



Revista Colombiana de Psiquiatría

ISSN: 0034-7450

revista@psiquiatria.org.co

Asociación Colombiana de Psiquiatría
Colombia

Galván, Gonzalo; Guerrero-Martelo, Manuel; Vásquez De la Hoz, Francisco
Cannabis: una ilusión cognitiva
Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 46, núm. 2, abril-junio, 2017, pp. 95-102
Asociación Colombiana de Psiquiatría
Bogotá, D.C., Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80650840007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Artículo original

Cannabis: una ilusión cognitiva



Gonzalo Galván*, Manuel Guerrero-Martelo y Francisco Vásquez De la Hoz

Programa de Psicología, Universidad Cooperativa de Colombia, Sede Montería, Córdoba, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 9 de octubre de 2015

Aceptado el 5 de abril de 2016

On-line el 16 de mayo de 2016

Palabras clave:

Cannabis

Adolescentes

Creencias

Percepción-riesgo

Cognitiva

R E S U M E N

Introducción: La visión del cannabis como una droga blanda responde a una baja percepción de riesgo que jóvenes y adultos tienen de la droga; esta percepción se funda en creencias erróneas acerca de la droga.

Objetivo: Comparar las creencias acerca del cannabis, su uso y sus consecuencias en adolescentes con prevalencia de vida de uso de cannabis y aquellos sin prevalencia de vida de uso de cannabis.

Método: Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal que evaluó una muestra probabilística de 156 estudiantes de enseñanza secundaria con un instrumento *ad-hoc* que incluyó datos sociodemográficos y 22 preguntas acerca de las creencias que tienen los jóvenes sobre cannabis, su uso y sus consecuencias.

Resultados: Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos y las diferentes creencias. El grupo sin prevalencia de vida de uso de cannabis percibe mayor riesgo del daño que puede ocasionar el cannabis en la memoria, otras funciones cognitivas, las neuronas, la salud mental y la salud general. El grupo de prevalencia de vida de uso de cannabis percibe menos riesgo del uso de cannabis y piensa que la gente inteligente fuma cannabis, que el cannabis tiene efectos positivos para el cerebro, que aumenta la creatividad y que se utiliza para curar enfermedades mentales.

Conclusiones: Quienes consumieron cannabis alguna vez en la vida perciben el uso de la sustancia como menos nocivo o con menor potencial de peligrosidad para la salud que quienes nunca consumieron. De hecho quienes consumieron alguna vez incluso tienen creencias que sugieren efectos positivos en los seres humanos que consumen.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: galvan.patignani@gmail.com, danielg.galvan@campussucc.edu.co (G. Galván).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.04.002>

0034-7450/© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Cannabis: A Cognitive Illusion

A B S T R A C T

Keywords:

Cannabis
Adolescents
Beliefs
Perception-risk
Cognitive

Introduction: The vision of cannabis as a soft drug is due to the low risk perception that young and old people have of the drug. This perception is based on erroneous beliefs that people have about the drug.

Objective: To compare the beliefs of cannabis use and consequences among adolescents with a lifetime prevalence of cannabis use and those without a lifetime prevalence of cannabis use.

Method: Quantitative, descriptive and cross-sectional study with a probability sample of 156 high school students who completed an *ad-hoc* questionnaire that included sociodemographic data and 22 questions about the beliefs that young people had about cannabis use and its consequences.

Results: The lifetime prevalence of cannabis use was 13.5%. The prevalence group consisted mostly of males. Statistically significant differences between different groups and different beliefs were found. The group with no lifetime prevalence of cannabis use perceived higher risk as regards the damage that cannabis can cause to memory, other cognitive functions, neurons, mental health, and general health. The group with a lifetime prevalence of cannabis use perceived a lower risk as regards the use of cannabis, and think that intelligent people smoke cannabis, and that cannabis has positive effects on the brain, increasing creativity, and is used to cure mental diseases.

Conclusions: Those who used cannabis once in their life perceive the use of the substance as less harmful or less potential danger to health compared to those who never consumed. In fact those who consumed at some time even have beliefs that suggest positive effects in those people that consume it.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Cannabis sativa, cuyo principal componente activo es Δ -9-tetrahidrocannabinol, es la droga ilegal mayormente consumida en todo el mundo¹. La investigación epidemiológica de los últimos 10 años indica que el uso regular de cannabis, 10 o más cigarrillos de cannabis por mes², durante la adolescencia y la edad adulta puede tener efectos adversos³. Un 30-50% de los problemas de uso de sustancias se inician en la infancia y la adolescencia⁴. En Colombia, el 11,5% de la población de 12 a 65 años ha probado marihuana alguna vez, y la edad de inicio de consumo es a los 17,6 años⁵, aunque ciertos estudios reportan edades menores⁶.

El hecho que el cannabis sea la droga ilícita más consumida por los jóvenes se debe, según diferentes autores, a que se tiene la falsa creencia de que dicha droga podría ocasionar solo un pequeño daño⁷⁻¹⁰. Las creencias son ideas o generalizaciones que se utilizan para interpretar la realidad y se basan precisamente en referencias como experiencias personales, informaciones recibidas de otras personas, imaginaciones y deducciones¹¹.

Las creencias distorsionadas llevan a la consecuente baja percepción de riesgo, y esto cobra un papel fundamental en cuanto a la intención conductual, ya que las personas toman decisiones ante situaciones (como consumir o no) en función de cuáles son sus creencias o ideas acerca de las consecuencias que tendrán (positivas o negativas)¹².

La literatura indica que el uso de cannabis puede producir diversos trastornos y alteraciones en múltiples órganos y sistemas, así como en diferentes áreas y roles^{13,14}. El uso de cannabis puede afectar al cerebro desde el punto de vista estructural y funcional, y se evidencian anomalías en el hipocampo, amígdala y la conectividad axonal¹⁵⁻¹⁷.

En cuanto a la salud mental, la evidencia científica indica una fuerte asociación entre el uso de cannabis y el inicio o empeoramiento de trastornos mentales como esquizofrenia^{1,18-24}, trastorno bipolar²⁵⁻³⁰, depresión³¹, ataques de ansiedad³⁰ o trastornos de pánico³² y dependencia^{26,33-35}.

Los efectos neuropsicológicos del uso de cannabis también se han estudiado ampliamente en los últimos años³⁶ y se conoce que su uso afectaría (al menos en el corto-medio plazo) a la memoria a corto plazo, la memoria de trabajo, la atención mantenida, la capacidad de inhibición de respuesta, la toma de decisiones, la evaluación de consecuencias y la interacción entre eventos cognitivos y emociones^{37,38}. La afectación de estas funciones se reflejaría en diferentes ámbitos, como un deficiente desempeño académico en adolescentes^{13,14,39-42} y, aunque no solo en jóvenes, en el desempeño en la conducción de vehículos, pues se registran altas tasas de siniestralidad y mortalidad⁴³⁻⁴⁵.

El uso de cannabis también está asociado a problemas de índole respiratoria: disnea, faringitis, afonía y exacerbación del asma⁴⁶. Por otro lado, y a consecuencia de sustancias añadidas por los traficantes de cannabis (como arena de sílice

o polvo de vidrio), se registran problemas como neumonitis, úlceras en boca, dolor de garganta y tos⁴⁷.

Por otra parte, están en controversia los efectos positivos del uso de la sustancia, al menos en lo referente a la creatividad. Green et al. indicaron en su estudio que al menos el 50% de los usuarios de cannabis en estado de intoxicación aguda reportaron un aumento de la creatividad⁴⁸; sin embargo, otros estudios⁴⁹ indican que los intoxicados con cannabis de alta potencia muestran peores rendimientos en la esfera de la creatividad.

En lo relativo al uso medicinal de cannabis, unos pocos medicamentos han sido legalizados; Dronabinol y nabilona (Estados Unidos) están indicados para náuseas y vómitos (por quimioterapia), anorexia y pérdida de peso asociada a sida; nabiximol (Canadá) está indicado para dolor en cáncer y dolor neuropático en esclerosis múltiple, y rimonabán (Europa), para reducción del apetito en la obesidad^{50,51}.

Allende las indicaciones aprobadas, según ciertos estudios, hay derivados cannábicos que prometen resultados positivos en glaucoma, epilepsia⁵², estrés, ansiedad, insomnio, mala concentración, depresión⁵³, esclerosis múltiple⁵⁴, enfermedad de Crohn y enfermedades inflamatorias del intestino⁵⁵ y actúan como agentes antineoplásicos con efecto antitumoral⁵⁶.

A pesar de lo anterior, y de un tiempo a esta parte, persiste en general la idea que la marihuana es una droga blanda con escasos efectos perjudiciales; esto responde a una baja percepción de riesgo entre jóvenes y adultos²⁶, al menos sobre ciertos aspectos, que se apoya en falsas creencias y representaciones^{12,57-59}.

Muchas de las personas que prueban cannabis no tienen conocimientos acerca de la sustancia, su uso y sus consecuencias; existe una brecha entre las creencias que hay sobre la sustancia y la realidad basada en la evidencia científica.

Okaneke et al. y Meryll expresan en sendos estudios que, entre los adolescentes, quienes perciben el consumo de cannabis como menos riesgoso son los varones, lo cual los llevaría a ser quienes más consumen^{60,61}.

Manrique-Morales et al. encontraron en su estudio que los consumidores tienen mayor cantidad de creencias positivas respecto del uso de cannabis, como que el consumo no se relaciona con alteraciones intelectuales o de comportamiento, no tiene efectos negativos para la salud, no produce adicción y además es bueno para algunas enfermedades⁶².

Un estudio similar halló que las representaciones que los jóvenes tienen del cannabis son contradictorias. Por un lado, creen que las personas que lo utilizan pueden volverse locas (aunque esta creencia se modifica una vez iniciado el consumo) y, por otro lado, que la marihuana no es mala porque no produce consecuencias físicas visibles, se relaciona con la inspiración artística, se asocia con la valentía y la ausencia de dolor y, además, es medicinal⁸.

Estas creencias no solo afectan a individuos, sino también a colectivos, ya que han llevado a que la mayor parte de los debates y la políticas sobre la legalización hayan sucedido y culminado sin tener en consideración el impacto del consumo de cannabis en los jóvenes y sin considerar los datos científicos al respecto⁷.

En Colombia y otros países, se han llevado a cabo estudios similares al que aquí se presenta, Sin embargo, por un lado,

siempre desde diseños cualitativos para evaluar representaciones sociales y, por otro, nunca comparando las creencias entre quienes han consumido al menos una vez y quienes no han consumido nunca.

Por todo lo anterior, el estudio de las creencias es de suma importancia, ya que puede indicar los objetivos para intervenciones preventivas y educativas realmente eficaces orientadas a adolescentes. El objetivo de este estudio es describir y comparar la percepción que hay sobre el cannabis, su uso y sus consecuencias entre adolescentes de 13 a 18 años escolarizados en colegio de enseñanza pública que usaron cannabis alguna vez en la vida y quienes nunca lo usaron.

Objetivos

Comparar las creencias acerca del cannabis, su uso y sus consecuencias de los adolescentes entre 13 y 18 años escolarizados en colegio de enseñanza pública, con prevalencia de vida de uso de cannabis y aquellos sin prevalencia de vida de uso de cannabis.

Material y métodos

Diseño

Estudio cuantitativo de corte transversal descriptivo⁶³.

Participantes

Se evaluó una muestra probabilística de 156 alumnos de educación secundaria (entre 6.º y 11.º grado) de la ciudad de Montería (Córdoba, Colombia) a partir de un diseño muestral de tipo probabilístico (el 43,6% mujeres). La media de edad de la muestra fue $15,2 \pm 1,5$ (intervalo, 13-18) años. La muestra total se distribuyó según la prevalencia de vida de uso de cannabis (con frente a sin, el 13,5 frente al 86,5%).

Los criterios de inclusión fueron presentar consentimiento informado firmado por padres/tutores y edad comprendida entre 13 y 18 años.

Instrumentos

Para valorar las diferentes variables del estudio, se utilizó un instrumento *ad-hoc*, que incluye: a) datos sociodemográficos (edad, sexo, curso al que asiste, grupo de convivencia, cantidad de hermanos, país de origen, estrato económico, cantidad de dinero que los padres dan semanalmente a los alumnos, práctica de deporte y consumo de tabaco y alcohol), y b) un cuestionario acerca de las creencias acerca del cannabis, su uso y sus consecuencias. Dicho cuestionario se construyó con base en un cuestionario utilizado en un estudio similar en una población de adolescentes argentinos⁵⁹. El cuestionario está compuesto por 22 ítems (tabla 1). Cada una de las preguntas 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).

Tabla 1 – Creencias acerca del cannabis, su uso y sus consecuencias

Ítem	Media	U de Mann-Whitney	Z	p (bilateral)
1. ¿El consumo de marihuana daña tu memoria?				
SPV	82,52	874,5	-3,105	<0,01 ^a
CPV	52,64			
2. El consumo de marihuana ¿deteriora funciones cognitivas como la atención, la toma de decisiones y la previsión de riesgos?				
SPV	81,68	988,0	-2,366	0,01 ^b
CPV	58,05			
3. ¿Fumar marihuana afecta a los pulmones?				
SPV	80,26	1.180,5	-1,361	0,17
CPV	67,21			
4. ¿Fumar cigarrillos (tabaco) afecta más a los pulmones que fumar marihuana?				
SPV	78,83	1.373,5	-0,242	0,80
CPV	76,4			
5. ¿Fumar marihuana genera dependencia?				
SPV	79,75	1.248,5	-0,901	0,36
CPV	70,45			
6. ¿Fumar marihuana puede afectar a las neuronas?				
SPV	81,73	981,5	-2,437	0,01 ^b
CPV	57,74			
7. ¿Fumar marihuana afecta a la salud mental?				
SPV	81,6	999,0	-2,376	0,01 ^b
CPV	58,57			
8. ¿Fumar marihuana puede desencadenar un trastorno mental como ansiedad, depresión o esquizofrenia?				
SPV	79,87	1.232,5	-1,036	0,30
CPV	69,69			
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?				
SPV	80,8	1.107,5	-1,665	0,09
CPV	63,74			
10. ¿La marihuana que se vende en la calle siempre es pura?				
SPV	77,19	1.240,0	-0,964	0,33
CPV	86,95			
11. ¿El consumo de marihuana puede conllevar problemas legales?				
SPV	79,98	1.217,5	-1,124	0,24
CPV	68,98			
12. ¿La marihuana es una droga peligrosa?				
SPV	82,16	923,0	-2,868	<0,01 ^b
CPV	54,95			
13. ¿Fumar marihuana es dañino para la salud?				
SPV	80,86	1.099,5	-1,897	0,05 ^a
CPV	63,36			
14. ¿La marihuana tiene efectos positivos en el cerebro?				
SPV	74,65	898,0	-2,774	<0,01 ^b
CPV	103,24			
15. ¿La marihuana aumenta la creatividad?				
SPV	74,07	819,0	-3,219	<0,01 ^b
CPV	107			
16. ¿La marihuana es menos dañina que el alcohol y el tabaco?				
SPV	75,91	1.067,5	-1,879	0,06
CPV	95,17			
17. ¿La gente inteligente fuma marihuana?				
SPV	75,27	982,0	-2,405	0,01 ^b
CPV	99,24			

Tabla 1 – (continuación)

Ítem	Media	U de Mann-Whitney	Z	p (bilateral)
18. ¿La marihuana tiene efectos medicinales?				
SPV	75,89	1.065,0	-1,879	0,06
CPV	95,29			
19. ¿La marihuana se utiliza para curar enfermedades mentales?				
SPV	75,2	972,0	-2,380	0,01 ^b
CPV	99,71			
20. ¿El uso frecuente de marihuana puede afectar a tu rendimiento académico?				
SPV	78,59	1.405,0	-0,068	0,94
CPV	75,57			
21. ¿El uso frecuente de marihuana puede crearte problemas con tu familia, tu pareja o tus amigos?				
SPV	78,96	1.356,0	-0,358	0,72
CPV	75,57			
22. ¿Fumar marihuana puede afectar a la capacidad para conducir?				
SPV	78	1.350,5	-0,366	0,71
CPV	81,69			

^a p < 0,05.^b p = 0,01.

Procedimiento

Antes de iniciarse la recolección de datos, se solicitó permiso al colegio para acceder a la muestra. Con la aprobación del colegio se hicieron visitas a cada una de las aulas y se informó a los alumnos acerca de objetivos, alcances, procedimientos y posibles riesgos del estudio. Cada alumno recibió un formulario de consentimiento informado que debía devolver con la firma de los padres o tutores en el plazo máximo de 1 semana. De 750 formularios de consentimiento informado, se obtuvo el consentimiento de los padres/tutores de los 156 alumnos que finalmente participaron en el estudio.

Las evaluaciones se llevaron a cabo durante 2 semanas en el mismo colegio y dos investigadores recogieron los datos en varias sesiones de aproximadamente 45 min cada una.

Análisis de datos

Luego de la recolección de los datos se procedió a la tabulación, con lo que se creó una base de datos con 156 participantes.

Para los análisis estadísticos se utilizó el software estadístico SPSS v. 23.0 para Windows (SPSS, Inc.). El primer paso fue realizar los análisis descriptivos para la muestra completa y sus variables sociodemográficas, familiares y sociales. En el siguiente paso se dividió la muestra total en dos grupos según la prevalencia de vida en marihuana comparando las variables sociodemográficas, familiares y sociales entre ambos.

Las técnicas utilizadas fueron análisis de frecuencia, descriptivos, prueba de la t de Student, prueba de la U de Mann-Whitney y prueba de la χ^2 . Se consideró estadísticamente significativo un valor de p < 0,05.

Se usó el método de consistencia interna basado en el alpha de Cronbach para estimar la fiabilidad del instrumento utilizado en la evaluación de creencias. En este caso, se obtuvo $\alpha = 0,88$, lo cual indica adecuada fiabilidad⁶⁴.

Tabla 2 – Datos sociodemográficos

	Media	U de Mann-Whitney	Z	p (bilateral)
<i>Edad</i>				
Sin uso de cannabis (n = 135)	77,15	1,235	−0,966	0,33
Con uso de cannabis (n = 21)	87,19			
<i>Estrato económico</i>				
Sin uso de cannabis (n = 135)	77,4	1.269	−0,863	0,38
Con uso de cannabis (n = 21)	85,55			
<i>Curso al que asiste</i>				
Sin uso de cannabis (n = 135)	81,13	1.063	−0,061	0,06
Con uso de cannabis (n = 21)	61,62			

Tabla 3 – Consumo de drogas

	Total de sujetos (n = 156)	Sin consumo de cannabis (n = 135)	Con consumo de cannabis (n = 21)	χ^2
<i>Sexo</i>				
Mujeres	88 (56,4)	81 (60,0)	7 (33,3)	5,256 ^a
Varones	68 (43,6)	54 (40,0)	14 (66,7)	
<i>¿Alguien en tu familia consume drogas legales?</i>				
Sí	111 (71,2)	95 (70,4)	16 (76,2)	0,3
No	45 (28,8)	40 (29,6)	16 (76,2)	
<i>¿Alguien en tu familia consume drogas ilegales?</i>				
Sí	30 (19,2)	20 (14,8)	10 (47,6)	12,591 ^b
No	126 (80,8)	115 (85,2)	11 (52,4)	

Los valores expresan n (%).

^a p < 0,05.

^b p < 0,01.

Resultados

La muestra total (tabla 2) quedó conformada por 156 alumnos (88 mujeres y 68 varones) con una media de edad de 15,2 años.

La prevalencia de vida de uso de cannabis se estableció en el 13,5% (n = 21) frente al 86,5% (n = 135) que nunca utilizó la sustancia. Entre los grupos no hubo diferencias estadísticamente significativas en la media de edad media o el grado escolar.

También se puede observar (tabla 2) que el grupo de prevalencia de vida de uso de cannabis estaba constituido mayormente por varones (14 [66,7%] frente a 7 [33,3%]) respecto al grupo sin prevalencia de vida de uso de cannabis (81 [60%] frente a 54 [40%]). La media de edad en que los sujetos del grupo de prevalencia de vida de uso de cannabis probaron la sustancia por primera vez fue $11,85 \pm 5,13$ años. En cuanto al consumo de sustancias legales dentro de las familias, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas. Sí se establecieron diferencias al evaluar el consumo de sustancias ilegales, y las familias del grupo de prevalencia de vida de uso de cannabis son las que más participación tuvieron en el consumo de este tipo de sustancias. Tabla 3

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en varias creencias sobre las consecuencias negativas y potencialmente positivas para la salud de las personas que el uso de la sustancia podría tener.

A diferencia del grupo con prevalencia de vida de uso de cannabis, el grupo sin prevalencia de vida estima que hay mayor riesgo de que el consumo de marihuana dañe la memoria y otras funciones cognitivas. Este grupo también estaba

más convencido de que el uso de marihuana podría afectar a las neuronas y la salud mental; además, percibe el uso de marihuana como potencialmente peligroso y dañino para la salud en general, a diferencia de quienes alguna vez probaron la droga.

Por otra parte, quienes han probado alguna vez cannabis estuvieron mayormente de acuerdo con otros ítems, con diferencias estadísticamente significativas en comparación con quienes nunca usaron marihuana. El grupo de prevalencia de vida de uso de cannabis mencionó mayormente que usar marihuana puede tener efectos positivos para el cerebro, que incluso puede aumentar la creatividad. Por otro lado, afirma mayormente que las personas inteligentes son quienes fuman marihuana y que además la marihuana se utiliza para curar enfermedades mentales.

Pese a no haber diferencias estadísticamente significativas en otros ítems, puede notarse en las puntuaciones del grupo sin prevalencia de vida de uso de cannabis un mayor acuerdo en cuanto a algunos puntos, como el efecto del cannabis en los pulmones, los problemas legales relacionados con el consumo o la posibilidad de que se produzca dependencia.

Discusión

Los resultados del estudio muestran una prevalencia de vida de uso de cannabis > 13,5% (11,5%)⁵ y una edad de inicio de consumo acentuadamente menor (11,5 años) que la expresada en último Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia (17,6 años); si bien estas

discrepancias son significativas desde el punto de vista clínico, es posible que las diferencias entre los estudios se deban a los tamaños muestrales. La disminución de la edad de inicio implica, a futuro, más graves consecuencias para los jóvenes consumidores si el consumo se volviera asiduo que para quienes inician el consumo más tardíamente.

En el estudio se compararon las creencias sobre el cannabis, su uso y sus consecuencias entre quienes han probado al menos una vez cannabis y quienes nunca lo han probado. Como ya se ha explicado, las creencias dependen de experiencias personales, informaciones recibidas de otras personas (familia, amigos, medios, etc.), ilusiones y/o deducciones. Cabe mencionar que, entre los resultados del estudio, se evaluó si en las familias de los grupos comparados se consumían drogas legales e ilegales. Los integrantes del grupo de prevalencia de vida de uso de cannabis indicaron mayor cantidad de veces que en su familia se consumían drogas ilegales. Es probable que esto pueda incidir en que las creencias de este grupo sean diferentes que en el grupo sin prevalencia de vida de uso de cannabis; dado que es una manera de transmitir la idea que consumir drogas, y de tipo ilegal, es al menos posible que algún otro las consuma.

Por otra parte, el grupo de prevalencia de vida de uso de cannabis estaba conformado mayormente por varones. Esto, tal como explican Okaneku et al. y Merrill, probablemente se deba a que los varones perciben menos el riesgo, lo que los llevaría a probar esta sustancia.

Comparando estos hallazgos con los de otros estudios, también se encuentran divergencias en las creencias respecto al cannabis, su uso y sus consecuencias. El grupo de prevalencia de vida de uso de cannabis, a diferencia del otro, cree que el uso de cannabis tiene efectos positivos en el cerebro y que incluso se utiliza para curar enfermedades mentales. La evidencia de otros estudios indica lo contrario, pues el uso de la sustancia implicaría problemas funcionales y estructurales en diferentes áreas del cerebro¹⁵⁻¹⁷, además de trastornos neuropsicológicos³⁶⁻³⁸, y puede desencadenar o agravar la evolución de trastornos mentales^{1,18-24}.

El grupo de prevalencia de vida de uso de cannabis cree mayoritariamente que el consumo de cannabis aumenta la creatividad, como los adolescentes del estudio de Sierra et al., que creen que aumenta la inspiración artística. Este aspecto continúa siendo controvertido, pues no hay una respuesta definitiva.

Respecto al rendimiento intelectual, Manrique-Morales et al. indicaron que los jóvenes de su muestra expresaron que el uso de cannabis no afectaba a las capacidades intelectuales. Los adolescentes que en el presente estudio reportaron haber consumido cannabis alguna vez creen incluso que las personas inteligentes son quienes consumen cannabis. Si bien en la literatura no hay evidencia de que las personas inteligentes sean quienes predominantemente consumen cannabis, lo que sí se sabe es que el uso, sobre todo prolongado, afecta a las funciones intelectuales³⁴⁻³⁶.

Por el contrario, quienes nunca han consumido cannabis en su vida creen que su consumo sí representa un riesgo para la salud mental, las funciones cognitivas y las neuronas y que es algo potencialmente peligroso y dañino para la salud.

En resumen, es posible que las discrepancias entre estos dos grupos en las creencias acerca del cannabis, su uso y sus

consecuencias radiquen, en primer término, en que el grupo de prevalencia de vida de uso de cannabis ya tuvo al menos una experiencia de consumo, lo que podría haber minimizado las creencias negativas y potenciar las positivas. En segundo término, que el mismo grupo estuviera conformado por una mayoría de varones, y hoy por hoy se sabe que estos perciben menos el riesgo de las drogas. En tercer término, un referente familiar de consumo de cannabis (previo o presente) estimularía y/o reforzaría en los jóvenes las creencias positivas y favorables respecto a su uso y sus consecuencias.

Respecto al primer término, es posible que existan otras direcciones en cuanto a la relación entre haber usado cannabis y las creencias que los sujetos tengan. Una de las direcciones es haber tenido creencias positivas y/o negativas minimizadas previas al consumo y por eso probaron la sustancia; otra de las direcciones posibles incluye la anterior y tras la prueba de la sustancia y, ante la ausencia de reacciones negativas, se hayan reforzado las creencias positivas.

Conclusiones

Los resultados de este estudio indican, por un lado, que la tasa de prevalencia de vida de uso de cannabis es levemente más alta que la resultante de estudios nacionales y está mayormente conformada por varones. Por otra parte, la edad de inicio de consumo es sensiblemente más baja que las expresadas por los mismos estudios.

Tener familiares que consumen drogas ilegales, ser varón y haber probado cannabis alguna vez en la vida se asocian con un cambio en las creencias, de modo que no es necesario haberla consumido reciente o crónicamente para que se produzca un cambio en ellas.

Las creencias que mantienen los participantes del grupo de prevalencia de vida de uso de cannabis se caracterizan por ser menos negativas en cuanto a los efectos del cannabis para la salud en varios aspectos (p. ej., efectos en órganos y sistemas), lo que pone de relieve aspectos positivos que tendría la sustancia (p. ej., aumento de la creatividad) e incluso efectos de alivio o cura (p. ej., curar enfermedades mentales). Es necesario e importante que se hagan estudios que evalúen el sistema de creencias respecto al consumo de drogas con muestras más grandes en la región, que indiquen el diseño de estrategias de intervención y educación en adolescentes, para que las políticas de estado en materia de salud pública los tengan en cuenta.

Limitaciones

Es posible que la participación y los tipos de respuestas dadas por algunos de los individuos evaluados se encuentren sesgadas. Al menos el tipo de sesgo de falta de respuesta o de efecto del voluntario fue posible en este estudio: posibles sujetos que no querían participar en el estudio y fueron inducidos por sus padres (al firmar el consentimiento) y sujetos que, siendo consumidores, evitaron comentarlo en las respuestas. De igual manera, es probable que alumnos consumidores no hayan entregado el consentimiento informado en su hogar para no verse comprometidos a participar por temor a la identificación de casos.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores manifiestan no tener conflictos de intereses.

Agradecimientos

Al Semillero de Investigación PsicoSalus por su constante e invaluable ayuda en todos los proyectos de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

- World Drug Report. Viena: United Nation Office of Drugs and Crime; 2011.
- Fabritius M, Chtioui H, Batistella G, Annoni J, Dao K, Favorite B. Comparison of cannabinoid concentrations in oral fluid and whole blood between occasional and regular cannabis smokers prior to and after smoking a cannabis joint. *Analytical and Bioanalytical Chemistry*. 2013;405:9791-803.
- Hall W, Degenhardt L. Adverse health effects of non-medical cannabis use. *Lancet*. 2009;374:1383-91.
- Ramos-Quiroga J, Rodríguez M, Ferrer A. Abordaje de las adicciones en poblaciones especiales. Abordaje de las adicciones en adolescentes. En: Bobes J, Casas M, Gutierrez M. *Manual de trastornos adictivos*. Madrid; 2011. p. 215-15.
- Estudio Nacional de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar 2011. Medellín: Observatorio de Drogas de Colombia; 2013.
- Galván G, Guerrero-Martelo M, Torres J, Torres F, Sánchez Á. Prevalencia de uso de cannabis: Perfil familiar y social de una muestra adolescente. *Psychologia*. 2015;9:101-12.
- Hurd Y, Michaelides M, Miller M, Jutras-Aswad D. Trajectory of adolescent cannabis use on addiction vulnerability. *Neuropharmacology*. 2013;76:416-24.
- Sierra D, Pérez M, Pérez A, Núñez M. Representaciones sociales en jóvenes. *Adicciones*. 2005;17:349-60.
- Bulla Ruiz A, Vasquez Cely A, Güichá Duitama A. Representaciones sociales del consumo de marihuana en estudiantes universitarios. *Psychologia*. 2010;4:89-101.
- Ruiz-Olivares R, Lucena V, José Pino M. El consumo de cannabis y la percepción del riesgo en jóvenes universitarios. *Behav Psychol*. 2010;18:579-90.
- Kerman B, Ugarte M, García A, Lutz F. *Nuevas ciencias de la conducta: Aportaciones para el nuevo milenio*. 2.ª ed. Buenos Aires: UFLO; 2002.
- Becona-Iglesias E. *Bases científicas para la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Ministerio del Interior, Delegación de Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, Secretaría General Técnica; 2002.
- Dörr A, Gorostegui M, Viani S, Dörr B. Adolescentes consumidores de marihuana: implicaciones para la familia y la escuela. *Salud Mental*. 2009;(32):269-78.
- Van Gastel W, Tempelaar W, Bun C, Schubart C, Kahn R, Plevier C, et al. Cannabis use as an indicator of risk for mental health problems in adolescents: a population-based study at secondary schools. *Psychol Med J*. 2013;43:1849-56.
- Rocchetti M, Crescini A, Borgwardt S, Caverzasi E, Politi P, Atakan Z, et al. A meta-analytical review of structural brain alterations in non-psychotic users. *Psych Clin Neurosci*. 2013;67:483-92.
- Yücel M, Solowij N, Respondek C, Whittle S, Fornito A, Pantelis C, et al. Regional brain abnormalities associated with long-term heavy cannabis use. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65:694-701.
- Zalesky A, Solowij N, Lubman D, Takagi M, Harding I, Lorenzetti V, et al. Effects of long-term cannabis use on axonal fibre connectivity. *Brain*. 2012;135:2245-55.
- Copeland J, Rooke SSW. Changes in cannabis use among young people: impact on mental health. *Curr Opin Psychiatry*. 2013;26:325-9.
- Arias F, Szerman 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. *Acta Esp Psiquiatr*. 2013;41:122-9.
- Lagueille X. Related, induced and associated psychiatric disorders to cannabis. *La Revue du Praticien*. 2005;15:30-4.
- Zammit S, Owen M, Evans J, Heron J, Lewis G. Cannabis, COMPT and psychotic experiences. *Br J Psychiatry*. 2011;199:380-95.
- Konings M, Stefanis N, Kuepper RdGR, Ten Have MvOJ, Bakoula C, Henquet C. Replication in two independent population-based samples that childhood maltreatment and cannabis use synergistically impact on psychosis risk. *Psychol Med*. 2012;42:149-59.
- Henquet C, Van Os J, Kuepper R, Delespaul P, Smits M, Campo J, et al. Psychosis reactivity to cannabis use daily life: an experience sampling study. *Br J Psychiatry*. 2010;196:447-53.
- Donoghue KDG, Murray R, Jones P, Morgan C, Dazzan P, Hart J, et al. Cannabis use, gender and age of onset of schizophrenia: data from the AESOP study. *Psychiatry Res*. 2014;215:528-32.
- Arias F, Szerman 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. *Acta Esp Psiquiatr*. 2013;41:122-9.
- Arias F, Madoz A. Cannabis. En: Pereiro Gómez C, editor. *Manual de adicciones para médicos especialistas en formación*. Madrid: SOCIODROGALCOHOL; 2010. p. 624-5.
- Denson T, Earlywine M. Decreased depression in marijuana users. *Addict Behav*. 2006;31:738-42.
- Leite RT, Nogueira S, de O, Do Nascimento JP, De Lima LS, Da Nóbrega TB, Virgínio M, da S, et al. The use of cannabis as a predictor of early onset of bipolar disorder and suicide attempts. *Neural Plast*. 2015;2015:434127.
- Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. Exploring the association between cannabis use and depression. *Addiction*. 2003;98:1493-504.
- Patton G, Coffey C, Carlin J, Degenhardt L, Lynskey M, Hall W. Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *BMJ*. 2002;325:1195-205.
- Crippa J, Zuardi AMSR, Bhattacharyya S, Atakan Z, McGuire P, Fusar-Poli P. Cannabis and anxiety: a critical review of the evidence. *Hum Psychopharmacol Clin Exper*. 2009;24:515-23.
- Zvolensky M, Lewinsohn P, Bernstein A, Schmidt N, Buckner J, Seeley J, et al. Prospective association between cannabis use, abuse, and dependence and panic attack and disorder. *J Psychiatry Res*. 2008;42:1017-23.

33. Sharma P, Murthy P, Bharath M. Chemistry, metabolisms, and toxicology of cannabis: Clinical implications. *Iran J Psychiatry*. 2012;7:149-56.
34. Mehmedic Z, Chandra S, Slade D, Denham H, Foster S, Patel A, et al. Potency trends of Δ^9 -THC and other cannabinoids in confiscated cannabis preparations from 1993 to 2008. *J Forensic Science*. 2008;55:1209-17.
35. Tsumura Y, Aoki R, Tokieda Y, Akutsu M, Kawase Y, Kataoka T, et al. A survey of the potency of Japanese illicit cannabis in fiscal year 2010. *Forensic Sci Int*. 2012;221:77-83.
36. Al-Halabi S, Galván G, Burón P. *Psicometría: neuropsicología*. En: Bobes J, Casas M, Gutierrez M, editores. *Manual de trastornos adictivos*. Madrid: Enfoque; 2012. p. 91-6.
37. Torres G, Fiestas F. Effects of marijuana on cognition: a review from the neurobiological perspective. *Rev Peru Med Exper Salud Publica*. 2012;29:127-34.
38. Gran J, Chamberlain S, Schriber L, Odalaug B. Neuropsychological deficits associates with cannabis use in young adults. *Drug Alcohol Depend*. 2012;121:159-62.
39. Mena I, Dörr A, Viani S, Neubauer S, Gorostegui M, Dörr M, et al. Effects of marijuana consumption in students on brain functions demonstrated by means of neuropsychological tests and neuro-SPECT imaging. *Salud Mental*. 2013;36:335-42.
40. Beck F, Guignard R, Richard J. Epidemiological news in cannabis. *La Revue du Praticien Journal*. 2013;63:1420-4.
41. Vaughn M, Maynard B, Salas-Wright C, Perron B, Abdon A. Prevalence and correlates of truancy in the US: results from a national sample. *J Adolesc*. 2013;36:767-76.
42. Guerrero-Martelo M, Galván G, Pinedo J, Vázquez F, Torres F, Torres J. Prevalencia de vida de uso de cannabis y rendimiento académico en adolescentes. *Salud Uninorte*. 2015;31:571-80.
43. Asbridge M, Hayden J, Cartwright J. Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis. *BMJ*. 2012;344:536.
44. Karila L, Roux P, Rolland B, Benyamina A, Reynaud M, Aubin H, et al. Acute and long-term effects of cannabis use: a review. *Curr Pharm Des*. 2014;20:4112-8.
45. Fergusson D, Horwood L, Boden J. Is driving under the influence of cannabis becoming a greater risk to drive safely than drink driving? Findings from a longitudinal study. *Acc Anal Prev*. 2008;4:1345-50.
46. Marcus H, Robert J. Effects of smoking cannabis on lung function. *Expert Rev Resp Med*. 2011;5:537-47.
47. Delourne J, Delattre C, Godard P, Steenhouwer F, Just N. Respiratory consequences of inhalation of adulterated cannabis. *Revue des Maladies Respiratoires*. 2009;26:552-6.
48. Green B, Kavanagh D, Young R. Being stoned: a review of self-reported cannabis effects. *Drug Alcohol Revue*. 2003;22:453-60.
49. Kowal A, Hazekamp A, Colzato L, Van Steenbergen H, vdW NJA, Durieux J, et al. Cannabis and creativity: highly potent cannabis impairs divergent thinking in regular cannabis users. *Psychopharmacol*. 2015;232:1123-34.
50. Bostwick J. Blurred boundaries: the therapeutics and politics of medical marijuana. *Mayo Clin Proc*. 2012;87:172-86.
51. Borgelt L, Franson K, Nussbaum A, Wang G. The pharmacologic and clinical effects of medical cannabis. *Pharmacother*. 2013;33:195-209.
52. Volkow N, Baler R, Compton W, Weiss S. Adverse health effects of marijuana use. *N Engl J Med*. 2014;370:2219-27.
53. Webb C, Webb S. Therapeutic benefits of cannabis: a patients survey. *Hawaii J Med Public Health*. 2014;73:109-11.
54. Honarmand K, Tierney M, O'Connor P, Feinstein A. Effects on cannabis on cognitive function in patients with multiple sclerosis. *Neurology*. 2011;76:1153-60.
55. Schicho R, Storr M. Cannabis finds its way into treatment of Crohn's disease. *J Pharmacol Pharmacother*. 2014;93:1-3.
56. Oesch S, Gertsch J. Cannabinoid receptor ligands as potential anticancer agents-high hopes for new therapies? *J Pharmacol Pharmacother*. 2009;61:839-53.
57. Becoña E, Cortes M. *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Sociodrogalcohol; 2010.
58. Chabrol H, Roura C, Kallmeyer A. Perceptions of cannabis effects a qualitative study among adolescents. *Encephale*. 2004;30:259-65.
59. Galván G, Guerrero M, Pinedo-López J, García R. Cannabis: realidades alternativas (CRA). *Vertex*. 2015;26:85-91.
60. Okaneku J, Vearrier D, McKeever R, LaSala G, Greenberg M. Change in perceived risk associated with marijuana use in the United States from 2002 to 2012. *Clin Toxicol (Phila)*. 2015;53:151-5.
61. Merrill R. Use of marijuana and changing risk perception. *Am J Health Behav*. 2015;39:3.
62. Manrique-Morales C, Bueno-Cañigal F, Aleixandre-Benavent R, Valderrama-Zurian J. Creencias y motivos asociados al consumo de cannabis en población escolarizada de la ciudad de Valencia, España. *Trastornos Adictivos*. 2011;13:151-9.
63. Hernández Sampieri R, Fernández-Collado C, Btista-Lucio P. *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana; 1991.
64. George D, Mallery P. *SPSS for Windows step by step: a simple guide and Reference*. 11. 0 Update. 4.ª ed. Boston: Allyn & Bacon; 2003.