiva, ninguna orientación, ninguna capacitación a maestros para detección temprana.

¿Qué nos quiere decir esto?

Primero, que tenemos que ser muy claros con la población en general, y con los niños y los jóvenes en particular, de los daños que sí está ocasionando para su crecimiento, para su desarrollo el consumo de la marihuana, que ya está ocasionando en este momento.

Y, segundo, que cualquier regulación o cualquier decisión que se tome tiene que ir acompañada necesariamente de un aumento en presupuestos para prevención, un aumento en presupuestos para centros de tratamiento.

Pensamos que México tiene que estar preparado, primero, para dar más apertura a cualquier tipo de regulación y ahora en donde coincidimos que si tienen algún efecto medicinal, algunas de las sustancias de la marihuana se desarrollen más medicamentos, siempre y cuando cumplan con todos los criterios de investigación necesarios; pero que se diga claramente que la marihuana fumada no tiene ningún efecto terapéutico.

Eso también pensamos que es fundamental que se repita y se repita, en todos los actores que estemos participando en el debate.

Muchas gracias.

Moderador: Bien.

Muchas gracias a la maestra Fernández Cáceres, por su participación.

En el orden siguiente viene la presentación de la doctora Luciana Ramos Lira. Tiene usted 15 minutos.

.

Dra. Luciana Ramos Lira: Gracias. Buenas tardes.

Lo que pretendo abordar, con lo que se ha mencionado, es que no tengo tanta claridad de que todos los efectos que se denominan adversos sean totalmente adversos y que no haya, en todo caso, algún tipo de otro efecto positivo sin que me vaya a meter en realidad al tema del uso de la marihuana medicinal, sino la recreativa; y partiendo del hecho, efectivamente, que creo que la evidencia es muy clara, que el inicio de consumo en edades tempranas sí puede tener un impacto importante a nivel cognitivo y puede también conllevar a alguna serie de efectos.

Ahora, la cuestión es muy compleja y creo que inclusive tenemos que ser muy cuidadosos con el tema de cómo leemos los datos, porque muchas veces estamos hablando de un dato de consumo, que no es lo mismo que abuso, no es lo mismo que consumo problemático o no es lo mismo que dependencia.

Entonces aguas, porque cuando oímos un dato: “Tanto por ciento presenta consumo de alguna sustancia, pero es alguna vez en la vida”, es un tipo de dato que es muy diferente a un patrón de consumo distinto.

El tema, cuando hacemos una revisión de literatura, estudios que tratamos que sean los más rigurosos, nos encontramos con una serie de problemas para poder dar conclusiones que tienen que ver con la comparación entre estudios, inclusive.

Esto que ya se vio, de qué hablamos, qué tipo y qué cantidad de THC, por ejemplo, tiene la marihuana en cuestión; la dosis, el modo de administración; qué tanta experiencia tiene el usuario, no hay estudios que nos señalan que es muy diferente una primera vez a alguien que es un usuario ya más avezado en estos temas.

El contexto social, que es otro elemento que amplía un poco más lo que ya mencionaba Silvia; es decir, efectivamente tienes la química, tienes al sujeto que además no es sólo un sujeto biológico, sino es una persona con identidad, con cierta cultura, pero también inclusive con un tipo de personalidad que no podemos dejar de lado.

Pero además el consumo ocurre en contextos, eso también es muy importante, y de ahí cada vez nos es más claro que tendríamos que hacer estudios mucho más focalizados a ciertos contextos, porque no va ser lo mismo la significación del consumo, y también obviamente hay expectativas y actitudes que influyen.

Los efectos psicosociales que tienen que ver con el tema de la salud, como ya se mencionó, ya sea a la persona o a terceros, se ha hablado del bajo rendimiento escolar, deserción escolar, las prácticas sexuales de riesgo, los accidentes y el tema de la violencia, que es en el que me voy a detener un poco más.

Tenemos un grave problema también para poder hablar del vínculo en términos de una asociación causal, directa, por lo menos de lo que hemos empezado a revisar en la literatura.

Por un lado, cuando hablamos de estudios de marihuana estamos hablando de la misma marihuana, ya lo decíamos, el tipo de consumo es el mismo cuando analizamos un estudio, estamos hablando de un usuario que la ha probado una sola vez o es un usuario crónico, es un usuario problemático, tiene abuso-dependencia, tiene un trastorno. Eso también nos dificulta esta lectura.

El policonsumo. Sí, efectivamente, una gran cantidad de usuarios ahora consumen alcohol, tabaco, cocaína, por ejemplo; entonces a veces es muy difícil abordar el efecto de la marihuana, aislado de lo que ocurre en relación a otras sustancias.

Las características del usuario y los ámbitos en donde se hace la investigación. Esto también es muy importante. No es lo mismo un estudio en comunidad, que estudio en escuelas, que un estudio en prisiones, que un estudio en servicios de urgencias o un estudio en un hospital psiquiátrico, y vemos que sí hay diferencias en los hallazgos.

Tenemos dificultades teóricas y metodológicas, en términos de diseños, tipos de estudio, tipos de usuarios. Por ejemplo, es un rollo metodológico y conceptual, pero en éstas andamos, ¿verdad?

O sea, ¿cómo defines? ¿Tú cómo mides violencia? Hay gente que lo mide diciendo que es cargar una pistola, haber lesionado a alguien, a

decir: “He empujado a alguien”. Es totalmente diferente y ahí tenemos un problema metodológico.

Cuando hablamos también entonces del uso de marihuana no es lo mismo uso, abuso, dependencia, tipo de usuario; o sea, tenemos, en ese sentido, esas dificultades.

Tenemos algo que se llama variables confusoras, que nos meten en un gran problema conceptual y metodológico.

¿Por qué? Porque puede ser que una asociación entre, por ejemplo, el uso de marihuana y un comportamiento violento no tenga que ver necesariamente con la marihuana, sino con una variable subyacente que potencializa o disminuye el efecto.

Vamos a ver el tema que he abordado, que es la violencia; y van a ver, lo peor del asunto es que no hay una asociación tan clara entre usar marihuana y tener comportamientos violentos, pero sí de haber experimentado violencia y tener una probabilidad mayor de empezar a consumir una droga como la marihuana y tener mayores problemas.

Estamos hablando, ya se dijo que no es lo mismo un cierto tipo de marihuana que otra, ahora es cierto, uno ve las páginas *web* y te dicen: “No, ésta tiene 27 por ciento de THC”. O sea, sí; no es lo mismo un tipo de marihuana que otra y sí puede tener un riesgo mayor para ciertas personas.

En México en la Encuesta de CUPIHD, de usuarios de drogas ilegales, lo que decíamos, encontramos que muchos usuarios mezclan, sobre todo aquí vemos, marihuana-cocaína, marihuana-anfetaminas y marihuana-inhalables. Lo que decíamos, tenemos también un patrón de consumidores con mezclas de drogas.

Además, la asociación no es igual a causalidad. Ahí, lo siento, es muy difícil de hablar de causalidad, aunque encontremos asociaciones importantes.

Podemos utilizar diseños, mayor o menormente poderosos para tratar de ver este tipo de efecto.

Efectivamente, sí, podríamos pensar y dice en este documento Ostrosky que: “Podría haber una asociación entre marihuana y un comportamiento violento”.

¿Y por qué? “Porque puede haber, efectivamente, una alteración de funciones cognitivas superiores que pueden desinhibir, pero también porque tiene cierto tipo de personalidad, por los ataques de pánico y sentimientos paranoides que –también ya se mencionó– pueden ocurrir en ciertas personas que el fumar marihuana despierte un ataque de pánico o de ansiedad; la despersonalización, por ejemplo, el incremento de ritmo cardiaco e inclusive, la abstinencia en individuos dependientes”.

Si ustedes ven, en todo caso habría muchos mecanismos subyacentes que también tenemos que investigar mucho mejor.

También puede ser que hay estilos de vida que involucran más tolerancia a la desviación e involucrarse en comportamientos de riesgo.

Algo que ocurre o se ve en algunos estudios, es que desafortunadamente el consumidor de drogas que tiene contacto con redes ilegales, tiene mayor probabilidad de estar en contacto entonces con otro tipo de comportamientos que tienen que ver con algo antisocial.

Es decir, el chavo o chava que le compra al *dealer* marihuana, también es factible que le pueda vender cocaína y vaya, en el caso de México, a comprar a zonas como Tepito o ciertas zonas “peligrosas”. Es un tema interesante de reflexionar.

Los efectos subjetivos. Si es diferente el efecto que esperabas de la marihuana a lo que sientes, también puede haber un comportamiento agresivo, y la mezcla con otras drogas.

Ahora, también dice: “Pero también, en todo caso, ¿por qué la marihuana no tendría por qué generar violencia –tendríamos las dos posturas? Porque es relajante, porque incrementa estados de ánimo positivos, porque se asocia con actitudes más abiertas y tolerantes”.

Estos son los estudios que han hecho más desde el punto de vista antropológico, por ejemplo, de lo que se denominan las culturas, la cultura cannábica que es aquellos fumadores de marihuana, que consideran que al fumar marihuana se vería muy mal ser violento, porque escuchas música de reggae.

Entonces habría una mentalidad, una ideología relacionada con la cultura cannábica, que bien ha sido criticado que ahora no necesariamente esa cultura cannábica persiste, que se ha fragmentado; pero acordémoslo, sí, del movimiento de hipismo, etcétera, entonces hay toda una línea de investigación que tiene que ver con los contextos del consumo.

Otros autores nos dicen: “Sí, pero en países en vías de desarrollo, como el nuestro, puede ser que en realidad el consumo sí tenga un impacto más negativo porque hay mayor pobreza, hay mayor desventajas, etcétera. Claro, tendríamos que hacer más investigaciones en contextos particulares también.

Hay que tener mucho cuidado porque lo que parece estar ocurriendo es que al haber también un estereotipo del marihuano igual a violento, a delincuente, hay una serie de representaciones que inclusive dificultan el tema de la prevención y el acceso.

Porque los chavos –por lo menos la investigación que he hecho en campo– no quieren ir a los centros de atención, porque tienen miedo a ser criminalizados, aunque sean espacios de salud.

Tenemos un grave problema en términos de qué hacer en cuestión de normas, valores y representaciones.

No es posible establecer una relación, esta asociación directa causal entre la marihuana y la violencia interpersonal; si hay evidencia de cambios en el control de impulsos y la impulsividad y –lo que les decía– que la exposición a la violencia incrementa el riesgo del uso.

La revisión es muy interesante, porque además cuando uno dice violencia no es todo. Hay estudios muy interesantes sobre violencia de pareja; entonces sí hay una cierta evidencia que puede haber violencia en parejas, donde hay consumo de sustancias.

Por ejemplo, hay diferencias por sexo porque se ha encontrado que lo que ocurre es que si la mujer consume alcohol, en este estudio que pongo aquí y el hombre no, parece que hay violencia y conflicto, pero porque ella consume alcohol, entonces el conflicto es otro; y si él consume marihuana hay violencia y conflicto en la pareja, porque él consume marihuana y ella no.

A lo que voy es que si vemos la causalidad no necesariamente siempre está en la sustancia, sino en lo que ocurre alrededor del consumo.

Muchas veces también el fenómeno violento ocurre en la abstinencia, por ejemplo. Es otro punto que tendríamos que abordar.

Lo que efectivamente es importante, y algunos estudios así lo señalan, es que la violencia doméstica tiene un impacto muy importante en los hijos, que puede afectar, ahí sí, inclusive en inicio temprano del consumo de sustancias.

Algo que es muy importante, que sí quisiera resaltar, es que mucha literatura sí está mencionando que la iniciación temprana de uso de alcohol y marihuana está muy asociada con haber estado expuesto a violencia en edades tempranas.

En el caso de poliuso, particularmente el abuso sexual en mujeres, que es un tema que no podemos dejar de lado; hay muchas mujeres que son adictas, que tienen antecedentes de abuso sexual en la infancia, también temas de abuso físico, que tienen que ver con cuestiones de estrés postraumático y con hipótesis como la automedicación; es decir, hay una serie de componentes que ponen más en riesgo a quienes han sufrido violencia en edades tempranas.

Por ahí hay una literatura muy interesante que señala que los efectos psicóticos del cannabis son mayores en individuos expuestos a maltrato sexual o físico; es decir, la parte genética, pero cuando además han vivido experiencia de violencia, o sea que habría que investigar también este componente.

Este es un estudio reciente que sí señala, en este caso, que en América Latina el abuso físico predijo significativamente el uso de cannabis en América Latina, en seis países.

También hay algunos estudios de lo que se llama la violencia en citas, *day violence*; es decir, cuando salen en una cita los chavos o chavas y hay una situación de violencia o inclusive de violación, y hay cosas muy interesantes que tendríamos que ir explorando.

Por ejemplo, en este estudio de Shory del 2015, lo que se encuentra es que las chavas que habían sufrido una violencia en citas, al otro día habían consumido cannabis; entonces hay que ir trabajando mucho más la temática de violencia y consumo que sí va muy relacionada, pero que estamos muchas veces dando por sentado, sin ver la temporalidad de los sucesos.

Ahora, estos estudios también son muy interesantes, hechos sobre todo en Canadá, que han encontrado, ese es otro tipo de la violencia, la violencia invisible, que es por ejemplo la discriminación; que ciertos grupos étnicos donde hay mayor discriminación y exclusión, como comunidades nativas indígenas tienen mucho mayor consumo de drogas en general y de cannabis en particular. Algo también nos tiene que hacer pensar en términos de la prevención.

Puede haber una serie de variables confusoras en la asociación de consumo de cannabis y comportamientos violentos, ya mencioné el uso de alcohol, de otras drogas, también trastornos psiquiátricos previos, problemas internalizados y la victimización violenta previa, así como condiciones de adversidad que no sólo son de la familia, tienen que ver con pobreza, desigualdad, discriminación, barrios peligrosos, etcétera, que tienen que considerarse.

Habría que hacer más investigación, diría por la parte que a mí me interesa del tema, del papel del trauma en el inicio, uso y abuso de cannabis y de otras sustancias y, por supuesto, también hacer mucho más investigación en cuanto a las diferencias de sexo y género.

Gracias.

Presentador: Muchas gracias. Agradezco a la doctora Ramos Lira, su participación.

Estamos justo a la mitad de las ponencias y en verdad parece que hemos recorrido camino en la variedad, desde aquellas versiones de los indicadores internacionales y los efectos probablemente bien vistos del uso farmacéutico, la parte de las reacciones químicas al interior del cuerpo humano, la parte de resultados, de tratamientos específicos, bajo jóvenes o personas consumidoras, y finalmente esta visión social de la problemática de los jóvenes, en términos de poder entender si alguno de estos efectos tiene relación con el consumo.

Muchas gracias a los cuatro primeros ponentes, por estas presentaciones.

El siguiente turno es para el doctor Mauricio Hernández Ávila.

Dr. Mauricio Hernández Ávila: Muchas gracias.

Voy a hacer rápidamente dos consideraciones sobre los efectos en salud, que me parece que son importantes de mencionar:

Uno es la exposición prenatal, es un periodo extraordinariamente vulnerable.

No podemos experimentar con los efectos de la marihuana, tenemos que hacer estudios observacionales, esa es una limitación que ya muchos han mencionado.

¿Pero qué sabemos?

En estudios de primates no humanos, el tetrahidrocannabinol pasa rápidamente la barrera encefálica, en minutos se detecta en el feto y se concentra principalmente en cerebro y en el hígado, o sea que algo debe hacer porque hay una avidez muy importante sobre estos órganos.

Las cohortes que han estudiado estudios longitudinales, niños cuyas madres se expusieron a la marihuana durante el embarazo documentan, en comparación con otros niños que no estuvieron

expuestos, tratando de ajustar por diferentes confusores con esa limitación, documentan un comportamiento agresivo, déficit de atención, disminución de la capacidad verbal, la ejecutiva y la de percepción; efectos que se mantienen hasta los 16, 22 años, funciones ejecutivas disminuidas, memoria visoespacial y aumento del riesgo en uso de drogas.

Estos son estudios prospectivos que van, y esta es una exposición vulnerable que se da muchas veces sin saberlo.

La otra son los jóvenes. Ya hemos escuchado mucho, no me voy a detener en esto; hay mucha discusión sobre si es un efecto causal, quiere decir que la marihuana lo ocasiona o la marihuana, acompañado con otras características, tienen una misma causal, pero no es causa.

Pero de todas maneras los estudios observacionales nos dicen que el consumo de marihuana, se asocia con disminución de memoria, son estudios transversales.

Estudios longitudinales en la misma tendencia. No hay una prueba causa-efecto eso es totalmente cierto, pero el volumen de información apunta a que tenemos efectos importantes.

Recientemente, en enero de este año, se publicó un artículo muy importante, un estudio en gemelos.

Esto nos permite controlar las características genéticas del hogar y se estudia el efecto que tiene la marihuana en un gemelo que fuma y su gemelo idéntico que no fuma.

En este estudio se demuestra que los que fuman tienen problemas en términos de vocabulario y cuando se hace el ajuste, de acuerdo a la carga genética, este efecto desaparece.

Esto parecería sugerir que la hipótesis de que hay factores concurrentes que no podemos controlar es lo que nos da este fenómeno de asociación.

Sin embargo, al saber que es un estudio muy bueno y muy serio, es un solo estudio y hay que esperar a que tengamos un promedio más amplio.

Eso es todo lo que voy a hablar de efectos en salud, porque además no soy experto.

Mi *expertís* es en el área de salud pública y aquí voy a hablarles de los efectos de las políticas públicas no en México, sino en otros países.

En salud pública regulamos y protegemos, de acuerdo a los riesgos, cuatro acciones principales: Seguridad y prevención, que tienen que ver, por ejemplo, con lo que hacemos para vacunar; prevenimos exposición ambiental, aquí manifestamos estándares, el mejor ejemplo es que en teoría no podemos fumar en espacios públicos.

También regulamos la disponibilidad de productos que pueden favorecer o dañar la salud. Aquí, el ejemplo clásico es manejar bajo la influencia del alcohol o la marihuana, que también ustedes pueden ver cómo se hace, y el otro es que informamos; ustedes han visto ya en los cigarrillos todos estos pictogramas que nos hablan de los riesgos.

Todo este bagaje legal nos ayuda a ir formando un comportamiento social de cambio y conforme se va moviendo ese comportamiento social de cambio vamos adquiriendo nuevos comportamientos, y esto es lo que preocupa principalmente con la liberación de la marihuana.

¿Cuál es la latencia? ¿Cuánto tiene que pasar para que un cambio de ley se vea en una población?

Los datos de Holanda nos dicen que más o menos 10 años.

Entonces lo que les voy a presentar véanlo con esa idea; o sea, una Ley no cambia de un día a otro un aspecto cultural, como podría ser el fumar tabaco o pudiera ser el fumar marihuana.

¿Qué podemos aprender de nuestros amigos americanos?

Tienen el peor modelo de regulación de disposición médica.

Les voy a hacer un pequeño resumen.

Esto se prescribe bajo el amparo de una licencia y se dispensa por un sistema regulado diferente y se vigila el uso terapéutico y dos efectos, esto es lo normal; ustedes van al médico y él les diagnostica que tienen diabetes, van a la farmacia y ésta tiene toda una regulación y les da el medicamento apropiado, se vigila que sea la dosis, la presentación y después hay todo un sistema que vigila los efectos adversos de estos medicamentos. Eso es lo que es un modelo médico.

¿Cómo se da en Estados Unidos?

Varía de estado a estado, no hay una regla de uso. Cada estado tiene una lista de padecimientos para los cuales te acepta, o síntomas, y algunos de ellos usan el reporte del Instituto de Medicina de Estados Unidos, pero en realidad es un desorden total.

El registro es variable, uno puede registrarse por correo, vivir en Texas y registrarse en Utah y poder tener su prescripción; no hay una prueba de diagnóstico ni tampoco se exige residencia. La recomendación médica o personal lo puede dar un médico o un personal sanitario sin licencia; las cantidades van de 200 a 680 gramos. Acuérdense que en México es seis gramos, cinco gramos. Es un desastre esto.

Los pacientes pueden cultivar, ¿cómo los controlamos? Un *oust*, en farmacias en seis estados o por el estado. Y la cadena de distribución es extremadamente complicada. Entonces vamos a ver qué pasa con esta política pública.

¿Qué vamos a ver?

Necesariamente vamos a ver si hay un cambio en la percepción de riesgo, como están diciendo que es una medicina, a lo mejor ya no hay tanta percepción de riesgo, vamos a ver si hay cambios de accesibilidad.

¿Por qué? Porque el sistema es tan malo que necesariamente se filtra a otras personas que no son a los cuales estaba destinada la

prescripción, o sea, hay fugas. Hay consecuencias, aumentaron los accidentes porque hay más disponibilidad.

Vamos a ver. Primero es: ¿Cómo está la percepción de los adolescentes de octavo grado a doceavo grado en Estados Unidos? Estos datos son de allá.

Aquí va a estar esta barra siempre, indicando que aquí es el cambio que inició el primer estado, California inició en '96 y vemos que hay una disminución de la percepción, y los jóvenes están diciendo: "Ya no me parece tan riesgoso utilizar marihuana", estamos empezando a ver un cambio social.

¿Qué pasa con el precio de la marihuana?

También se observa una caída, tiene que ver con que está más disponible y además se observa el precio que baja en la marihuana de alta calidad.

Alta calidad en éste quiere decir alta concentración de tetrahidrocannabinol, también baja el precio; quiere decir que va a ser más fácil conseguir.

¿Qué pasa con el consumo anual?

Aquí diríamos, si ya liberalizamos, a lo mejor los jóvenes van a aumentar. Todavía no impacta, ¿verdad? Vemos que no ha habido un cambio fuerte en las tendencias de consumo.

¿Qué sabemos de otros países?

En Holanda más o menos tardó 10 años en darse ese aumento entre los jóvenes. Estamos hablando de comportamiento social, que son extraordinariamente difíciles de afectar.

¿Qué pasa ahora en un análisis un poco más detallado?

Vamos a parear estados con estados que se parecen y les vamos a ajustar a cuándo entró el estado.

Aquí vemos este estado, entra la Ley y más o menos se mantiene constante; sin embargo, éste como que venía para abajo, pero su estado control dice que también se quedó estancado, entonces no hubo así un aumento dramático.

En éste tampoco; aquí tampoco, bajó; aquí bajo y aquí bajo, entonces no hay una relación espacio temporal entre legalización, al menos hasta ahora, y aumento de consumo en los muchachos.

Esto no quiere decir que eso sea causal, quiere decir posibilidad que a lo mejor no estamos dando la latencia suficiente para ver este cambio social, hay que verlo con cautela, pero estos son los datos.

La otra parte que preocupa muchísimo es: Si la marihuana va a salir fuera del sistema de prescripción.

Vemos un aumento en accidentes. Bueno, no se ve ese aumento en accidentes; aquí está la tasa de accidentes pre y pos legalización. Ojo, no estoy diciendo si la marihuana se asocia con accidentes, estoy hablando de una política pública, si esta política pública ocasionó más accidentes, no si la marihuana, que es distinto.

Vemos también que los estados donde hay uso médico venían bajando, se legaliza y ahí va, se baja y hay un pequeño aumento por acá.

Los estados control también siguieron su tendencia descendiente y no se ve realmente un problema y lo mismo sucede con jóvenes. Aquí parecería que bajó más que en los estados control; es decir, no quiere decir que la marihuana hace que manejen mejor, ¿verdad?, tiene otras características. Pero no hay ese efecto que se ve.

¿Qué pasó en Colorado?

En Colorado hay datos un poco más detallados. Esta grafica de aquí no son los accidentes, no; son el número de usuarios que se está registrando en Colorado para recibir marihuana médica. Chequen el crecimiento exponencial; al final del año eran ya 41 mil.

¿Qué pasó en los accidentes?

Viene el control y viene Colorado. Vemos que en Colorado hay un pequeño aumento.

Ojo, ese aumento no es que hayan aumentado los accidentes, lo que quiere decir es que los accidentes donde hubo un desenlace fatal, una muerte, aumentó la proporción de sujetos que fueron positivos a marihuana; entonces parecería que hay un aumento en los accidentes fatales, más no en la frecuencia como tal. Eso es en Colorado.

Portugal. Ahora vamos al otro continente; en Portugal a veces se vende –como ya lo aclaró Antonio– como que se legalizó; en Portugal no se legalizó absolutamente nada, simplemente se suprimieron las acciones criminales a la compra y el consumo, y los que compran lo tienen que comprar a los narcotraficantes, nada más; pero no los encarcelan, les dan una sanción administrativa y los mandan a tratamiento.

Claro, se ve una disminución muy importante en algo que nos preocupa mucho: Jóvenes en la cárcel por tener una adicción. Este es un buen dato.

¿Qué pasó con el consumo en Portugal?

Aumentó el consumo de marihuana entre los jóvenes, quizá, de 1995 a 2011, pero el consumo de otras drogas se mantuvo constante; parece que es un fenómeno que se separa, el mercado de drogas ilegales de la marihuana, y eso puede ser una buena señal.

Holanda. Holanda es un buen experimento; desafortunadamente tampoco está muy bien estudiado. Pero se observa en este gráfico dos períodos, de '84 a '98, aquí está cómo crecieron los *coffee shop*, que es donde los turistas o los holandeses van y compran su marihuana.

Quién sabe cómo la consiguen los *coffee shops*, porque es ilegal, lo único que es legal es ir ahí, consumir y hay reglas clarísimas de las cantidades; pero fuera de ahí no se puede conseguir y nadie sabe cómo llega a los *coffee shop*, esa es como información clasificada, pero llega.

Vemos que el consumo aumentó conforme aumentó la oferta y cuando Holanda ya quiso rectificar su política empezó a disminuir los *coffee shop*, pues también bajó el consumo entre los jóvenes.

¿Cómo se compara Holanda con respecto a otras drogas? Tiene índices más bajos que los otros países europeos, lo cual puede decirse que sí separó bien su mercado. Buen resultado.

¿Cómo se compara Holanda en consumo de marihuana con los otros europeos? No se ve que esté en foco rojo, está igual que los otros países, está igual que España, está por arriba de Portugal, pero ahí está.

Moderador: Doctor, te pido que por favor que concluyas.

Dr. Mauricio Hernández Ávila: Concluyo nada más que desde mi punto de vista sería verdaderamente absurdo pasar a una liberación de la marihuana para uso lúdico, con fines de lucro, porque lo vimos con el tabaco.

Hay más de 100 millones de muertes prematuras y si no reforzamos van a ser mil millones. Eso pasa cuando la industria toma el control de estas sustancias.

Les dejo un poco las ideas de estrategias regulatorias.

El que yo hable de las estrategias regulatorias no quiere decir que a mí me parezca bien que haya que legalizarlas. Mi posición de salud pública es que no, pero aquí dejo mi plática.

Muchas gracias.

Moderador: Le agradezco mucho.

Gracias al doctor Mauricio Hernández y tiene la palabra la doctora Herminia Pasantes.

Dra. Herminia Pasantes: Yo les voy a hablar sobre las investigaciones científicas, acerca de los efectos de la marihuana en el cerebro.

Las preguntas que se hacen los investigadores son muy claras.

Cuáles son: ¿Hay cambios en la organización de las neuronas? ¿Hay cambios en la conectividad de las neuronas? ¿Qué es lo importante? No es tan importante cuántas neuronas tenemos, sino cómo se conectan esas neuronas.

¿Cuáles son las consecuencias funcionales de los cambios que pudieran ocurrir y cuál es la permanencia y la revertibilidad de los cambios; es decir, si hay cambios, cuánto duran y si son irreversibles?

Esas son las preguntas que se hace la ciencia. Las preguntas son muy claras; hay mucha más dificultad para las respuestas.

Hay estudios en animales, esos muestran algunos efectos, pero son estudios muy controlados; los animales no fuman tabaco, no toman alcohol, no tienen una historia psicológica diferente entre unos animales y otros, no tienen un impulso, una influencia emocional del entorno, es decir, ahí sí se pueden controlar las cosas.

En cambio en el humano, ahí sí hay una multitud de variables que son diferentes entre cada individuo y por eso hay una gran inconsistencia en los resultados.

Aquí podríamos mostrarles 500 investigaciones científicas perfectamente validadas por los pares, por los colegas, por las revistas científicas, en donde dice que hay efectos lesivos, dañinos para el cerebro, y otras 500 en donde dice que no hay esos efectos lesivos.

En todos los casos, prácticamente en todos los casos, el investigador científico, con la ética que le caracteriza, hace notar en los estudios que sus conclusiones no son definitivas, porque hay una serie de elementos que se han llamado elementos confusores, como por ejemplo el consumo de alcohol y de tabaco.

Pero también y de manera muy importante estas variables que son infinitas, tan infinitas como cada individuo, como cada cerebro, que tienen que ver con su historia psicológica, como ya nos mencionaba la

doctora Castro, que tienen que ver con lo que le está pasando emocionalmente en ese momento.

Y es que la marihuana está trabajando, está afectando los mismos circuitos que están relacionados con las emociones y la toma de decisiones en las cuales tienen una gran influencia las situaciones del entorno.

Entonces, a diferencia de los animales, los estudios en humanos se están enfrentando a una variabilidad, a una diversidad enorme de condiciones en cada individuo.

Ahora, rara vez se toman en cuenta –y eso es importante en México– afectaciones atribuibles a deficiencias nutricionales, en los primeros años de vida.

Se han referido mis colegas precedentes a los estudios transversales y los estudios longitudinales. Déjenme usar un par de minutos para explicarles la diferencia en estos estudios.

Los estudios transversales son aquéllos en los que se toma un grupo de individuos en un momento de su vida; claro, se trata de que sean, siempre se comparan los controles con los que se están examinando, en este caso, los consumidores de marihuana.

Se trata de que sean lo más homogéneos posibles, es decir, que tengan aproximadamente la misma edad, aproximadamente la misma escolaridad, aproximadamente el mismo patrón de consumo. Esos factores son más o menos controlables.

También se pueden descontar los efectos del consumo de alcohol y tabaco, en relación con lo que se puede ver con la marihuana, pero ahí en esos estudios transversales no se puede comparar –otra vez vuelvo–, la historia individual, emocional de los efectos que cada persona tiene y que son absolutamente individuales. Eso es muy difícil de controlar y eso lo tienen muy presente los que hacen este tipo de estudios.

Ahora, en efecto, se han observado con cierta consistencia algunos cambios en lo que se llama el volumen de regiones cerebrales que

tienen que ver con la toma de decisiones, con la memoria, y por eso se habla de que la marihuana tiene efectos sobre la memoria, sobre el desempeño cognitivo, sobre la actividad intelectual.

Ahora, lo que es importante, como les decía en un principio, no es tanto el número de neuronas, sino el número de conexiones.

Lo que sucede es que el cerebro tiene una capacidad muy interesante que es la neuro plasticidad.

Qué sucede si algunas conexiones desaparecen por el efecto de la marihuana, por ejemplo; o si incluso algunas neuronas desaparecen por el uso o el abuso de la marihuana

El cerebro tiene mecanismos compensatorios y esto lo hemos visto a través de las técnicas de resonancia magnética funcional, algunas variantes muy interesantes.

El cerebro lo que hace es que compensa el déficit que puede ser causado por la marihuana aumentando la eficiencia de las conexiones, de tal manera que por ejemplo estudios en adultos muestran que, en efecto, hay una disminución en el volumen de ciertas regiones; pero simultáneamente hay un incremento en la eficiencia con la que se conectan estas neuronas.

Resultado: No hay diferencias en el desempeño cognoscitivo.

En los adolescentes es todavía más complicado hacer los estudios, porque el cerebro de los adolescentes no está maduro; a diferencia de lo que pensábamos, la maduración del cerebro termina alrededor de los 20 años y es precisamente en esas zonas de toma de decisiones, de percepción de riesgo, de cuáles pueden ser las consecuencias de una decisión que tome.

Ahí el adolescente tiene un cerebro inmaduro en ese sentido, y aquí estamos todos de acuerdo, es más vulnerable que un cerebro adulto.

Además, todavía es más difícil hacer los estudios en adolescentes, porque ustedes saben que en esa etapa de la vida se vive una

turbulencia emocional que necesariamente impacta en los mismos sitios en los que está actuando la marihuana.

Yo no estoy diciendo si la marihuana tenga o no efectos; lo que estoy diciendo es que es muy difícil establecer una medida objetiva como estamos acostumbrados los científicos, a decir: "Estos son los efectos debidos a la marihuana y estos son los efectos debidos al alcohol, al tabaco y a las diferencias emocionales entre las personas".

Se pensaba que este mecanismo compensatorio del cerebro solo funcionaba en los adultos.

Estudios recientes con resonancia magnética funcional muestran que lo mismo pasa en los adolescentes.

Veán ustedes, hay un incremento en la conectividad, en la eficiencia de la conectividad de los adolescentes con consumo. Otra vez aquí tenemos que distinguir consumo y abuso, pero eso hace que su desempeño cognoscitivo, su desempeño intelectual no se vea alterado.

Hay una preocupación muy grande porque los adolescentes están en el momento de su preparación, de su desarrollo escolar; la preocupación sobre el efecto de la marihuana en el desempeño intelectual es muy grande.

Aquí tienen importancia los estudios longitudinales. Esos estudios longitudinales son los que se hacen sobre las mismas personas a través del tiempo; se mide, por ejemplo el desempeño cognoscitivo, el desempeño intelectual de 500 estudiantes de secundaria y se vuelve a medir un año después, un siguiente año, tres años después, cinco años después, y se compara cómo evolucionó esa capacidad de razonamiento intelectual a través de los años en la misma persona.

Pero ni aún esos estudios longitudinales nos dan el control de las variables, porque en esos cinco años, además de fumar marihuana, al muchacho le pueden haber pasado muchísimas cosas emocionalmente hablando, que pueden afectar precisamente los resultados.

Ese tipo de incertidumbre que tenemos por la naturaleza de los circuitos funcionales en el cerebro que pueden ser afectados por la marihuana, es lo que hace muy difícil llegar a una conclusión de las investigaciones científicas.

Nada más les voy a dar unos ejemplos de las inconsistencias que se pueden ver.

Hubo un estudio muy citado, muy clásico, en Nueva Zelanda, en donde se siguió el desempeño cognitivo, es decir, el IQ y el desempeño intelectual para resolver problemas en mil 37 niños; se las siguió desde los cinco años hasta los 38 años.

Este es un estudio de gran valor, porque está siguiendo el patrón de cambio a través de mucho tiempo y de los 18 a los 38 años, se evalúa el efecto de la marihuana.

Este estudio concluyó que había una disminución en el valor de IQ en los sujetos que eran consumidores adictos a la marihuana; es decir, estamos hablando de un consumo importante, no del usuario que puede usar la marihuana en forma recreativa normalmente. Se concluyó que sí, que había este efecto, esa reducción del IQ.

Recientemente se cuestionan estos resultados de este estudio longitudinal tan importante, diciendo que dado que no se tomaron en cuenta o que no se analizaron en forma adecuada estos elementos confusores, como son el alcohol, el tabaco y la influencia emocional del entorno, se dice que es muy posible que los resultados de este trabajo de Melinda Meyer se hayan sobreestimado y que el verdadero efecto sea cero.

O sea, a ese estudio que fue clásico se le debate y se dice que no tomaron en cuenta la condición socioeconómica.

El grupo de Nueva Zelanda responde diciendo: “Ahora vamos a hacer el estudio, tomando en cuenta la condición socioeconómica, como se nos argumentó”.

Hacen ese estudio y dicen que, en efecto, los resultados de la marihuana persisten cuando se controla el estado socioeconómico,

pero no persisten cuando se toma en cuenta, cuando se considera el uso persistente de alcohol y tabaco.

Veán ustedes cómo hay mucha dificultad por el modelo, por el tipo de influencias que tiene que ver, sobre las cuales ejerce su acción la marihuana.

Veamos uno de los últimos datos que quiero enseñarles. Es un estudio en el Reino Unido, dos mil 235 estudiantes de 15 años, un estudio longitudinal; dos mil 235, son muchos.

Se toma su desempeño cognitivo y un año después se vuelve a tomar su desempeño cognitivo, no nada más el desempeño cognitivo, sino la deserción escolar, el desempeño escolar, y se concluye que el uso modesto, modesto, de la marihuana en los adolescentes, puede tener menor impacto que lo que han dicho los estudios anteriores.

Veán ustedes el estado de inconsistencia, la dificultad de los modelos para hacer una investigación con el rigor científico al que estamos acostumbrados.

El problema verdadero de la marihuana es la adicción y poco conocemos de los mecanismos cerebrales de la adicción. Sabemos que es un mecanismo de memoria, vamos a decir, de memoria patológica en este caso, y no sabemos por qué esa adicción se da más en unos individuos que en otros, más en los adolescentes que en los adultos.

Todos estos mecanismos, todas estas razones no las conocemos; lo que sí podemos concluir –como ya se ha mencionado antes– que en este momento, por el análisis de la literatura científica, no es posible establecer una relación de causalidad.

Es decir, no podemos decir: lo que se ha visto sobre los efectos de la marihuana es debido exclusivamente al uso de la marihuana.

Finalmente, sí debe quedar claro que la adicción es un problema que debe tratarse en los centros de salud y no en las salas del Ministerio Público.

Moderador: Bien. Agradezco a la doctora Herminia Pasantes su contribución.

En la búsqueda de información para este foro, no habíamos encontrado algo parecido, en términos del funcionamiento del cerebro humano que creo que es fascinante siempre tratar de encontrar aquellas ligas que nos hacen ser de una manera u otra.

Muchísimas gracias, doctora, por su contribución.

El siguiente ponente es el doctor Gady Zabicky; tiene usted 15 minutos.

Dr. Gady Zabicky: Gracias. Muy buenas tardes a todos.

Es un gusto para mí estar con ustedes en un grupo importante como este.

Me da gusto que los chavitos de secundaria que estaban presentes se han ido, porque tenemos que tener una plática para adultos también.

Hay que calibrar lo que estamos diciendo cuando los niños están presentes, porque no podemos manejar una versión única, tenemos que respetar su sensibilidad.

Quiero agradecer también a los organizadores del evento que tuvieron a bien llamarme, el pensar que lo que les voy a decir ahora puede ser importante.

Aunque fue un poco apresurado, porque me avisaron hace 72 horas de este evento, tengo bien planeado lo que les quiero decir.

La invitación, debo de decir también, incluso conociendo la postura que mantengo frente a esto, se hizo sin ningún tipo de censura, sin ningún tipo de cortapisas y yo creo que eso es importante, porque le da un carácter democrático y libre a este evento.

No les traigo transparencias de Power Point el día de hoy, en primer lugar porque ya con lo que nos dice la doctora Pasantes y con esta

calidad que hemos tenido de las presentaciones no hay mucho más que redundar.

No es que no tenga, porque en 20 años que llevo haciendo política de drogas y atendiendo pacientes con adicciones he tenido la oportunidad de capacitar médicos, alumnos, enfermeras, custodios en la prisión, policías, usuarios de sustancias y a sus familias, y hay un acervo muy rico, con muchas fotografías y con muchas ilustraciones que los pueden ayudar, pero yo quería hablar cara a cara con ustedes, quería entablar este diálogo.

A mí me llama la atención que estamos básicamente de acuerdo en casi todo lo que hemos dicho; en primer lugar, porque parece ser que mis compañeros también opinan que después de los 20, 21 años ya no hay gran problema con el consumo de la marihuana.

Lo que hemos oído aquí reiteradamente es que la gente sensible son los jóvenes, las personas menores de edad y que después de eso no.

También estamos muy de acuerdo en que no queremos criminalizar. Por cierto, perdón por darles la espalda aquí, pero creo que es donde estoy mejor.

Lo que no podemos aclarar es que si no queremos criminalizar a los sujetos y no vamos a regular sustancias, cómo vamos a criminalizarlos.

Entonces tenemos que ser congruentes: Si no queremos criminalizar a los usuarios, tenemos que modificar nuestras regulaciones.

También quiero pedir perdón a todas las personas que sufren por problemas de la cannabis, que empezaron a fumar desde hace 10 años, porque aparentemente los que estamos en contra de la guerra contra las drogas y lo que se está haciendo ahora, también somos responsables de informar a las personas y de disminuir la percepción de riesgo.

Yo creo que, en todo caso, lo que estamos haciendo es tratar de informar, estamos tratando de informar verazmente.

Finalmente es importante comentar, también con respecto los jóvenes menores de edad, que lo que voy a comentar yo ahora y lo que se ha venido hablando, siempre tiene que verse a través de un parámetro que le llamamos “la línea roja”.

Este es un concepto que idearon en España. Y, fíjense, cuando hablamos de cannabis, nunca estamos hablando de menores de edad, nunca estamos hablando de mujeres embarazadas, nunca estamos hablando de operarios de maquinaria o de anesthesiólogos, o de cirujanos que consumen cannabis ni tampoco de pacientes siquiátricas con problemas delicados, porque sabemos que son poblaciones muy sensibles.

Habiendo dicho esto, lo estamos concentrando en la población adulta.

Hace aproximadamente un mes firmamos una carta abierta; fuimos aproximadamente 50 profesionistas, estudiosos, intelectuales, políticos, diputados, que nos referíamos a la COFEPRIS diciéndoles que este foro es redundante.

Ya hemos hecho presentaciones de este tipo; en algún momento parece casi una técnica dilatoria, como para tratar de estar friendo la píldora una, otra y otra vez.

Quiero decirles que durante la última década, yo he tenido la oportunidad de participar en seis de las 10 Iniciativas de ley que se han propuesto para regular la cannabis; se quedaron en comisiones o en subcomisiones o en el tintero, nunca llegaron al suelo de votación. En ese sentido, todo lo que se ha dicho, ya se ha dicho.

Quiero comentar que por cada estudio en donde hay evidencias de que la marihuana es muy mala en el manejo, hay uno que dice lo contrario; por cada estudio en donde dice que la marihuana es muy mala, porque genera dependencia en 80 por ciento, hay uno que dice lo contrario.

En el primer foro que realizamos en la Cámara de Diputados, el enviado del CONADIC terminó por decir que en la marihuana la evidencia no hace la diferencia.

Entonces, ¿qué estamos haciendo aquí? Preguntaría uno. Nada más dándonos atole con el dedo.

Por esto, aunque yo soy siquiatra y aunque me dedico a la cuestión médica, es ineludible que tarde o temprano, cuando hablamos de este tipo de temas, choquemos con la política de drogas, choquemos con la política pública. Es un área de intersección en donde nos tenemos que involucrar los médicos.

Cuando yo empecé a hacer este trabajo, mis compañeros siquiатras pensaban que estaba yo sicótico; me decían: “Oye, ¿qué te peleas por los marihuanas? Peléate por la pobreza o por la desigualdad”.

Me costó mucho trabajo hacerles ver que este asunto es un problema de libertades, es un problema de derechos humanos, es un problema de elección.

Quiero comentar que, lamentablemente, estamos en una situación de división, hay una dicotomía. Mi querida contraparte de siempre, porque sabemos, nos conocemos, es como un circo de tres pistas esto, debatimos frecuentemente, tenemos que caer en esta parte de dicotomía.

Ahora, esto es algo raro, es algo extraño en la medicina, porque los médicos, los científicos, sabemos ponernos de acuerdo; tenemos el método científico, tenemos medicina basada en evidencias que nos ayudan a dirimir usualmente todas estas diferencias.

¿Qué sucede ahora? ¿Qué sucede con la marihuana? ¿Por qué no podemos ponernos de acuerdo?

Quiero decirles que si nosotros, por ejemplo, hiciéramos un estudio o yo les preguntara aquí quién está de acuerdo o quién está en contra de que la cocaína es una droga muy nociva.

Todo mundo estaría de acuerdo, básicamente no hay divergencia. Pero ¿por qué la sociedad se divide frente a esto?

Principalmente porque no tenemos la evidencias suficientes.

Para pelear contra la marihuana con la saña, la violencia y la inflexibilidad que lo hemos hecho el día de hoy, tendríamos que poder llenar todo este auditorio de evidencia, de papel, y no las tenemos.

En cambio, si yo les presento aquí evidencia del daño que hace el Valium o el tabaco o el Rivotril o el mezcal con gusano, podemos llenar absolutamente de evidencias irrefutables de lo nocivas que son estas sustancias.

En ese sentido, compañeros, la marihuana no es el mensaje, la marihuana es el mensajero.

¿Queremos vivir en una sociedad dogmática, tiránica, dictatorial o en una sociedad positivista, de razón, de libertades?

Esa es la elección. La marihuana es un mensajero, no es el mensaje.

Shopenhauer decía que es imposible convencer a una persona que no quiere ser convencida, que se atrinchera y que dice: “Esta es mi postura, porque yo me envuelvo en la bandera y me aviento con ella, de ser necesario”. Esta es una manera anticientífica de proceder, porque tenemos que ser abiertos.

La mente humana es como un paracaídas y si no se abre, no sirve de nada.

Pareciera como que un poco la prohibición se ha convertido también en una adicción, yo le voy a llamar “los prohibiendependientes”, porque son adictos a la prohibición.

¿Por qué son adictos? Por muchos factores. Uno de ellos, es el dinero.

En Estados Unidos siete por ciento de la población económicamente activa se dedica a luchar contra las drogas.

¿Saben cuánto presupuesto, cuántos millones de dólares hay en eso?

El complejo industrial carcelario; en fin, hay mucho dinero detrás de la guerra contra las drogas.

Por otra parte está la cuestión moral, porque los marihuanos se van a ir al infierno, punto; porque son pecadores, porque se salen de la línea hegemónica, porque están dispuestos a ser diferentes.

Tenemos también el miedo, por supuesto, si hay madres o padres aquí en este auditorio, yo soy padre de una niña de nueve años; claro que nos da miedo que los niños consuman, claro que no queremos problemas, y en ese sentido actuar con miedo es la peor salida que tenemos para resolver un problema de este tipo.

¿Qué es lo que propongo?

Estuve pensando qué era lo que quería comentar con ustedes. Voy a dejar a Dios afuera del asunto, porque uno no se mete con quien pone los discos, pero les voy a hablar de los 12 pasos de alcohólicos anónimos, que yo se los quiero recomendar a los prohibicionistas, por su adicción a la prohibición.

En primer lugar, el paso número uno se llama la derrota, porque la guerra contra las drogas, que no es una guerra contra las drogas, no es una guerra contra la cannabis ni siquiera; la guerra contra las drogas es una guerra contra las personas que usan drogas.

Ya no necesitamos más guerras, de ningún tipo; nos ha costado cientos de miles de muertes a este país; la guerra contra las drogas, contra la cannabis ha criminalizado y ha corrompido a todas las instituciones que funcionan en nuestra Nación. Ya estuvo bueno; no podemos seguir adelante.

En ese sentido, a los que hacen la guerra les pido que depongan las armas. No que se rindan, no que claudiquen, pero que negociemos. Tiene que haber una salida a esto.

Escuchaba yo ayer en el aeropuerto, en CNN en español, mientras desayunaba antes de agarrar el avión; fíjense, si ustedes preguntan afuera de una estación del Metro en la ciudad. ¿Estás de acuerdo con la legalización de la marihuana médica o la legalización de la lúdica?

Ochenta y cinco por ciento en la Ciudad de México dicen que no están de acuerdo en legalizar la lúdica, pero 75 por ciento dicen que sí están a favor de la medicinal.

Ayer estaba el diputado Belaunzarán en la televisión y en una votación en vivo que se hacía en wwvcnn no sé qué, 60 por ciento del teleauditorio opinaba que estaba a favor de la legalización.

Yo les quiero comentar, aparte qué más estudios necesitamos, tenemos la cohorte más grande del mundo, y no hay que ser selectivos en la información que les presentamos. Colorado es una cohorte de consumidores.

¿Qué ha pasado en Colorado?

Hay menos dependientes a la cannabis que antes, han disminuido los accidentes automotores, hay menos delincuencia alrededor de la compra de las sustancias y a parte las arcas del estado se han llenado con ocho mil millones de dólares.

Si nosotros pudiéramos agarrar eso y destinarlo al tratamiento de la gente que realmente lo necesita, de los usuarios que buscan tratamiento otro gallo nos cantaría, y a los que no buscan tratamiento hay que dejarlos en paz, básicamente.

A veces recuerdo un poco al coronel Kadafi, que estaba rodeado por todos y estaban a punto de matarlo, y el cuate seguía diciendo “que no; yo voy a pelear y les voy a ganar”.

El día de hoy les quiero hacer ver que esto ha sobrepasado el debate. Ya no estamos el día de hoy discutiendo si se va o no se va legalizar, la sociedad ha emitido un dictamen.

Aquí nos acompaña Raúl Elizalde, el papá de Grace Elizalde, la niña que recibió CBD para controlar su Síndrome de Lennox-Gastaut, tuve la oportunidad de participar en este proceso, y aquí está la mejor opción para ver realmente cómo este tipo de cosas no son fantasías y cómo no son cosas que se nos ocurren de un momento para el otro.

El cuarto paso de alcohólicos anónimos, que dijimos que vamos a dejar afuera a todos los de Dios es el inventario, el inventario de las cosas que me hicieron a mí.

Yo les pregunto y les invité a ustedes a que reflexionen, que están metidos en el asunto de las políticas de drogas, ¿de dónde me enteré de los conceptos que tengo? ¿Por qué adopto esta postura? ¿Por qué estoy anti o pro la legalización?

¿Qué tanto esta postura que estoy adoptando se da porque quiero conservar mi trabajo?

Finalmente si yo trabajo para una institución pública y digo cosas que no debo me pueden costar la chamba.

Hay muchos motivos por los cuales las personas pueden estar sesgando sus observaciones.

El paso número cinco es admitir nuestros defectos. Yo les quiero decir: Cómo le van hacer todas las personas que llevan años diciéndole a las mamás que toda la vida destruida que tienen los hijos y que los enchanclamos y los metimos en un anexo de alcohólicos anónimos donde fueron vejados, violados y privados ilegalmente de su libertad por fumar marihuana, ¿cómo les hacemos a esas familias saber que siempre no?

El día de hoy una postura de apertura por parte del CONADIC y de otras instituciones es diciendo: “Bueno, a lo mejor la marihuana tiene unos usos legales”.

Que por cierto, debo decir, el nombre de este congreso está pésimamente diseñado, porque si yo digo: El Foro Nacional de la Marihuana, ¿de los marihuanos? ya suena diferente, ¿no?

La planta se llama cannabis jóvenes y debería ser el Foro por la Legalización de la Cannabis Activa, que ha sido una planta sagrada y utilizada médicamente, a través de siete mil años.

Pregunta: (Inaudible; habló fuera de micrófono)

Dr. Gady Zabicky: Bueno, también aquí hay un espontáneo que nos apoya.

Les quiero preguntar cómo le vamos hacer para decirle a todas estas personas que mientras ustedes y yo estamos en un hotel tan bonito en esta paradisiaca playa, los miles de mexicanos que están en la cárcel por haber sido sorprendidos con seis gramos de marihuana, por un crimen donde no hay víctimas, donde no hay violencia, donde no hay terceros afectados, donde el único crimen que cometieron estas personas es utilizar el embriagante que ellos escogieron y no el que el gobierno les dice que pueden consumir. Esa es la única falta que han cometido.

El paso ocho y el nueve, ya para terminar, son la reparación del daño. Yo creo que de alguna manera tiene que haber alguna reparación del daño, de alguna manera tenemos que poder resarcir muchos de los desastres que hemos generado con la prohibición de la marihuana, porque si bien es cierto que la marihuana no es inocua y sí genera algunos daños a la salud, ninguno es comparable con ser involucrado en el sistema ministerial y entrar a la cárcel por fumar marihuana; ninguno se parece a ése, porque esos chavos son violados, son vejados, se quedan sin vida por un crimen absurdo.

Moderador: Doctor Sabiky, le ruego concluir; se le terminó el tiempo.

Dr. Gady Zabicky: Gracias.

El mensaje que tenemos que decir como el paso 12, porque el paso 12 es difundir este mensaje, tenemos que decirles que aunque aquí presentan 2.4, hay un montón de estudios que dicen que .7 de las personas que prueban marihuana se vuelven dependientes, que tenemos que dividir los mercados.

Nadie ha hablado nunca de que los jóvenes consuman marihuana; estamos hablando de adultos, igual que como lo hacemos con el alcohol.

Si dividimos las poblaciones podemos enfocarnos en prevenir el consumo de drogas en los jóvenes y adolescentes, y dejar a los adultos en paz, que ejerzan su propia libertad.

Moderador: Doctor, le agradezco mucho su presentación, pero ya concluyó el tiempo.

Dr. Gady Zabicky: Gracias.

Presentador: Muchas gracias por tan interesante punto de vista.

También quisiera recordarle a la audiencia que en las reglas está que no se puede intervenir por parte del público alguna ponencia; entonces les ruego, por favor, considerarla y hacerla válida.

Muchas gracias.

La última intervención para finalizar esta primera ronda es de la doctora María Cristina Montejo. Tiene usted la palabra.

Mtra. María Cristina Montejo: Sí, maestra, sólo maestra.

Moderador: Maestra, discúlpeme.

Mtra. María Cristina Montejo: Bueno, me la pusieron complicada porque estoy hasta el final y después de muchas de estas intervenciones.

Yo lo que voy hacer es más bien confirmar muchos de los hallazgos que nos comparten en distintos estudios, hablando de un estudio de caso muy local, que son las y los jóvenes de la universidad en donde yo trabajo, que es la Universidad Intercultural Maya, de Quintana Roo.

Seguramente muchos de ustedes no han escuchado hablar de las universidades interculturales; somos universidades públicas, 12 en el país y estamos ubicadas en zonas de alta marginación, de alta presencia de población indígena.

Nosotros lo que hicimos, el equipo pros y algunos están acompañándome aquí, es realizar una consulta a los estudiantes sobre la legalización de la marihuana, desde sus puntos de vista y desde sus experiencias.

El Programa de Salud Integral Universitaria que yo coordino y que es realidad gracias a estos chicos y chicas, es un programa encaminado a prevención de distintas problemáticas que tienen los jóvenes en cuestiones de violencia, adicciones, en cuestiones de pérdida de entidad y muchas otras problemáticas que enfrentan cotidianamente.

Les cuento un poco de dónde estamos. Ahora uno de mis estudiantes me decía que nadie sabía dónde está José María Morelos, es uno de los municipios de aquí de Quintana Roo y de acuerdo al índice de desarrollo humano ocupa los tres últimos lugares en cuestiones de salud, en cuestiones de educación y en cuestiones de ingreso.

También otro elemento interesante a recalcar es que tiene el primer lugar en compañía con Felipe Carrillo Puerto en proporción de jóvenes, y tiene en el municipio una Unidad Médica de Atención y Prevención de Adicciones.

En la Intercultural Maya de Quintana Roo tenemos ocho programas educativos y en el 2014 inicia el ciclo con distintas actividades, y una de ellas fue un diagnóstico que hicimos de la salud universal.

Los objetivos de la consulta, primero que nada era conocer las posturas de estos chicos y chicas sobre la legalización tanto medicinal como recreativa; identificar percepciones de acuerdo a los efectos, peligrosidad y acceso a servicios ante el consumo de esta sustancia, y determinar la prevalencia del consumo exploratorio regular.

En un estudio descriptivo-cuantitativo nosotros tenemos 665 estudiantes, un muestreo al 99 por ciento del nivel de confianza y demás.

Aplicamos 333 encuestas, 51.4 por ciento fueron varones, 49.6 por ciento mujeres; la media era de 20.9 años; 99.3 por ciento de nuestros estudiantes se consideran mayas y ese es un dato muy importante, ya lo comentaban respecto a cuestión del contexto y dos de cada cinco de nuestros estudiantes hablan la lengua maya, lo que además es un indicador de una fortaleza identitaria que pese a la violencia, sobre todo del estado en cuestiones de identidad, ha permanecido.

Encontramos que el 56.1 por ciento de nuestros estudiantes ubican al menos una aplicación médica de la marihuana, sobre todo en cuestiones reumáticas, artríticas y que tienen que ver con dolor, y el 81 por ciento de nuestros estudiantes considera que debe legalizarse en cuestiones médicas; 65 por ciento de los varones y 83 por ciento de las mujeres.

El 28 por ciento de nuestros estudiantes estaría de acuerdo con la legalización de la marihuana para uso recreativo.

Aquí hay una diferencia también, en donde 33 por ciento de los varones, es decir, uno de cada tres, y 23 por ciento de las mujeres está de acuerdo con esta afirmación.

Algo importante es que el 65 por ciento considera que no existe un consumo saludable de la marihuana; sin embargo, está de acuerdo con esta legalización, porque considera que estaría apoyando cuestiones de la individualidad, de poder decidir respecto a con lo que se va a enviciar uno, y la segunda es que va ayudar a la seguridad en la que están.

Hicimos una comparación respecto a la percepción de peligrosidad y potencial adictivo.

Utilizamos varias sustancias, pero voy a poner aquí una de las que no estaríamos analizando, y una de ellas fue con la Coca-Cola.

Nuestros estudiantes consideran que la marihuana tiene... La pregunta fue de cero al 10, ¿qué tan peligrosa consideras a la siguiente sustancia?

Como pueden observar, no hay diferencias entre la marihuana y la Coca-Cola, que por cierto tuvimos muchas aquí afuera.

También el potencial adictivo es muy similar. De hecho, le tuve que poner esos dos decimales porque si no, no se percibía diferencia alguna.

De cero al 10, la facilidad percibida para obtener marihuana es de siete. Estamos hablando que sin la legalización mis estudiantes

consideran que es extremadamente fácil o muy fácil conseguir marihuana. Entonces es algo a lo que no podemos negarnos.

Muchos de los papás de mis estudiantes o personas en la comunidad en donde estamos, son productores de marihuana en pequeñas escalas.

De repente hemos escuchado: “Fulanito de tal tiene 12 matitas; el comisario ejidal de aquí tiene otras 20 matas”, y van teniendo este acceso muy sencillo a la marihuana.

Para prevenir adicciones solamente el 12.6 por ciento ubica a la UNEME CAPA.

Entonces me parece que hay una brecha muy importante respecto a la accesibilidad de la marihuana, en comparación con la accesibilidad de servicios de prevención y de rehabilitación.

El 22.5 por ciento no tiene ni idea de a dónde y para rehabilitación el 31 por ciento ubica a alcohólicos anónimos, que no es un servicio especializado en cuestiones de adicciones, salvo para la cuestión del alcohol, y el 13 por ciento a la UNEME CAPA; o sea, es un mínimo, uno de cada 10 apenas.

El 25.8 por ciento, poco más de uno de cada cuatro ha probado marihuana y el promedio de edad fue de 17.3 años, es decir, así terminando la preparatoria, y uno de cada cuatro lo hizo a los 15 años o menos, y el mínimo de consumo –como ya comentaban– es de 10 años.

El 36.4 por ciento de los varones y 14.3 por ciento de las mujeres, reportan tener un consumo regular.

De las personas que han probado marihuana, 36.4 por ciento de los varones han probado alguna vez en su vida y 14.3 por ciento de las mujeres lo han hecho alguna vez en su vida; el 3.6 por ciento de los estudiantes tiene un consumo regular.

Dejamos que ellos definieran cuál es su consumo regular. Quizá es como una observación al estudio.

De estas 12 personas que establecen un consumo regular de la marihuana, el 83 por ciento son varones y el 17 por ciento son mujeres, y el 91.6 por ciento califican su consumo como normal.

Les pusimos definiciones muy sencillas, o sea, también debe tener muchos baches metodológicos; pero en palabras muy sencillas, para que ellos pudieran ir determinando qué es un consumo normal, bajo sus propios criterios, un consumo abusivo y un consumo adictivo que implica una dependencia, que sin importar necesariamente la cantidad que consumen, que creo que es otra cosa que no se ha mencionado.

La adicción no necesariamente habla de una cantidad exorbitante, para generar esta dependencia y, al revés, el abuso no necesariamente está asociado con la adicción.

En conclusiones, la mayoría de los estudiantes percibe como benéfica a la marihuana en un entorno medicinal; peligrosa para uso recreativo.

La legalización es una vía para la seguridad y derecho a decidir.

Hay una importante influencia del género en posturas, percepciones y consumo, y es muy importante también ir diferenciando no solamente el hombres-mujeres, sino también cómo se construyen y cómo se generan las identidades y las presiones sociales en hombres y mujeres.

Uno de los datos –parece que no lo puse aquí, en las diapositivas– era que las mujeres, la media, el promedio de edad cuando probaron por primera vez marihuana era de 18.7 años y en el caso de los varones era de 16.6 años.

Es decir, los varones tienen este primer contacto con la marihuana –al menos en mi contexto– en la preparatoria y las mujeres, ya sí son problema nuestro, llegan a la universidad a consumir por primera vez marihuana.

También es importante decir que hay una enorme brecha entre el acceso a los servicios de salud, en comparación con el acceso a la marihuana. O sea, si a la marihuana es tan fácil el acceso, incluso

personas que no consumen ya saben dónde está o dónde la pueden conseguir, de repente esta cuestión de la legalización queda muy vacía.

Es necesario identificar factores productores del consumo regular. Me llamó mucho la atención que una de cada cuatro personas la ha probado; sin embargo, sólo 3.6, muchísimas menos, ha tenido un consumo regular que al menos ellos califican ahora como normal, es decir que no les ha generadora problemas con otras personas o a sí mismos.

Cuando empezamos a discutir sobre la cuestión de la marihuana en la universidad, que de hecho teníamos planeado el 20 de abril, el Día de la Marihuana, hacer nuestro foro y nos avisan, planteamos esta consulta como una forma muy rápida de venir a compartir datos reales y que hablen de un contexto muy particular.

Pero además creo que algo que abona a esto que nosotros hicimos, es poder plantear algo desde la mirada de las personas que a lo mejor ya no están; ya comentaba Gady, que ya se fueron las chavitas y chavitos de secundaria. Sin embargo, son ellos los que están teniendo la bronca.

Entonces es muy importante acercarnos para saber para ellos qué significa, a ellos qué es lo que está enganchando y también creo que una cuestión muy importante es identificar estos factores de riesgo. Ya comentaba un poco la doctora, hay muchísimo más de qué hablar en este sentido.

Me hace mucho sentido la relación con la violencia, que es una constante en nuestro contexto, en donde estamos.

Pero también un elemento muy importante son otras cuestiones como la postura –que ya comentaba un poco Gady– respecto a estas sustancias.

Si la Coca-Cola se percibe igual de peligrosa y si vemos los datos de mortabilidad y morbilidad, vemos que en realidad no están exagerando.

En cuestiones de diabetes, por ejemplo, en México no estarían exagerando mis estudiantes al pensar que es igual de peligrosa la Coca-Cola que la marihuana.

También el potencial adictivo de miles de casos que podríamos hablar, de personas que caminan kilómetros con tal de conseguir una Coca-Cola fresca en esta zona, que a lo mejor...

(Falla de audio de origen)...

...que obvian una comida porque no tienen recursos, por ejemplo, para sustentar las tres comidas, o que uno de cada tres estudiantes ha pasado en los últimos seis meses 24 horas sin comer, porque no tiene recursos.

Entonces esperar, por ejemplo, la misma respuesta de estudiantes urbanos a estudiantes rurales y de estos estudiantes rurales estas condiciones, me parece que es muy iluso y que eso también explica que a lo mejor no estemos avanzando lo suficiente en cuestiones de prevención.

O sea, hay muchos otros factores de riesgo sí; perfectamente puedo entender, no justificar, que alguno de mis estudiantes no logren manejar, por ejemplo, los niveles de estrés, porque son la primera generación en su comunidad o en su familia que estudia, que accesa a nivel de educación superior, la cuestión de la comida o si los van a sacar de la casa en renta esté haciendo que tenga niveles de estrés que implique buscar algo como la marihuana, para poderlo compensar.

Yo creo que tenemos en esta cuestión de prevención y atención que mirar mucho este contexto, presentar soluciones; bueno, no soluciones, presentar iniciativas que estén considerando esto, porque si no vamos a estar dando círculos solamente y hablando de un mismo tema.

Si no abordamos este tema desde las problemáticas que se tienen, comunitarias, individuales y demás, y no culpando individualmente o no responsabilizando individualmente a las personas, vamos a seguir igual.

No me gusta la idea de que mis estudiantes fumen marihuana; no me gusta, pero no lo voy a negar, si es algo que ocurre.

Moderador: Muy bien. Muchas gracias.

Pasaremos a la lectura de las preguntas que el público ha enviado.

Le pediría al ingeniero González, nos hiciera la relatoría.

Ing. González: Sí.

Tenemos algunas preguntas que nos han enviado, que voy a dar lectura.

Para Antonio Mazitelli. Su presentación está bien hecha; sin embargo, fueron estudios de Estados Unidos y, por lo que yo entendí, la queremos legalizar o no hacerlo en México.

Sus estudios fueron investigados en el 2012. En el 2014, el Centro de Investigaciones Médicas hizo un experimento en el cual se puso a la marihuana, el alcohol, el tabaco y otras drogas a probar, y se demostró que la marihuana es la menos dañina.

Moderador: Tres minutos, por favor.

Sr. Antonio Masitelli: La respuesta es muy simple. Los estudios son de Estados Unidos, porque en Estados Unidos recientemente algunos estado han legalizado la deroga, primero.

Entonces muchos de los resultados es el cambio de régimen, lo que implica de un cambio de régimen a otro.

Segundo. En los estudios de Estados Unidos generalmente antes se estaba hablando de la tipología de la Encuesta Epidemiológica; en Estados Unidos se hace todos los años y tiene una metodología, una muestra extremadamente amplia, estamos hablando de 70 mil cuestionarios y es suficientemente amplia para mostrar una tendencia; tendencia claramente que está relacionada al mercado de Estados Unidos.

Estos son los resultados: La marihuana es más adictiva, cuando estamos hablando de consumidores habituales al alcohol, la marihuana genera, ha generado más intervenciones de emergencia en los hospitales que el alcohol, y la marihuana tiene más impacto desde el punto de vista de los problemas generados en los consumidores habituales que el alcohol.

Eso es todo.

Es cierto, ojalá hubiera estudios similares también en México.

Moderador: Sí, a Luciana Ramos. Usted dice que en sus investigaciones en campo, cuando invitan a consumidores de marihuana a que acudan a tratamientos, no van porque tienen miedo a ser criminalizados.

¿Por qué deberían ir a tratamiento?

Dra. Luciana Ramos Lira: Ese es un gran tema. Por lo general a los chavos, en la experiencia que hemos tenido, los llevan su familia; si son menores de edad los llevan a un anexo, donde la familia hace lo que cree que es lo más correcto y que a veces desafortunadamente sí puede ser un espacio bastante negativo y ese es un gran tema.

Lo interesante es precisamente, inclusive en la percepción de alcohol y drogas, y este fue un trabajo que hemos hecho en la Delegación Iztapalapa desde hace muchos años.

El alcohol, aunque haya un consumo excesivo, no se ve como un problema.

La mayoría de la gente cuando va pedir a veces ayuda en materia de alcohol, sí quizá la reconocen, pero la comunidad no la reconoce.

Es muy interesante que la gente joven que consume, que no necesariamente percibe que tiene un problema, sí lo percibe, por ejemplo, el papá o la mamá, que dice: "Tiene un churro", y entonces lo lleva a un anexo.

Creo que aquí, efectivamente, hay un tema de discordancia: Uno, que hay una sobreaceptación del consumo de alcohol, porque es algo lúdico, divertido, bautizos, funerales, bla, bla, bla, lo dice alguien como yo, que a mí me gusta mucho tomar y que sí considero que el alcohol hace muchísimo daño.

En el consumo de droga hay también un gran problema: Todas las drogas se ven iguales, que eso es lo que vimos en el trabajo de campo con Carlos Zamudio; todas las drogas se ven iguales, inhalables, cocaína, cuando tenemos un grave problema, por ejemplo, de inhalables y todos los usuarios se ven iguales: El que consume, el que abusa, el que tiene adicción.

Hay ahí algo que sí podríamos estar de acuerdo y pensar cómo entrar en estas dimensiones.

Sí creo que los chavos la mayoría de las veces no quieren ir, porque algunos efectivamente en ese momento no están teniendo un problema y quizá dejen de consumir.

Creo que sí tendríamos que ir pensando desde estas perspectivas.

Esto sería lo que yo podría decir de mi experiencia.

Si son mujeres peor; las chavas no están en los espacios públicos, las chavas están mucho más estigmatizadas y todavía es mucho más complicado que ellas tengan un espacio, porque además hay lugares que también hemos hecho entrevistas, donde las internan y donde les va peor por ser mujeres, hay inclusive acoso sexual.

Creo que por ahí tenemos que abordar más estas comunidades. Además, como tú señalas, estas no son comunidades rurales, pero son comunidades marginadas donde no hay un acceso económico para pagarte algo.

Es interesante, porque es cierto, está un CIJ cerca pero no van tan fácilmente. Hay un tema ahí de una gran distancia que tendríamos que pensar cómo abordar.

No está hecha para los chavos; los chavos dicen: "Es que no".

Entonces no sé las estrategias que tendrían que pensarse para cuando ellos perciben que tienen un problema.

Por ahí va un poco el comentario.

Moderador: Al doctor Gady.

Al parecer el doctor Gady no hace una distinción entre usar marihuana fumada de manera medicinal o utilizar medicamentos con componentes activos de la marihuana.

¿Existe una distinción científica entre estos dos productos?

Dr. Gady Zabicky: Interesantísima pregunta.

Esta es una situación que todavía no está bien resuelta. Por una parte es totalmente cierto que las personas que están hoy día en programas de marihuana médica reciben sustancias paraenterales, normalmente la están tomando en gotitas, en aceite.

Pero la pregunta real es: ¿Qué va suceder en el momento en que obtengamos plantas que tengan la misma proporción uno a uno THCCBD y que en vez de ser fumadas sean vaporizadas?

Porque ciertamente alguien que está fumando marihuana tiene muchos daños, asociados a los problemas pulmonares como el epoc, etcétera, incluso algunos tipos de cáncer; pero una vez que las personas dejan de fumar la planta, porque hay un aparato que se llama vaporizador que calienta la planta a 74 grados centígrados, evita que se prenda la hierba, se vaporizan los aceites que se contienen en esta planta y se administra de manera fumada.

Parece un aparato médico aparte. Esto evita cierta histeria en los hospitales también de que “la gente está fumando marihuana”. La persona se está muriendo de cáncer y las enfermeras se escandalizan porque el chavo se quiere salir a fumar un “churro”.

Yo creo que en algún momento sí vamos a poder obtener algunas plantas que contengan una composición muy similar a los derivados

sintéticos, y en ese sentido va haber gente que diga: “A mí me caen mal los de Lili, los de Fayser y los de Bayer”.

Y en vez de darles a estas industrias transnacionales, que son la quinta industria más prolífica y con más utilidades del mundo, yo quiero cultivar en mi casa mi medicina.

Les quiero decir que yo atendiendo a un paciente el día de hoy que tiene esclerosis múltiple, fuma marihuana y no sabe de dónde sacarla, y saben qué me dice, que él se ha vuelto experto en cultivarla, la cultiva él mismo, pide las semillas de Holanda.

La verdad es que es un conmovedor, porque el chavo me dice: “Esta medicina –porque no le dice marihuana, es su medicina– no sólo me quita la espasticidad, no sólo me ayuda a tener un mejor estilo de vida, una mejor calidad de vida, sino que yo la siembro cada tres meses y estos tres meses que yo espero a cultivar mi marihuana, me dan vida para verla crecer, es un aliciente; es un gusto para mí saber que mi medicina la puedo sacar de la tierra sin tenerle que pagar al que dice que son lo mismo, pero más barato”.

Y, bueno, por qué no podría una persona autoproducir o autocultivar.

Yo creo que no hay ninguna iniciativa que solucione los problemas que tenemos, que no contemple de cierta manera el autocultivo.

Incluso subiendo de cinco a seis gramos, acuérdense que el policía siempre trae un gramo más; entonces, si traen cinco, a la delegación van a llegar con seis.

Moderador: Al doctor Mauricio Hernández. ¿Está usted de acuerdo que la disponibilidad de medicamentos se realice a través de la votación en las Cámaras legislativas?

Dr. Maujicio Hernández: Es una pregunta muy difícil.

Eventualmente se tendrá que hacer, porque el Poder Legislativo es quien dictará la política pública como tal.

Ciertamente preocupa que así sea, pero yo confío que estos diálogos y los otros que hay en las Cámaras de Senadores y Diputados, alimentarán para que se tome la mejor decisión posible para todos los mexicanos actuales y los que vienen en el futuro.

Desde luego, el modelo americano es una aberración y verdaderamente no habría que verlo.

Posiblemente sería bueno ver el modelo canadiense, explorar el modelo de Uruguay.

Pero, yo insisto, no hay prisa en este país; o sea, no es una urgencia y podemos tomarnos tiempo, para seguir debatiendo.

No es atole con el dedo, es una decisión muy seria, y encontrando la mejor opción para todos los mexicanos.

Moderador: Al doctor Gady. ¿Cómo se llegó a la cantidad de cinco gramos legales? ¿Dónde hay estudios que cinco gramos hacen daño o no?

Dr. Gady Zabicky: Este dato de los cinco gramos no tiene ninguna implicación, no emana de una situación médica ni fisiológica, es un asunto totalmente legal.

De hecho esta Ley que pasó hace unos cinco o seis años, es una Ley muy tramposa, porque aparentemente los chavos se fueron con la idea de que “ya tengo derecho a consumir cinco gramos y si me agarra la policía no me puede remitir”, pero no hay nada más lejano de la verdad.

En realidad lo que esta Ley hace es decir: “Aquel que tenga más de cinco gramos es narcomenudista”. Entonces de facto estamos criminalizando más a los usuarios.

Esta tabla mínima de dosis máximas, que es como le decimos en CUPIT, un poco siguiendo el tono de cómo se hacen muchas cosas alrededor de estas legislaciones, fue elaborada totalmente al vapor, tiene muchas cosas muy malhechas.

Por ejemplo, ahí dice que la dosis permitida de ácido licérgico es de menos de .25, cuando es la dosis efectiva, y aparte pone en muchos predicamentos al policía; porque el policía tiene que dictaminar si el polvo blanco del cual tiene más de un gramo es cocaína, heroína, cristal, Met, talco para bebé o Antrax. Entonces hay un problema real.

Los cinco gramos son una manera de distinguir al usuario que trae su consumo personal, del que tiene una intención de vender o de redistribuir.

Moderador: Para Carmen Fernández.

Si se atendieran los factores que ponen en riesgo el consumo de la marihuana, ¿cree que el consumo sería el mismo? ¿Qué relación tendría esto con que sí fuera o no legal?

Mtra. Carmen Fernández Cáceres: Yo vuelvo a reiterar que tenemos que tener el ojo puesto en las coincidencias, más que en las divergencias.

Estamos de acuerdo en no criminalizar; los cinco gramos pretendieron en su momento, para su uso personal, definir dos cigarrillos de marihuana, porque más o menos dura tres, cuatro horas el efecto y entonces que no hubiera más.

Otra cosa en la que estamos muy de acuerdo es que tenemos que tener más accesibilidad al tratamiento.

En la parte preventiva también estamos de acuerdo en que tiene que haber diferencias regionales, estatales, de comunidades para realizar prevención.

Si hacemos una prevención más efectiva, sobre todo con niños, jóvenes y la gente involucrada en su desarrollo, padres de familia y maestros; más efectiva me refiero a mayor penetración, con mayores recursos, igual en medios de comunicación que llegue realmente el mensaje respecto a los daños a la salud, seguramente no veríamos tanto aumento de consumo, porque los jóvenes, los niños tienen la percepción de que si no me hace daño lo consumo y por eso están sustituyendo tabaco por marihuana.

Entonces uno de los objetivos primeros en prevención es precisamente tener esa información de que sí puede tener consecuencias para su salud, para que no la consuman.

En el estatus legal o no legal tenemos otra coincidencia: Que se debería de regular también el uso medicinal; si tiene alguna utilidad, por supuesto.

En el caso de cuidados paliativos, lo que ven, verdaderamente alguien que ya tiene el dolor de la muerte, creo que nadie se opone a que consuma lo que sea.

Sí estamos en la puerta de una regulación donde se requiere más investigación para uso medicinal.

Ciertamente, fumada está muy cuestionada; se tendría que valorar también.

Hay consecuencias de abrir estas tiendas en donde se reparten recetas de la marihuana fumada, donde no se puede controlar ni la dosis; hay que regularla, en todo caso.

En California solamente el tres por ciento de la gente que está yendo a estos expendios de marihuana medicinal realmente tiene algún tipo de enfermedad.

Pareciera que toda California enfermó de esclerosis, ¿verdad?

Moderador: Para el doctor Gady. Uno de los puntos principales de su ponencia fue el problema que supone criminalizar la posesión de la planta.

¿Está de acuerdo que este tema en específico podría solucionarse, aumentando el gramaje de posesión y/o cambiando la sanción por una que incluya tratamiento y servicios de la comunidad, así como se hace en Portugal?

Dr. Gady Zabicky: Sí. De hecho la Ley contempla esto: En una persona que es digamos primodelincuente en ese sentido, que es

sorprendido por primera vez, sí se le puede detener y se le puede llevar a la delegación, al Ministerio Público.

De ahí se le va referir a tratamiento y esto va suceder durante tres veces. La cuarta ocasión la Ley dice que hay que enviar a esta persona a que se le ejerza la acción penal en ese sentido.

¿Cuál es la otra parte de la pregunta?, perdón.

Ah, los seis gramos. Sí, lo que hemos analizado, desde el colectivo al que yo pertenezco, en algún momento entablamos un diálogo con el CONADIC, con el doctor Mondragón, y lo que nosotros le decíamos es que elevar el gramaje a los únicos que va a beneficiar es a los narcomenudistas, a los distribuidores.

Yo sí soy de la idea que el autocultivo es la manera de resolver el problema, quizá de manera como se hace en el país vasco, que han desarrollado estos Clubes Cannávicos, en donde hay un grupo de personas que son adultos, que pagan los impuestos que deben, que cuidan a sus hijos, que van al trabajo todos los días y que se han juntado para en las azoteas de sus casas cultivar unas cuantas plantas, que no pueden ser vendidas, sino que son para el consumo de los mismos integrantes de este Club Cannávicos.

Intervención español: Puedo decir algo. Sobran los Clubes Cannávicos seguramente o los Clubes son una experiencia que se está evaluando, que se está considerando a nivel mundial.

Hay que decir también que en octubre o noviembre la Corte Suprema de España tomó acción para cerrar lo que es el “boom” de los Clubes Cannabis, que en muchos casos se han vuelto tiendas de venta, clubes con 800 mil miembros, es suficiente tocar la puerta, firmar un formulario e inmediatamente uno se volvía miembro del club.

España misma a nivel de la Corte Suprema está reconociendo el problema de que los clubes se vuelvan nada más que centros de distribución legal.

Entonces hay que valorarlo de mejor manera.

Moderador: Rapidísima, estos clubes liberaban más de 60 toneladas al mercado informal e ilegal.

Pero esto realmente ilustra la complejidad que es de pasar, bueno, ¿cómo le hacemos? Es extraordinariamente difícil.

Por eso digo, hay que ir estudiando y no tomar decisiones apresuradas.

A España estas decisiones le están costando muchísimo en salud.

El problema es muy complejo, va más allá de si estamos a favor o si somos prohibicionis-adictos, una cosa así, un trabalenguas.

Moderador: Por último, para el doctor Antonio Masitelli.

¿Existen en México las condiciones para la legalización de la marihuana con fines lúdicos y médicos?

Su conclusión, por favor, en torno al tema.

Sr. Antonio Masitelli: Seguramente por fines medicales, a través de productos farmacéuticos sí, sin ninguna duda.

COFEPRIS ya ha tomado acciones para que los productos reconocidos a base de ingredientes activos de la marihuana, puedan ser de distribución aquí, en México, también.

Además para importar esos productos –ayer escuchaba– no se necesita tampoco ningún cambio legislativo; es suficiente una prescripción médica y quien necesita el medicamento lo puede importar.

No soy un especialista, pero eso es lo que escuchaba ayer.

En lo que está relacionado al consumo recreativo o lúdico, yo haría una contrapregunta.

Hay una legislación relacionada al consumo de alcohol y al consumo del tabaco, que pone una serie de limitaciones; limitaciones con respecto al acceso, limitaciones con respecto a la venta.

¿Qué pasa en la realidad?

Las municipales, porque en este caso se trata de controles territoriales y municipales, son capaces de hacer de manera, por ejemplo, que después de media noche no se vendan más bebidas alcohólicas.

Las municipalidades son capaces de hacer de manera que en el radio de 200 metros de una escuela no haya ningún lugar que venda alcohol ni tabaco.

Esa es la pregunta que yo les hago a ustedes. Ustedes mexicanos y yo soy de afuera; ustedes tendrán una respuesta más acertada.

Moderador: Gracias.

Intervención: Gracias por la palabra.

Precisamente este punto es el que me faltó decir en mi exposición y sí quiero comentar con todos ustedes que este es un tema muy reiterativo.

Les quiero comentar desde el fondo de mi corazón, que yo creo que los mexicanos estamos listos para cualquier cosa.

Estoy harto de que nos digan que México no está listo para la legalización.

México no es Holanda, me dicen.

Yo creo que los mexicanos estamos a la altura de las circunstancias.

Los que no lo han estado han sido nuestros gobernantes.

Moderador: Muy bien.

Muchas gracias.

Hemos agotado ya las preguntas.

Finalmente, en términos de lo planeado también la agenda.

Quisiera agradecer, especialmente en este momento, a las ponentes y a los ponentes que estuvieron participando en este ejercicio, que sin duda creo que le tenemos que dar un gran valor en términos de poder escucharnos.

Si es nuevamente, nuevamente tendremos que escucharnos y profundizar y tener ideas.

Finalmente el acercamiento de la ciencia con la verdad cambia conforme avanzan también las tecnologías y todo, y vamos descubriendo nuevas cosas.

Así que será un material y un insumo importante para toma de decisiones al final, en la última sesión, y finalmente a las autoridades, quienes podrán argumentar y tener elementos para la generación de política pública propia, que los mexicanos queremos.

Muchísimas gracias al público que se quedó aquí hasta el final, que nos preguntó.

Intervención: Yo quería participar; pedí la palabra y no me la han dado.

Moderador: Lo que pasa es que no está en el proceso.

Se lanzó una convocatoria para hacer ponencias y no se estuvo en ella.

Intervención: El Secretario de Gobernación dijo que iba a ser incluyente; me excluyeron.

Moderador: Sí, así es, pero bajo un reglamento donde hubo una convocatoria, se dio tiempo y plazos y por eso están los ponentes acá.

Disculpe, por negársela en este momento.

Concluiríamos agradeciendo a todos los presentes su participación, en términos de poder informarnos todos y de presentar diferentes posiciones a este muy importante tema, que en este momento toma una vertiente importante en nuestro país.

Muchísimas gracias.

Buenas tardes.

---o0o---