

Sistema de creencias en relación al cannabis, su uso y consecuencias: consumidores versus no consumidores de una población de universitarios colombianos

Gonzalo Galván

*Universidad Cooperativa de Colombia sede Montería, Córdoba, Colombia
Universidad de Córdoba, Córdoba, Colombia
Universidad Nacional de la Patagonia Austral, Santa Cruz, Argentina
E-mail: galvan.patignani@gmail.com*

Álvaro Sánchez-Carballo

Universidad de Córdoba, Córdoba, Colombia

Ilena Gómez-Morales

Universidad de Córdoba, Córdoba, Colombia

Oscar Humánez-Julio

Universidad de Córdoba, Córdoba, Colombia

Manuel Guerrero-Martelo

Universidad Cooperativa de Colombia sede Montería, Córdoba, Colombia

Francisco Vásquez De la Hoz

Universidad Cooperativa de Colombia sede Montería, Córdoba, Colombia

Introducción

Entre los países de la región andina, Colombia tiene las tasas más altas de prevalencia de uso de cannabis en estudiantes universitarios (32,1% vida, 15,9% año, 7,26% último mes) (1,2). El consumo de cannabis es posible causa de múltiples trastornos y alteraciones en distintos órganos, sistemas y funciones (3).

Desde el punto de vista somático las evidencias científicas indican un impacto del consumo de cannabis (sobre todo crónico y de inicio temprano) sobre áreas cerebrales ricas en receptores cannabinoideas; al parecer el cannabis tendría un efecto neurotóxico que resultaría, por una parte, en la alteración del funcionamiento del hipocampo y la amígdala (alterando el funcionamiento de la memoria y la regulación de las emociones, respectivamente); por otra parte existe evidencia de que la conectividad axonal se vuelve irregular en la fimbria del hipocampo derecho (fondo del saco), esplenio

del cuerpo calloso y fibras comisurales (4,5,6). La evidencia acerca del impacto del uso del cannabis en la boca y el sistema respiratorio también es cuantiosa. Al parecer los consumidores habituales de cannabis tienen una peor salud periodontal; además, el humo del cannabis actúa como carcinógeno y se asocia con cambios displásicos y lesiones pre-malignas dentro de la mucosa oral (7). Por otra parte, el consumo crónico del cannabis puede ocasionar agrandamiento gingival (8), lesiones en orofaringe y cáncer de lengua (9). En las vías bajas, la evidencia longitudinal indica que el uso de la sustancia puede elevar el riesgo para cáncer de pulmón (10), obstruir el flujo de aire, aumentar los síntomas respiratorios asociados a enfermedad obstructiva crónica (11); otras consecuencias documentadas han sido disnea, faringitis, afonía y exacerbación del asma (12). A nivel cardiovascular existen evidencias de que el consumo de cannabis puede estar involucrado en infarto de miocardio, muerte súbita cardíaca, miocardiopatía,

Resumen

Estudio descriptivo-comparativo de corte transversal que tuvo por objetivo evaluar y comparar las creencias acerca del cannabis, uso y potenciales consecuencias entre dos grupos de estudiantes universitarios colombianos pareados por sexo y edad. El primer grupo constituido por usuarios habituales de cannabis (n=35), el segundo grupo por estudiantes que nunca probaron cannabis (n=35). Los resultados indicaron que el grupo de consumidores presenta un riesgo de abuso de cannabis moderado y solo el 20% cumplió criterios de dependencia. Por otra parte, el grupo de no consumidores estuvo mayormente de acuerdo con que: el consumo de marihuana daña la memoria, deteriora las funciones cognitivas, genera dependencia, puede afectar las neuronas, puede afectar la salud mental, conlleva a problemas legales, es una droga peligrosa, es dañina para la salud, puede afectar el rendimiento académico, crea problemas (familia, amigos, pareja), reduce capacidad para conducir, que la marihuana que se vende en la calle siempre es pura. El grupo de los consumidores, en cambio, estuvo en mayor acuerdo con que fumar tabaco afecta más a los pulmones que fumar marihuana, la marihuana tiene efectos positivos en el cerebro, aumenta la creatividad, la marihuana es menos dañina que el alcohol y el tabaco, la gente inteligente fuma marihuana y que tiene efectos medicinales. En conclusión, de acuerdo a los tipos de creencias que tienen respecto a la droga, los consumidores de cannabis tendrían una percepción de riesgo disminuida en relación al potencial de riesgo que conlleva el consumo desde dos puntos de vista: a) minimizan los riesgos reales de consumo y b) atribuyen al cannabis posibles beneficios y/o virtudes. Los tipos de creencias que los consumidores tienen probablemente estén influenciadas, al menos en parte, por experiencias de familiares y pares consumidores y, por otro lado, por el refuerzo del mismo consumo.

Palabras clave: Cannabis - Creencias - Percepción de riesgo - Drogas

BELIEF SYSTEM REGARDING CANNABIS, ITS USE AND CONSEQUENCES: USERS VERSUS NON-USERS IN COLOMBIAN UNIVERSITY STUDENTS

Abstract

Descriptive and comparative study of cross-sectional that had as objective to evaluate and compare the beliefs about cannabis, its use and potential consequences between two groups of Colombian university students, matched by gender and age. The first group consisted of ordinary consumers of cannabis (n=35) the second group consisted of students that have never tried cannabis (n=35). The results showed that the group of consumers presents a moderate risk of abuse and only the 20% fulfilled dependence criteria. Furthermore, the non-consumers group was mostly agree about that the marijuana use: damages the memory, deteriorates the cognitive functions, creates dependency, can affect the neurons and mental health. Also, it can lead to legal problems, it is a harmful drug for the health, it affects the academic performance, it creates problems with the family, friends, couple and the like, it reduces the driving ability, and, that the marijuana that is sold in the street is always pure. The consumer group, instead, agreed that smoking tobacco affects the lungs more than smoking marijuana. Marijuana has a positive influence on the brain, it increases the creativity, and it is less damaging than alcohol and tobacco. Smart people smoke marijuana and it has medicinal effects. In conclusion, according to the kind of beliefs that they have about this drug, the cannabis consumers would have a decreased perception of risk in relation to the potential risk that the consumption brings from two points of view: a. They minimize the real risks of consuming and, b. They attribute some benefits and virtues to the cannabis. The kind of beliefs that the consumer have are maybe influenced, at least, in part, for experiences of family and other consumers and, furthermore, the reinforcement of the same consume.

Keywords: Cannabis - Beliefs - Risk perception - Drugs

derrame cerebral, ataque isquémico transitorio e incluso casos de arteritis (13). A nivel del sistema hepático parecería que existe una asociación entre el consumo de cannabis y la enfermedad de hígado graso no alcohólico por activación del receptor CB2; este hallazgo fue en pacientes con hepatitis de tipo C (14).

Las consecuencias del impacto del uso del cannabis sobre el sistema nervioso central se traducen en la alteración de múltiples rendimientos de tipo de neuropsicológicos. La literatura científica describe que por el uso de cannabis puede verse afectado el funcionamiento de la memoria (sobre todo a corto plazo y de trabajo), dificultando la capacidad de aprendizaje (15). Por otra parte, se han reportado alteraciones considerables de la capacidad de juicio y la consecuente toma de decisiones ocasionadas por alteraciones fronto-corticales que, además, pueden dar lugar a impulsividad y un deterioro en la capacidad de planificación ejecutiva (16,17). Las alteraciones detalladas son las responsables de pérdida de control de impulsos, violencia, conducción temeraria y accidentes de tránsito (18,19).

Otro de los impactos del consumo de cannabis sobre el funcionamiento psíquico es el síndrome amotivacional. Patognomónico del consumo de la sustancia, éste se caracteriza por pérdida de energía, abulia con importante disminución de actividades habituales (20), pasividad e indiferencia con disfunción de las capacidades interpersonales (21), bloqueo o indiferencia afectiva (22), incapacidad para proyectarse en pro de un determinado objetivo o meta concreta anclándose posiblemente en etapas evolutivas no acordes a la edad (23), poca tolerancia a la frustración (24), abandono del cuidado personal, evidente disminución de los reflejos, lentitud de desplazamiento e inhibición del deseo sexual (17).

Existe evidencia contundente de la relación que existe entre el uso de cannabis y la aparición y/o agravamiento de diversas condiciones psiquiátricas. Entre las alteraciones psiquiátricas se destacan el síndrome de intoxicación caracterizado por cambios psicológicos y comportamentales desadaptativos; dicho síndrome es dosis dependiente (25,26,27). El síndrome de dependencia también ha sido descrito; parecería ser que el paso del uso a la dependencia obedeciera más de factores externos que del propio consumo en sí mismo (28) y que fuera más frecuente en consumidores que iniciaron a temprana edad y llevan mucho tiempo consumiendo (29,30). Aunque recientemente reconocido por el DSM-V (31), el síndrome de abstinencia ha sido ya descrito en la literatura (32). Los síntomas de abstinencia relacionados con irritabilidad y ansiedad tendrían su máxima expresión, de acuerdo a la literatura, en los primeros días tras el cese del consumo; sin embargo los síntomas relacionados al sueño (sueños extraños e insomnio) se incrementarían a medida que aumenta el tiempo de abstinencia (33).

Al parecer existe una relación entre la aparición de la esquizofrenia y el uso de cannabis, aunque no todos los consumidores desarrollan esquizofrenia, ni todas las personas con trastorno esquizofrénico han consumido cannabis. La citada relación tendría explicación en la interacción gen-ambiente, aunque los mecanismos subyacentes no han sido del todo dilucidados (34). Por otro

lado, un gran porcentaje de consumidores de cannabis desarrollan durante la intoxicación experiencias de tipo psicóticas (35), manifestando sobre todo síntomas positivos transitorios (26).

El hecho de que el sistema cannabinoide esté implicado en la regulación del humor podría explicar la relación descrita en la literatura entre los trastornos del estado de ánimo y el uso de cannabis (36). La prevalencia de uso de cannabis es cercana al 70% entre pacientes con trastornos del ánimo (37). Según diversos estudios el consumo de cannabis estaría asociado en el trastorno bipolar al inicio de manía más temprana, más episodios de depresión, manías más frecuentes, peores resultados de tratamiento, incremento de riesgo de ciclación rápida y episodios mixtos (37,38). Por otra parte, en la depresión, los resultados de las investigaciones son contradictorios, algunos autores señalan que el uso de la sustancia mejora el ánimo y el afecto (39), y otros que la gravedad de la depresión aumenta con el uso de cannabis (40,41).

Creer que el cannabis es una droga soft ha llevado a que la población tenga de ella una baja percepción de riesgo (42) y probablemente su consumo se sostenga en múltiples creencias que sitúan esta droga como de baja peligrosidad. Como indican otros estudios, existe una relación inversamente proporcional entre la frecuencia de consumo y la percepción de riesgo (43) y, por otro lado, la percepción de riesgo es significativamente menor entre quienes consumen (44).

Dörr, Gorostegui, Viani, Dörr y Paz (2009) encontraron que los adolescentes consumidores de cannabis consideran que esta droga no es adictiva y que los efectos negativos que puede producir son escasos (45). Galván, Guerrero, Pinedo-López y García (2015) encontraron que la percepción de riesgo en adolescentes respecto al cannabis, su uso y consecuencias es variable dependiendo del aspecto que se considere y que sería algo más alta entre las mujeres (3). Galván, Guerrero-Martelo y Vázquez De la Hoz (2016) en otro estudio, en donde se compararon las creencias entre adolescentes quienes nunca habían consumido cannabis y aquellos que al menos una vez en la vida lo probaron, encontraron que quienes han probado al menos una vez el cannabis tienen creencias relacionadas con las consecuencias del uso menos negativas en cuanto los efectos sobre la salud y atribuyen a su uso posibles efectos positivos (aumento de creatividad, alivio o cura de enfermedades mentales) (46).

Parecería existir, entre aquellas personas que prueban cannabis o lo consumen con frecuencia, una brecha entre lo que creen acerca de la sustancia, su uso y consecuencias, y la realidad descrita por estudios científicos. El modelo cognitivo supone que este tipo de creencias (denominadas disfuncionales) se encuentra en los cimientos de los problemas para lograr y/o consolidar el cese del consumo de drogas o evitar que las personas inicien su consumo (47).

En el presente estudio se evalúan y comparan las creencias respecto al cannabis, su uso y consecuencias entre un grupo de consumidores habituales de cannabis y un grupo (pareado por sexo, edad y nivel educativo) de no consumidores.

Materiales y métodos

Participantes

Muestreo no probabilístico, no aleatorio, puesto que se seleccionaron las unidades de estudio por conveniencia. La muestra estuvo compuesta por dos grupos cada uno constituido por 35 jóvenes estudiantes universitarios (35 consumidores habituales de cannabis y 35 no consumidores) de edades comprendidas entre los 18 y 28 años de edad. Ambos grupos fueron pareados por sexo, edad y nivel educativo (pregrado universitario). La edad media para ambos grupos fue la misma [21 (DE 2,36)] al igual que la proporción de los géneros [mujeres 7 (29%), varones 28 (80%)]; todos se encontraban insertos en el mismo sistema educativo público de enseñanza universitaria de la ciudad de Montería.

Instrumentos

Cuestionario socio-demográfico y clínico *ad hoc*

La valoración de las distintas variables del estudio se llevó a cabo con un instrumento *ad hoc* que incluyó: 1. datos socio-demográficos y clínicos (edad, sexo, carrera universitaria que cursa, grupo de convivencia, estrato económico, práctica de deporte, prevalencia de uso de tabaco, alcohol y cannabis, consumo actual de cannabis, tiempo utilizado en conseguir cannabis, familiares con consumo de drogas legales e ilegales, dinero utilizado en la compra de cannabis, edad de inicio de consumo, tiempo de consumo, medios utilizados para el consumo, cantidad de cigarrillos de marihuana fumados en la última semana), y 2. un cuestionario *ad hoc* acerca de las creencias relacionadas con el cannabis, su uso y posibles consecuencias. El citado cuestionario se construyó con base a uno utilizado en una población de adolescentes argentinos (3), que fue también aplicado en una muestra de adolescentes colombianos. El cuestionario se compone de 22 ítems (Tabla 1). Cada pregunta presenta una opción de respuesta tipo *Likert* (1, totalmente de acuerdo; 2, en desacuerdo; 3, indeciso o inseguro; 4, de acuerdo, y 5, totalmente de acuerdo).

Test de Cribado para el Abuso de Cannabis (Cannabis Abuse Screening Test; CAST)

Instrumento de 6 ítems diseñado para detectar patrones de abuso de cannabis en jóvenes y adolescentes, centrándose sobre todo en las dificultades para controlar el consumo y en sus consecuencias negativas sobre la salud o las relaciones sociales que haya tenido el evaluado en los últimos 12 meses. El formato de respuesta es tipo *Likert* en función de la frecuencia de experimentación de cada uno de los problemas. Todas las preguntas se responden en una escala de 5 puntos (0 "nunca", 1 "rara vez", 2 "de vez en cuando", 3 "bastante a menudo", 4 "muy a menudo"). El CAST evalúa los problemas experimentados en el último año, se orienta a la detección diagnóstica de abuso.

Para la interpretación del instrumento, se propone la dicotomización de la escala, la cual se construye en función

de la definición de umbrales para la imputación de valores de 0 y 1 por pregunta. El primer umbral se encuentra en la alternativa "de vez en cuando" para las dos primeras preguntas, lo cual permite a los individuos indicar que no tienen problemas, mientras que para las restantes preguntas el umbral está en la alternativa "rara vez" 1. Con esta clasificación el puntaje final de la escala CAST va de 0 a 6 puntos. La interpretación de las puntuaciones obtenidas son: 0 puntos: sin riesgo; 1 a 2 puntos: bajo nivel de riesgo; 3 puntos: moderado nivel de riesgo y 4 (o más): alto nivel de riesgo (48,24).

Escala de Evaluación de la Severidad de la Dependencia (Severity Dependence Scale; SDS)

La SDS evalúa la percepción que el individuo tiene acerca de su grado de deterioro del control sobre el consumo de la droga, así como su preocupación y ansiedad por conseguirla (49). Está compuesta por cinco ítems cuya respuesta es codificada mediante una escala tipo *Likert*, con un rango de puntuaciones de 0 a 3 (0: nunca / casi nunca; 1: algunas veces; 2: a menudo; 3: siempre / casi siempre, para los ítems 1 a 4.; y 0: nada difícil; 1: bastante difícil; 2: muy difícil; 3: imposible, para el ítem 5).

La puntuación total de la SDS tiene un rango de 0 a 15 puntos y una mayor puntuación indica un mayor grado de dependencia de la droga considerada. Puntuación: todos los puntos se suman, un resultado de 5 o más es el punto de corte para la presencia o ausencia de dependencia en adolescentes.

Procedimiento

Para la recolección de datos de las personas consumidoras de cannabis se contactó primero agrupaciones universitarias denominadas "asociaciones cannábicas". Tras haber organizado una reunión con las asociaciones se les informó acerca de los objetivos, implicaciones y alcances del estudio invitándolos a participar. Fueron 35 integrantes de las agrupaciones los que accedieron a participar.

Una vez recolectada la información de las personas usuarias de cannabis se buscó un grupo equivalente en su sustitución en cuanto género, edad y formación académica; se les informó también acerca de los pormenores del estudio.

Luego de que los participantes de ambos grupos obtuvieran la información pertinente para su participación, procedieron a firmar el consentimiento informado.

Análisis estadísticos

Los datos fueron procesados con el programa SPSS (versión 21.0). Se utilizaron estadísticos de frecuencia, descriptivos, T-student, Chi². El valor 0,05 y valores menores fueron tenidos en cuenta como valores p estadísticamente significativos.

Resultados

Como se puede observar en la Tabla 1, al estar pareados ambos grupos de la muestra, no existen diferencias estadísticamente significativas en relación a la edad y al

género; la media de edad fue de 21 años para ambos grupos y cada uno de ellos estuvo mayormente constituido por varones (80%). Tampoco se hallaron diferencias en relación a los núcleos de convivencia de ambos grupos, en su mayoría vivían con ambos padres.

La evaluación de los aspectos familiares relacionados al consumo de sustancias psicoactivas (Tabla 2) mostró diferencias estadísticamente significativas sólo en relación al consumo de cannabis por parte de familiares; más del 50% del grupo de consumidores expresó que alguien en su familia consumió o consume cannabis. También los consumidores, en comparación con los no consumidores, conocen a más personas consumidoras por fuera de, o distintos a, los de su grupo familiar.

Como se indicó anteriormente, la edad media del grupo de consumidores es de 21 (DE 2,36) años, en tanto la edad media de inicio de consumo de cannabis es a los 16,94 (DE 2,49) años, esto indica que el tiempo promedio de consumo es de 4,06 años.

El medio mayormente utilizado por los usuarios de cannabis para el consumo fue el cigarrillo de marihuana, seguido de la pipa y comida con cannabis. El consumo promedio de cigarrillos de marihuana durante la semana previa a la evaluación fue de 13,25 (DE 13,47) cigarrillos.

El 50% de la muestra de consumidores habituales refirió que el consumo de cannabis genera problemas y el 65% ha intentado dejar de consumirlo al menos alguna vez.

Tabla 1. Datos socio-demográficos y clínicos.

	Consumidores n=35	No consumidores n=35	<i>p</i>
Edad (DE)	21 (2,36)	21 (2,36)	0,81
Sexo			
Mujeres (%)	7 (20)	7 (20)	0,61
Varones (%)	28 (80)	28 (80)	
Vive con			
Ambos padres (%)	15 (42,9)	15 (42,9)	0,26
Solo un padre (%)	9 (25,7)	13 (37,1)	
Abuelos (%)	5 (14,3)	0 (0)	
Tíos (%)	1 (2,9)	5 (14,3)	
Solo (%)	4 (11,4)	0 (0)	
Otros (%)	1 (2,9)	2 (5,7)	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Tabla 2. Aspectos familiares, relacionales y de consumo.

	Consumidores n=35	No consumidores n=35	<i>p</i>
¿Alguien de tu familia consume drogas legales tales como: cigarrillo, cerveza, whisky, guaro, tranquilizantes etc.? (%)	33 (94,3)	30 (85,7)	0,21
¿Alguien de tu familia consume drogas ilegales tales como: cocaína, bazuco, ácido etc.? (%)	19 (54,3)	8 (22,9)	0,55
¿Alguien de tu familia consume o consumió marihuana? (%)	19 (54,3)	8 (22,9)	0**
¿Conoces a alguien fuera de tu familia que consume marihuana? (%)	35 (100)	4 (11)	0**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Como se observa en la Tabla 3, el nivel de riesgo de abuso para el grupo de consumidores fue moderado. Por otro lado, el grupo total de consumidores obtuvo una puntuación de 2,94 (DE 2,84) en la escala SDS, indicando la no existencia de dependencia. No obstante, cuando se analizó la dependencia de manera diferenciada se halló, como puede observarse en la Tabla 4, que un 20% de la muestra sí se encuentra en situación de dependencia con 7,85 (DE 1,57) puntos.

En cuanto a las creencias de los grupos comparados (Tabla 5), se hallaron diferencias estadísticamente significativas en 18 de los 22 ítems de la escala. El grupo de no consumidores estuvo mayormente de acuerdo con que: el consumo de marihuana daña la memoria; deteriora las funciones cognitivas, genera dependencia, puede afectar las neuronas, puede afectar la salud mental, conlleva a problemas legales, es una droga peligrosa, es dañina para la salud, puede afectar el rendimiento académico,

Tabla 3. Test de Cribado para el Abuso de Cannabis (CAST, riesgo de abuso).

Puntuación (DE)	Interpretación
3,02 (1,52)	Nivel de riesgo moderado

Tabla 4. Escala de Evaluación de la Severidad de la Dependencia (SDS, nivel de dependencia).

	No dependencia <5 pts.	Dependencia > 5 pts.
n=35 (%)	28 (80)	7 (20)

crea problemas (familia, amigos, pareja), reduce capacidad para conducir, la marihuana que se vende en la calle siempre es pura. El grupo de los consumidores, en cambio, estuvo en mayor acuerdo con que fumar cigarrillos afecta más a los pulmones que fumar marihuana, la marihuana tiene efectos positivos en el cerebro, aumenta la creatividad, la marihuana es menos dañina que el alcohol y el tabaco, la gente inteligente fuma marihuana y que tiene efectos medicinales.

Discusión y conclusiones

El objetivo de este estudio fue comparar las creencias acerca del cannabis, su uso y posibles consecuencias entre dos grupos de estudiantes universitarios, uno de los grupos compuesto por personas que nunca usaron cannabis y otro grupo integrado por consumidores habituales.

Los resultados del estudio revelan aspectos de gran importancia a tener en cuenta al momento de diseñar estrategias de intervención en la prevención del consumo de cannabis en los distintos niveles.

El primer aspecto importante que los resultados indicaron fue la composición del grupo de consumidores; el mismo estuvo constituido mayormente por varones. Guxens et al. (2007) explican que esto se debe a que el contexto social en el cual está implicado el hombre le brinda mayor posibilidad de consumir (50).

Otro aspecto socio-demográfico de importancia hallado fue la edad de inicio de consumo (16, 94 años) ligera-

mente inferior a la detectada por el Estudio Nacional de Sustancias Psicoactivas de Colombia (17, 61 años). Si bien la discrepancia podría deberse a la diferencia en el tamaño muestral, se debe tener en cuenta este aspecto ya que, como lo indican estudios anteriores, una menor edad de inicio de consumo estaría asociada con un uso posterior más intensivo, generando mayores posibilidades de desarrollo de tolerancia, adicción y dependencia (51).

En relación a los medios utilizados para el consumo de cannabis, el cigarrillo de marihuana y las pipas fueron los más utilizados por los consumidores. Lo anterior coincide con el estudio de Chabrol et al. (2004) en el cual indican que esos medios de consumo presentan mayor accesibilidad, disponibilidad y no requieren mayor preparación (52).

El grupo de consumidores, en comparación con los no consumidores, indicó con mayor frecuencia tener familiares que consumen o han consumido, y conocer más personas por fuera del grupo familiar que consumen cannabis. Que un familiar y/o un par consuman cannabis es un factor influyente que puede (en conjunto con otros factores) influir en el fortalecimiento de creencias positivas en relación al cannabis, minimizando las negativas (3).

Los aspectos clínicos del grupo de consumidores indican que fumaron un promedio de 13 cigarrillos la última semana, lo cual representa un consumo elevado y condicen, por un lado, con los resultados de la escala CAST que indican un riesgo moderado de abuso y, por otro lado, con los resultados de la escala de evaluación de dependencia (SDS), que indican que un 20% de los

Tabla 5. Comparación de creencias acerca del cannabis, su uso y posibles consecuencias.

Creencias	Consumidores (n=35)	No consumidores (n=35)	p
1. ¿El consumo de marihuana daña tu memoria? (DE)	2,91 (1,29)	3,48 (1,03)	0,04*
2. ¿El consumo de marihuana deteriora las funciones cognitivas como la atención, la toma de decisiones y el miedo ante los riesgos? (DE)	2,42 (1,37)	3,97 (0,92)	0**
3. ¿Fumar marihuana afecta los pulmones? (DE)	4,11 (0,90)	4,20 (0,63)	0,64
4. ¿Fumar cigarrillos (tabaco) afecta más los pulmones que fumar marihuana? (DE)	4,77 (0,73)	3,88 (1,15)	0**
5. ¿Fumar marihuana genera dependencia? (DE)	2,54 (1,33)	3,91 (1,06)	0**
6. ¿Fumar marihuana puede afectar las neuronas? (DE)	3,00 (1,37)	3,77 (0,97)	0**
7. ¿Fumar marihuana afecta la salud mental? (DE)	3,05 (1,34)	4,00 (0,80)	0**
8. ¿Fumar marihuana puede desencadenar un trastorno mental como ansiedad, depresión o esquizofrenia? (DE)	3,05 (1,32)	6,17 (11,82)	0,12
9. ¿Los traficantes de drogas mejoran la potencia de la marihuana para que sus efectos sean más fuertes y no se pueda dejar de consumir? (DE)	3,5 (1,14)	3,6 (0,96)	0,5
10. ¿La marihuana que se vende en la calle siempre es pura? (DE)	1,74 (0,95)	2,54 (0,91)	0**
11. ¿El consumo de marihuana puede conllevar a problemas legales? (DE)	3,57 (1,39)	4,3 (0,63)	0**
12. ¿La marihuana es una droga peligrosa? (DE)	1,57 (0,91)	3,7 (0,88)	0*
13. ¿Fumar marihuana es dañino para la salud? (DE)	2,65 (1,39)	4,05 (0,83)	0**
14. ¿La marihuana tiene efectos positivos en el cerebro? (DE)	4,05 (0,93)	2,77 (0,97)	0**
15. ¿La marihuana aumenta la creatividad? (DE)	4,45 (0,56)	3,14 (1,03)	0**
16. ¿La marihuana es menos dañina que el alcohol y el tabaco? (DE)	4,74 (0,61)	3,2 (0,78)	0**
17. ¿La gente inteligente fuma marihuana? (DE)	3,65 (1,16)	2,71 (1,04)	0**
18. ¿La marihuana tiene efectos medicinales? (DE)	4,8 (0,47)	4,37 (0,59)	0**
19. ¿La marihuana se utiliza para curar enfermedades mentales? (DE)	3,37 (1,39)	2,94 (0,83)	0,12
20. ¿El uso frecuente de marihuana puede afectar tu rendimiento académico? (DE)	3,0 (1,30)	4,02 (0,78)	0**
21. ¿El uso frecuente de marihuana puede crearte problemas con tu familia, pareja y/o amigos? (DE)	3,4 (1,19)	4,54 (0,56)	0**
22. Fumar marihuana puede afectar la capacidad para conducir? (DE)	2,88 (1,38)	4,11 (0,75)	0**

*p= < 0,05; **p= < 0,01

consumidores presentan dependencia. Una prevalencia de 20% de dependientes al cannabis supera ampliamente las tasas de prevalencia reportadas en otros estudios como el de Schmits y Queremont (2013), que hallaron un 10% de prevalencia de dependencia a cannabis en su muestra (53). Lo antedicho puede ser explicado, al menos en parte, por la edad de inicio de consumo ya que a menor edad de inicio, mayor probabilidad de desarrollo de dependencia.

Cuando se compararon las creencias entre ambos grupos se halló que los consumidores, en general, atribuyen al uso de cannabis pocas consecuencias de tipo negativas, minimizando el potencial de daño que el uso puede tener en la salud física, la salud mental, en las relaciones interpersonales, el trabajo, la academia. Además, minimizan la posibilidad de devenir dependiente con el uso de la sustancia. Los anteriores hallazgos coinciden con los de Morales et al. (2011), quienes concluyeron en

su trabajo que la percepción de riesgo es siempre significativamente menor entre los consumidores que entre los no consumidores (54).

Por otra parte, y por el contrario, el grupo de consumidores atribuye beneficios o ciertas propiedades al consumo de cannabis tales como aumentar la creatividad o curar enfermedades mentales. Hallazgo similar reflejó el estudio de Galván et al. (2015) entre adolescentes que probaron el cannabis al menos una vez en la vida (3).

En conclusión, de acuerdo a los tipos de creencias que tienen respecto a la droga, los consumidores de cannabis tienen una percepción de riesgo disminuida en relación al potencial de riesgo que conlleva el consumo desde dos puntos de vista: a) minimizar los riesgos reales de consumo y, por otro lado, b) atribuir al cannabis posibles beneficios y/o virtudes. Los tipos de creencias que los consumidores tienen probablemente estén cons-

tituidas, al menos en parte, por influencias de familiares y pares consumidores por un lado y, por otro lado, por el consumo mismo.

Los hallazgos realizados son de gran importancia para aquellas organizaciones que tienen por misión el desarrollo de programas de atención a personas con consumo problemático de cannabis. También para aquellas organizaciones que tienen a cargo la formación de adolescentes, para que revisen y ajusten sus programas psicoeducativos de prevención de acuerdo a estos hallazgos.

Limitaciones

El hecho de que los sujetos del grupo de consumidores habituales de cannabis pertenezcan a asociaciones cannábicas podría influir en sus creencias, sobre todo en la rigidización de las mismas ■

Referencias bibliográficas

1. Secretaría General de la Comunidad Andina. II Estudio Epidemiológico sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria. Informe Regional, 2012. Técnico. Secretaría General de la Comunidad Andina; 2013.
2. Tirado A, Álvarez M, Velásquez J, Gómez L, Ramírez C, Vargas A. Prevalencia y factores de riesgo para el consumo y dependencia de drogas en estudiantes de una universidad de Medellín, Colombia 2009. *Revista de la Facultad Nacional*. 2012; 30(1):38-44.
3. Galván G, Guerrero M, Pinedo López J, García R. Cannabis: realidades alternativas. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*. 2015; 26:85-91.
4. Yücel M, Solowij N, Respondek C, Whittle S, Fornito A, Pantelis C, et al. Regional brain abnormalities associated with long-term heavy cannabis use. *Archives of General Psychiatry*. 2008; 65(6):694-701.
5. Rocchetti M, Crescini A, Borgwardt S, Caverzasi E, Politi P, Atakan Z, et al. Is cannabis neurotoxic for the healthy brain?: A meta-analytical review of structural brain alterations in non-psychotic users. *Psychiatric and Clinical Neuroscience*. 2013; 67(7):483-492.
6. Zalesky A, Solowij N, Yücel M, Lubman D, Takagi M, Harding I, et al. Effect of long-term cannabis use on axonal fibre connectivity. *Brain: A Journal of Neurology*. 2012; 135(7): 2245-55.
7. Cho C, Hirsch R, Johnstone S. General and oral health implications of cannabis use. *Australian Dental Journal*. 2005; 50(2):70-4.
8. Rawal S, Tatakis D, Tipton D. Periodontal and oral manifestations of marijuana use. *The Journal of the Tennessee Dental Association*. 2012; 92(2):26-31.
9. Marks M, Chaturvedi A, Kelsey K. Association of marijuana smoking with oropharyngeal and oral tongue cancers: pooled analysis from the INHANCE consortium. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*. 2014; 23(1):1160-71.
10. Aldington S, Harwood M, Weatherall M, Beckert L, Hansell A. Cannabis use and risk of lung cancer: a case-control study Cannabis and respiratory disease research Grup. *European Respiratory Journal*. 2008; 31(2):280-6.
11. Tetrault J, Crothers K, Moore B, Mehra R, Concato J, Fiellin D. Effects of marijuana smoking on pulmonary function and respiratory complications: a systematic review. *Archives of Internal Medicine*. 2007; 167(3):221-8.
12. Marcus H, Robert J. Effects of smoking cannabis on lung function. *Expert Review of Respiratory Medicine*. 2011; 5(4):537-547.
13. Thomas G, Kloner R, Rezkalla S. Adverse cardiovascular, cerebrovascular, and peripheral vascular effects of marijuana inhalation: what cardiologist need to know? *American Journal of Cardiology*. 2014; 113(1):187-190.

14. Purohit V, Rapaka R, Shurtleff D. Role of cannabinoids in the development of fatty liver (steatosis). *The AAPS Journal*. 2010; 12(2):233-7.
15. Abuse NlOD. Las drogas, el cerebro y el comportamiento. La ciencia de la adicción. Washington: NIDA, Departamento de Salud y Servicios Humanos de EEUU; 2008.
16. Grant J, Chamberlain S, Schreiber L, Odlaug B. Neuropsychological deficits associated with cannabis use in young adults. *Drug and Alcohol Dependence*. 2012; 12(1-2):159-162.
17. Tziraki S. Trastornos mentales y afectación neuropsicológica relacionados con el uso crónico de cannabis. *Revista de Neurología*. 2012; 54(750-760).
18. Norström T, Rossow I. Cannabis use and violence: Is there a link? *Scandinavian Journal of Public Health*. 2014; 42(4):358-363.
19. Li M, Brady J, DiMaggio C, Lusardi A, Tzong K, Li G. Marijuana use and motor vehicle crashes. *Epidemiologic Review*. 2012; 34(1):65-72.
20. Dörr A, Espinoza A, Acevedo J. Vivencia de la temporalidad en adolescentes consumidores habituales de marihuana. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2014; 42(2).
21. Álvarez A, Gutiérrez L, Peón S, Pérez T, Real A. Adicción al cannabis y trastornos psicopatológicos asociados. *Revista de Psicología de las Adicciones*. 2012; 22(2):180-188.
22. Molina A. Programas de intervención social sobre conductas adictivas: ¿Nuevos perfiles, mismos problemas? Evaluación del contexto social actual. *Revista Infonova*. 2014; 25:11-20.
23. Mena I, Dörr A, Viani S, Neubauer S, Gorostegui M, Dörr M, et al. Efectos del consumo de marihuana en escolares sobre funciones cerebrales demostrados mediante pruebas neuropsicológicas e imágenes de neuro-SPECT. *Salud Mental*, Instituto de Psiquiatría Ramón de la Fuente. 2013; 36:367-374.
24. Fernández-Artamendi S, Fernández-Hermida J, Muñoz-Fernández J, Secádes-Villa R, García-Fernández G. Screening of cannabis-related problems among youth: the CPQ-A-S and CAST questionnaires. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2012; 7(12): p. doi: 10.1186/1747-59X-7-13.
25. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV, 4th edition Washington: American Psychiatric Publishing; 1994.
26. Radhakrishnan R, Wilkinson S, D'Souza D. Gone to pot -a review of the association between cannabis and psychosis. *Frontiers in Psychiatry*. 2014; 5(54): p. doi:10.3389.
27. Roncero Alonso C, CAsas Brugué M, Ramos Atance J. Consumo de cannabis y psicopatología. Aspectos psiquiátricos del consumo de cannabis. (SEIC) SEdeC, editor. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2007.
28. Van der Pol P, Liebrechts N, Brunt T, van Amsterdam J, de Graaf R, Korf D, et al. Cross sectional and prospective relation of cannabis potency, dosing and smoking behavior with cannabis dependence: an ecological study. *Addiction*. 2014; 109(7).
29. Sharma P, Murthy P, Bharath M. Chemistry, metabolism and toxicology of cannabis: clinical implications. *Iranian Journal of Psychiatry*; 7(4):149-56.
30. Morioka N, Kohda H, Nakata Y. Cannabis use disorder and treatment of dependence. *Nihon Rinsho*. 2010; 55(1):1475-8.
31. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual (DSM-V), 5th edition. 5th ed. APA , editor. Washington: American Psychiatric Publishing; 2015.
32. Hesse M, Thylstrup B. Time-course of the DSM- 5 cannabis withdrawal symptoms in poly-substance abusers. *Bio-medcentral Psychiatry*. 2013; 13(258): p. doi: 10.1186/1471-244X-13-258.
33. Lee D, Schroeder J, Karschner E, Goodwin R, Hirvonen J, Gorelick D, et al. Cannabis withdrawal in chronic, frequent cannabis smokers during sustained abstinence within a closed residential environment. *The American Journal of Addiction*. 2014; 23(3):234-242.
34. Uher R. Gene-environment interaction in severe mental illnesses. *Front Psychiatry*. 2014; 15(5).
35. Gage S, Zammit S, Hickmamn M. Stronger evidence is needed before accepting that cannabis plays an important role in the aetiology of schizophrenia in the population. *F1000 Medicine Reports*. 2013; 5(2): p. doi: 10.3410/M5-2.
36. Arias F, Szeman N, Vega P, Mesias B, Basurte I, Morant C, et al. Abuse or dependence on cannabis and other psychiatric disorders. Madrid study on dual pathology prevalence. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2013; 41(2):122-9.
37. Bally N, Zullino D, Aubry J. Cannabis use and first manic episode. *Journal of Affective Disorders*. 2014; 165: p. 103-108. DOI: 10.1016/j.jad.2014.04.038.
38. Kvitland L, Melle I, Aminoff S, Lagerberg T, Andreassen O, Ringen P. Cannabis use in first-treatment bipolar I disorder: relation to clinical characteristics. *Early Intervention in Psychiatry*. 2016; 10(1):36-44.
39. Ornstein J, Stone J. Cannabis and psychosis. *The British of Psychiatry*. 2010; 197(4).
40. Degenhardt L, Ferrari A, Calabria B, Hall W, Norman R.. The Global Epidemiology and Contribution of Cannabis Use and Dependence to the Global Burden of Disease: Results from the GBD 2010 Study. *PLoS ONE*. 2013; 8(10): p. 10.1371/journal.p.
41. Copeland J, Rooke S, Swift W. Changes in cannabis use among Young people: impact on mental health. *Current Opinion in Psychiatry*. 2013; 26(4):325-329.
42. Arias F, Madoz A. Cannabis. In Gómez C, editor. Manual de adicciones para médicos especialistas en formación. Madrid: Sociodrogalcohol: Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías; 2010. p. 615-636.
43. Calafat A, Fernández C, Becoña E, Gil E, J. Consumo y consumidores de cannabis en la vida recreativa. *Adicciones*. 2000; 12(2):197-230.
44. Morales-Manrique C, Bueno-Cañigral F, Aleixandre-Benavent R, Valderrama-Zurrián J. Creencias y motivos asociados al consumo de cannabis en población escolarizada de la ciudad de Valencia, España. *Trastornos Adictivos*. 2011; 13(4):151-159.
45. Dörr A, Gorostegui M, Viani S, Dörr B, Paz M. Adolescentes consumidores de marihuana: implicaciones para la familia y la escuela. *Salud Mental*. 2009; 32(4):269-278.
46. Galván G, Guerrero-Martelo M, Vázquez De la Hoz F. Cannabis: una ilusión cognitiva. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2016; In Press: p. doi.org/10.1016/j.rcp.2016.04.002.
47. Beck A, Wright F, Newman C, Liese B. Terapia cognitiva de las drogodependencias Barcelona: Paidós; 1999.
48. Legleye S, Karila L, Beck F, Reynaud M. Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *Journal of Substance Use*. 2007; 12:23-242.
49. Martin G, Copeland J, Gates P, Gilmour S. The Severity of Dependence (SDS) in adolescent population of cannabis users: Reliability, validity and diagnostic cut-off. *Drug and Alcohol Dependence*. 2006; 83(1-9):90-93.
50. Guxens M, Nebot M, Ariza C, Ochoa D. Factores asociados al inicio del consumo de cannabis: una revisión sistemática de estudios de cohortes. *Gaceta Sanitaria*. 2007; 21(3):252-260.
51. Mayet A, Legleye S, Chau N, Falissard B. The mediation role of licit drugs in the influence of socializing on cannabis use among adolescents: a quantitative approach. *Addictive Behavior*. 2010; 35(10): 890-895.
52. Chabrol H, Roura C, Kallmeyer A. Perceptions of cannabis effects a qualitative study among adolescents. *Encephale*. 2004 May-Jun; 30(3):259-265.
53. Schmits E, Quereumont E. So called "soft" drugs: cannabis and the amotivational syndrome. *Rev Med Liege*. 2013; 68(5-6):281-286.
54. Morales-Manrique C, Bueno-Cañigral F, Aleixandre-Benavent R, Valderrama-Zurrián J. Creencias y motivos asociados al consumo de cannabis en población escolarizada de la ciudad de Valencia, España. *Trastornos Adictivos*. 2011; 13(4):151-159.