

## EL CONSUMO DE CANNABIS Y EL DEPORTE

### THE CANNABIS CONSUMPTION AND THE SPORT

#### EDITORIAL

Dr. Franchek  
Drobnic

CAR - FC Barcelona

El cannabis es una droga ilegal en la mayoría de los países y recientemente ha salido a la luz pública y en los medios de comunicación por su posible potencial terapéutico y los esfuerzos para intentar legalizarlo. A nivel deportivo se considera dopaje positivo cuando la concentración en orina de los metabolitos del delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) es superior a 15 ng/ml. Sin embargo, no todas las federaciones prohíben su uso, por lo que no siempre es susceptible de sanción. Esta situación origina duda en los deportistas y en los que vivimos cercanos a ellos, ante la posición de los responsables del deporte, garantes todos nosotros de la competición limpia y de la salud del deportista y por extensión de la sociedad.

El uso de cannabis, fumado en forma de marihuana o hachís, se considera la tercera droga más consumida después del alcohol y el tabaco en el grupo de edad de 14 a 18 años en España. Este consumo ha aumentado más de un 15% en este grupo poblacional en estos últimos 8 años. En lo que nos afecta, en el deporte, desde que en 1989 los derivados del cannabis fueron incluidos por el Comité Internacional Olímpico en la lista de sustancias consideradas dopaje, su presencia parece ir en aumento año tras año, aunque si lo evaluamos de forma proporcional, esta incidencia es algo estable: 0,25, 0,26 y 0,24% en los controles realizados en 1999, 2000 y 2001. Se hicieron algo más de 115.000 controles cada uno de esos años\*. En cualquier caso, y por suerte, su presencia es muy inferior a la observada en las encuestas de la población no deportiva. La utilización del cannabis provoca un cierto estado de relax y este, junto al cambio en el estado de ánimo, son los principales motivos de consumo. Pero los efectos negativos no son nimios. A corto plazo provoca alteraciones de la coordinación, pérdida de la concentración, aumento de la frecuencia cardíaca, aumento del apetito, sequedad de boca, somnolencia, alucinaciones, aumento de la ansiedad en ciertos

individuos e incluso ataques de pánico. El consumo continuado disminuye la concentración, la memoria y la habilidad del aprendizaje además de facilitar y agudizar las patologías respiratorias infecciosas e inflamatorias. Es cierto que se ha aducido su efecto beneficioso en los asmáticos debido a su muy leve efecto broncodilatador. Ahora se sabe que es limitado en el tiempo por una tolerancia que a los dos días de fumar porros se instaura de una forma definitiva. En parte, todo ello se debe a que la inhalación del metabolito del hachís es 15 veces superior ahora que en los años sesenta. Las resinas están mejor sintetizadas y su concentración es superior. Por eso, los estudios realizados en aquella época, que evaluaban la inocuidad del hachís, no son defendibles en la actualidad. En otro orden de cosas, debe considerarse también, que al igual que las demás sustancias neuroestimulantes, pueden activar procesos latentes a los que quizá estamos predispuestos y que nunca lo hubieran hecho de no existir un tipo de exposición determinada. En ese sentido y directamente relacionado con el cannabis, no son pocos los estudios que identifican de una forma clara la mayor asociación de depresiones y síndromes esquizoides entre los fumadores adictos y los ocasionales frente a los no fumadores, sobre todo si existen otros factores predisponentes. Si a este hecho añadimos que el consumo de marihuana es la antesala al consumo de todas las demás drogas y la entrada al mundo de la drogadicción cuya salida será incierta, estaremos de acuerdo que debemos poner cartas en el asunto y no ser meros espectadores del problema.

En el ser humano la nocividad de fumar tabaco es incuestionable y al respecto se establecen campañas educativas para limitarlo. La forma de fumar el cannabis aumenta el depósito de alquitrán y monóxido de carbono (COHb) a la observada al fumar tabaco. Esa utilización de la droga hace que la presencia de COHb sea hasta cinco veces superior que en el fumador

\*Segura J, Datos personales, no publicados del Laboratorio de Control de Dopaje de Barcelona IMIM-IMAS.

## EDITORIAL

habitual, con su implicación y consecuencias en el rendimiento deportivo (mayor fatigabilidad, alteración del tiempo de recuperación, dificultad de adaptación cardíaca y sensación de deshidratación) y las relacionadas con la actuación a nivel de sistema nervioso central, pérdida de motivación, cambios bruscos del estado de ánimo, alteraciones de la coordinación, de la percepción del esfuerzo y de la vigilancia, etc. Está claro que el deportista siempre se verá perjudicado por el consumo, pero si además es en competición, puede poner en peligro su salud en deportes con complejidad de la técnica (pértiga, piragüismo, gimnasia), la de sus compañeros de competición (ciclismo) o los espectadores (lanzamientos, conducción de vehículos, etc.). Está claro que no se puede considerar una droga ergogénica, sino, quizá todo lo contrario. Por eso la consideración de positividad en un control de dopaje se debe a su implicación social y sobre la salud y no a su actividad sobre el rendimiento.

El deportista de elite pretende ser un ejemplo de salud física y técnica *Citius, altius, fortius*. Para conseguirlo debe cuidarse en todos aquellos ámbitos que le llevarán a ser más rápido, estar más alto y ser más fuerte. El trabajo físico, la nutrición, el descanso y el trabajo mental será, quizá, lo más importante. En una sociedad donde las referencias están marcadas por el marketing, la pérdida de valores y los diferentes caminos para alcanzar objetivos elevados brilla por su ausencia. El incremento en el consumo de drogas sociales es uno de los marcadores de esta situación. En ese sentido, podemos considerar el consumo de drogas el velo a las deficiencias personales. El deportista que se dopa para mejorar su rendimiento, para sentirse bien o para ser socialmente aceptado, tiene un déficit que soluciona de forma consciente o inconsciente. Merece una ayuda y apoyo, pero mientras no modifique y cubra sus necesidades éticamente y dentro del régimen de la salud, quizá no merezca compartir el espacio con la elite y representar los valores del deporte. La práctica de una actividad deportiva ayuda al ser humano a observar una autodisciplina para poder mantener los objetivos solicitados por su actividad, le enseña a defenderse de sus deficiencias, superarlas y beneficiarse de un crecimiento como un ser completo.

El deportista, frente al consumo de marihuana, es libre de elegir la opción que estime oportuna, en

caso de que en su federación no considere penalizable su consumo. Nosotros sí somos responsables de indicarle los efectos que se pueden desprender de su uso. El aumento del efecto nocivo del tabaco, el efecto negativo directo sobre el aparato respiratorio, las modificaciones del comportamiento, el potencial peligro de desarrollar un trastorno psiquiátrico, o el de introducirse en el camino de la adicción a las drogas, además de su deletéreo efecto sobre el rendimiento deportivo y la pobre imagen que ofrece del deporte, deben ser argumentos suficientes para reconducir a los desinformados y a los indecisos. Como médicos del deporte estamos en la obligación de definirnos respecto al consumo de este tipo de sustancias, de educar al deportista y a la sociedad y limitar así los efectos nocivos que se pueden desprender de su uso por parte de este grupo poblacional. *Mens sana in corpore sano*. Ahora más que nunca el abanderado del lema es el deportista de elite, quizá de un lema que puede también leerse al revés *corpore sano in mens sana*.

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Encuesta sobre drogas en población escolar 1994-2002. Observatorio Español sobre Drogas. Delegación del gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

**Campos D, Yonamine M, De Moraes R.** Marihuana as doping in sports. *Sports Med* 2003;33(6):395-9.

**Patton GC, Coffey C, Carlin JB, Degenhardt L, Lynskey M, Hall.** Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *BMJ* 2002;325(7374):1195-8

**Zammit S, Allebeck P, Andreasson S, Lundberg I, Lewis G.** Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study. *BMJ* 2002;325:1199.

**W. Taylor DR, Fergusson DM, Milne BJ, Horwood LJ, Moffit E, Sears MR, Poulton R.** A longitudinal study of the effects of tobacco and cannabis exposure on lung function in young adults. *Addiction* 2002;8:1055.

**Pillard F, Cances-Lauwers V, Godeau E, Navarro F, Rolland Y, Riviere D.** Sport practice and cannabis consumption in a representative sample of French high school adolescents. *Ann Med Interne* 201;152Suppl7:28-36.

**Dervaux A, Laqueille X, Bourdel MC, Leborgne MH, Olie JP, Loo H, Krebs MO.** Cannabis and schizophrenia: demographic and clinical correlates. *Encephale* 2003;29:11-7.

<http://www.wada-ama.org>

<http://www.newscientist.com/hottopics/marijuana>