

**REPRESENTACIONES DE LAS EXPERIENCIAS DE CONSUMO RECREATIVO DE
MARIHUANA EN ADULTOS USUARIOS DE FOROS VIRTUALES**

Laura Andrea Ramírez Medina

Juan Esteban Rosales (Md psiquiatra)
Tutor temático

Alexie Vallejo Silva (Md psiquiatra, epidemiólogo) y Silvia Rivera (psicóloga, Ph.D)
Tutores metodológicos

**UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA
BOGOTÁ, DC. – 2018**

Identificación del proyecto

Institución académica: Universidad del Rosario

Dependencia: Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Título de la investigación: Representaciones de las experiencias de consumo recreativo de marihuana en adultos usuarios de foros virtuales

Instituciones participantes: Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente E.S.E de Bogotá, unidad Kennedy

Tipo de investigación: Cualitativo

Investigador principal: Laura Andrea Ramírez Medina

Investigadores asociados: Juan Esteban Rosales (Md psiquiatra), Silvia Rivera (psicóloga, Ph.D), Alexie Vallejo Silva (Md psiquiatra)

Asesor clínico o temático: Juan Esteban Rosales

Asesor metodológico: Alexie Vallejo Silva y Silvia Rivera

Nota de salvedad de responsabilidad institucional

“La Universidad del Rosario no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

CONTENIDO

1	Introducción	8
2	Justificación	11
3	Marco teórico	14
3.1	Conceptualización histórica de consumo de sustancias	14
3.2	Dinámicas de iniciación y mantenimiento de consumo	18
3.3	Representación de las sustancias psicoactivas en internet	25
3.4	Antecedentes	30
4	Pregunta de investigación	33
5	Objetivos	34
5.1	Objetivo general	34
5.2	Objetivos específicos	34
6	Metodología:	35
6.1	Tipo y diseño general del estudio	35
Tipo de estudio	35	
6.2	. Población y muestra	35
Población o universo	35	
6.3	Selección de los criterios de inclusión y exclusión:	35
6.3.1	Criterio de inclusión	35
6.3.2	Criterios de exclusión	36
6.4	Definición y operacionalización de variables	36
6.4.1	Definición de categorías	36
6.5	Plan de análisis	42
Control de sesgos	44	
6.6	Aspectos éticos de la investigación	44
6.7	Compromisos y estrategias de divulgación	46
7	Administración del proyecto	47
7.1	Cronograma	47
7.2	Presupuesto	48
8	Resultados	49
8.1	Enfermedad	51
8.2	Enfermedad individual	52
8.1.1	Esfera mental	52
8.2.1	Esfera mental	52
8.2.2	Esfera somática	68

8.2.3 Consumo de marihuana y relación con accidentalidad	72
8.3 Enfermedad relacional	75
8.4 Relación con otras sustancias.....	79
8.4.1 Normalización.....	80
8.5 Condena moral	86
8.6 Control y descontrol.....	87
8.6.1 Descontrol	87
8.6.2 Control	91
8.7 Motivaciones.....	94
8.7.1 Motivaciones individuales	94
8.7.2 Motivaciones sociales	102
9 Discusión.....	104
10 Conclusiones	114
11 Recomendaciones	116
12 Referencias.....	117
13 Anexos	125
13.1 Anexo 1 Certificado comité de ética.....	125

Resumen

Objetivo: Analizar de forma cualitativa las representaciones acerca del consumo recreativo de marihuana disponibles en idioma español en usuarios de foros de internet.

Metodología: Se utilizó un enfoque de análisis cualitativo de contenido para explorar comentarios sobre experiencias de consumo recreativo en foros de discusión virtuales. Se incluyeron foros en idioma español con un número mínimo de 30 participantes entre los 18 y 40 años, escritos en la última década. El material extractado se procesó y analizó con estrictos parámetros para garantizar confiabilidad y validez interna.

Resultados: Las representaciones más frecuentes alrededor del consumo recreativo de marihuana se encontraron dentro de dos categorías principales. La percepción general de riesgo que involucra los temas de salud-enfermedad, la relación con otras sustancias, y el control o descontrol en relación con el consumo. Y la categoría de motivaciones que se divide en motivaciones individuales y sociales.

Discusión: A la luz de los resultados de esta investigación, se aprecia la necesidad de que los profesionales de la salud y de apoyo psicosocial comprenda la complejidad de las representaciones sociales que sustentan el consumo de marihuana y de esta forma encuentren nuevas maneras de aproximarse a los consumidores. Así mismo, permitir, la necesidad de creación de nuevas herramientas en el campo virtual que permitan ampliar la comprensión de las personas consumidoras y lograr hacer menos distante la interrelación clínico-paciente mejorando la calidad y asertividad de los procesos psicoeducativos y de tratamiento integral.

Palabras claves: consumo recreativo de marihuana, foros de internet, representaciones sociales

Abstract

Objective: The aim of the current study was to use qualitative content analysis to examine the representations about recreational marijuana use, available in Spanish language on an Internet-mediated discussion forum

Methodology: This study was conducted using a qualitative content analysis methodology to examine messages posted on an online-moderated discussion forum about experiences of recreational marijuana use. We included forums in Spanish language with a minimum number of 30 participants between the ages of 18 and 40 years, written in the last decade. The extracted material was processed and analyzed with strict parameters to guarantee reliability and internal validity.

Results: The most frequent representations about the recreational use of marijuana were found within two main categories. The general perception of risk that involves health-disease issues, the relationship with other substances, and control or lack of control in relation to marijuana use. And the category of motivations which was divided into individual and social motivations.

Discussion: In light of the results of this research, we appreciate the need for health professionals and psychosocial support agents, to understand the complexity of the social representations which maintain the use of marijuana, and thus find new ways of approaching the consumers. As well as it may enable, the creation of new tools in the virtual field to expand the understanding of consumers and achieve less distant clinical-patient interrelation improving the quality and assertiveness of psychoeducational processes and comprehensive treatment.

Keywords: recreational marijuana use, internet forums, social representation

1 Introducción

El consumo de sustancias psicoactivas se ha convertido en los últimos años en un problema de salud a nivel mundial, según el reporte mundial de drogas publicado en 2014, estimando que, en 2012, entre 162 millones y 324 millones de personas, de 3,5% a un 7,0% de la población mundial entre 15 a 64 años, había utilizado una droga ilícita por lo menos una vez en el año anterior. Evidenciando patrones de uso regular, trastornos por consumo de sustancias en 16 y 39 millones de persona(1)

En lo que se refiere a los diferentes grupos de sustancias, ha existido un aumento en el consumo de opiáceos y cannabis desde 2009 a nivel mundial , sin evidenciar aumento en el consumo general de otras sustancias como cocaína o estimulantes tipo anfetaminas. Aunque el cannabis puede percibirse como una sustancia que involucra menos detrimento en la salud, en la última década se ha visto un aumento en la proporción de admisiones para el tratamiento de trastornos por consumo de cannabis (determinados previamente como uso problemático y abuso) incrementó en Europa Central (del 19% al 25%), Europa Oriental y Sudoriental (del 8% al 15%), América Latina y el Caribe (de 24 por ciento a 40%) y Oceanía (del 30% al 46%). (1) Existen algunas hipótesis que sugieren la influencia del desarrollo de preparaciones con mayes concentraciones de THC, el cannabis actual se ha cada vez más potente en las últimas cuatro décadas y cada vez con mayor distribución y modificaciones en el mercado, (2) entre otras explicaciones para el aumento del impacto en salud.

En Colombia, la sustancia ilegal más consumida es la marihuana, teniendo un aumento progresivo en los últimos años. (3) El 3,5 % de los adolescentes y el 6,3% de adultos entre 18 y 44 años manifiesta haber consumido marihuana al menos una vez en la vida, de los cuales el 48,8% y 38,3 % respectivamente lo han hecho en el último año.(3) Según la encuesta nacional de consumo de sustancias psicoactivas del año 2013, el mayor consumo de marihuana se observa en los jóvenes de 18 a 24 años (8.2%), seguido por los adolescentes (4.3%) y jóvenes de 25 a 34 años (3.8%), con una tasa tres veces mayor en los hombres que en las mujeres. (4) La edad de inicio del consumo se encontraba, en promedio alrededor de 17 años siendo un 25% antes de los 15 años, otro 25% a los 19 años o más. (4)

El consumo más reciente que fue medido como prevalencia de consumo en el último mes fue de 2.2% para la población general. La incidencia de inicio de consumo por primera vez en el último año fue 1.1%.(4)

Más del 57.6% de las personas que han consumido marihuana en el último año de acuerdo con la encuesta, mostraban signos de abuso o dependencia, según clasificación DSM IV TR. Lo que permite

estimar el número de personas con trastornos por consumo de sustancias en casi 440 mil las personas con uso problemático-dependiente de marihuana. (4)

Adicionalmente, estudios realizados muestran a la población entre 18 y 24 años como los más afectados por patrones de consumo problemático en más del 40% del total de personas con un patrón de dependencia y el 44% del total de personas que cumplen criterios de abuso, según encuesta nacional de consumo de sustancias. Seguido por los jóvenes de 25-34 años y adolescentes en patrones previamente descritos.(4) *“En términos generales, más de la mitad de las personas que consumen marihuana presentan consecuencias que afectan su salud, ya sea física, psicológica o afectiva. Pero en los adolescentes y jóvenes el impacto relativo es mayor (el 63% y 58.3% respectivamente)”*. (4)

Considerando el consumo de sustancias como un verdadero problema de salud mundial y teniendo en cuenta el creciente aumento de diagnósticos y demanda de acceso a diferentes terapias y tratamientos, se han impulsado nuevas estrategias que permitan llegar a las poblaciones más susceptibles al consumo. Las intervenciones a través de internet han sido presentadas como alternativas para superar muchas barreras de acceso a salud, pueden ser de bajo costo, relativamente anónimas y estar disponibles cuando la persona pudiera desear iniciar el consumo o en alto riesgo de recaídas, especialmente útiles en trastornos relacionados con adicción. (5)

La incorporación de estas estrategias de intervención y la divulgación de información acerca de sustancias psicoactivas vía internet, ha sido posible gracias a la amplia difusión alrededor del mundo de esta herramienta, Un estudio cuyos resultados fueron publicados en junio de 2016 evidenció que casi la mitad de la población mundial es usuaria de internet (3,675,824,813 de personas). Se ha estimado que la población usuaria de internet, se encuentra en su mayoría en Asia 50.2%, seguido de Europa 16.7%, en tercer lugar, se encuentra América latina y el caribe 10,5% seguido por África y América del norte con un 9,3% y 8,6% respectivamente. Un crecimiento del 978.3% alrededor del mundo, 2,029.4% en América Latina desde el año 2000 a 2016.). Existe mayor número de búsquedas y usuarios en el idioma inglés en primer lugar y en tercer lugar el idioma español. (6) De acuerdo al mundialmente conocido portal de estadísticas *statista* en noviembre de 2014, el 26,7% de la población usuaria de internet a nivel mundial se encuentra entre los 25 y 34 años, seguido del 26,5% entre 15 y 25 años y el 20,4% entre 35-44 años(7)

En Colombia según cifras Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en 2013, el uso de internet está presente en el 49% de la población. En el ranking de 144 países sobre el índice de desarrollo tecnológico, Colombia se ubica en la posición número 66. A finales de 2015 se

encontraron más de 5000 suscriptores. Según cifras Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en 2013, en Colombia, el uso de internet está presente en el 49% de la población. En el ranking de 144 países sobre el índice de desarrollo tecnológico, Colombia se ubica en la posición número 66. A finales de 2015 se encontraron más de 5000 suscriptores. Según estas cifras, 8 de cada 10 colombianos acceden actualmente a la internet. El uso por regiones se encuentra encabezado por Bucaramanga, seguido de Medellín y de la ciudad de Bogotá, en cuarto y quinto lugar se encuentra la ciudad de Cali y Barranquilla respectivamente (8)

Dada la amplia distribución, acceso y uso frecuente por parte de adolescentes y adultos de esta herramienta, se ha querido dilucidar la relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la visita de páginas web en contra del consumo que disuadan a los adolescente sobre el uso o de sustancias. Estas páginas enuncian los posibles efectos negativos en la salud, invitando a sus lectores a cesar el consumo o rechazar la oferta. Se ha visto que la exposición a mensajes antidroga se relaciona en los jóvenes a la adquisición de actitudes e intenciones negativas frente al uso de drogas y de esta manera una menor probabilidad de inicio del consumo en un joven no consumidor. (9) Sin embargo a través de internet también pueden encontrarse sitios que expongan beneficios del consumo, diferentes usos y además que faciliten acceso a la sustancia (9).

Existen relativamente poca información en investigación sobre foros, salas de chat, páginas no oficiales. Los temas de abuso y uso indebido de drogas ilícitas son temas muy discutidos a través de medios como la internet debido a libertad con respecto a limitaciones dentro de las que se encuentran relativo anonimato, ausencia de límites geográficos, legales y de identificación personal. La existencia de estas comunidades virtuales autoconstruidas brinda una opción novedosa que provea un espacio propicio para compartir intereses y temas similares permitiendo la posibilidad de establecer una red amplia, auto-renovable y actualizada. (10)

2 Justificación

El consumo de drogas ilícitas puede tener un efecto profundamente negativo en de la vida y la salud de las personas. Puede conducir a muerte prematura, en el caso de sobredosis o suicidio, pero también puede reducir severamente la calidad de vida en términos de discapacidad (cualquier pérdida de la salud a corto o largo plazo), en relación a enfermedad mental, requerimientos de manejo intrahospitalario, enfermedades infectocontagiosas asociadas. (11)

Se han realizado estimaciones globales de los años de vida ajustados por discapacidad (DALY) para dependencia a drogas ilícitas, y el consumo de drogas como factor de riesgo para otros trastornos o enfermedades asociadas como esquizofrenia, hepatitis y VIH relacionado al uso de drogas intravenosas y el consumo de sustancias psicoactivas como factor de riesgo para suicidio, que abarcan tanto años de vida potencial perdida debido a muerte prematura (YLL) y los años vividos con discapacidad (YLD). (11) Los resultados en el año 2010 muestran que la dependencia de drogas ilícitas fue responsable de 3,6 millones de años de vida perdidos por muerte prematura y 16,4 millones de años de vida con discapacidad a nivel mundial. Esto es igual a 20 millones de años de años de vida ajustados por discapacidad (que representan el 0,8% de los años de vida ajustados a la discapacidad global por causas generales). Lo que representa un aumento respecto de los 13,1 millones de años estimados para 1990.(11)

El consumo de sustancias a menudo se asocia adicionalmente con una serie de consecuencias adversas y comportamientos problemáticos incluyendo retiros parciales o totales de instituciones educativas, comportamiento temerario, comportamiento violento y delincuencia en general, sumado a deterioro social, deterioro en áreas cognitivas, mal rendimiento académico y laboral. (12)(13)

Durante la adolescencia y edad adulta temprana resulta inquietante, teniendo en cuenta que son períodos claves de transición. Tienen relación con cambios significativos en la neurobiología del cerebro adolescente, incluyendo un importante desarrollo cognitivo y emocional. Incluso, este período podría ser, en sí mismo, un tiempo crucial de susceptibilidad para el desarrollo de dependencia a sustancias. También descrito como una etapa clave donde típicamente suceden cambios trascendentales en roles sociales y del ciclo vital entre ellos: completar la educación secundaria, la transición a un empleo, inicio de relaciones sexuales, el matrimonio o la paternidad. El uso de sustancias durante estos años es una preocupación en la medida en que pueda perjudicar la transición a través de estas etapas. (14)

Se han descrito un sinnúmero de factores que favorecen el inicio y la perpetuación del consumo, entre los que se encuentran bajo vigilancia paterna y figuras de apego deficientes, presencia compañeros y amigos que consuman sustancias, pobres vínculos sociales y normativos (15), también se considera un factor de influencia la forma en que perciba la información brindada por padres, pares, medios de comunicación impresos y cada vez más la información expuesta en internet. Los patrones de consumo se han visto asociados a otros comportamientos de riesgo y en este caso vinculando directamente el uso problemático de internet con el consumo de sustancias.(16)

Mientras el mercado de las drogas evoluciona, y el uso extendido de internet, aumenta la información disponible en la literatura. Varios estudios, han examinado sitios web relacionados con drogas, sitios de proveedores y fabricantes. El estudio Psychonaut de 2002 encontró 1633 sitios web relacionados con drogas siendo estos sobre contenidos pro-drogas, reducción del daño o posiciones antidrogas, y 92 nuevos compuestos para los cuales había limitada evidencia basada en información disponible. (10)

La internet es una fuente primaria y de fácil acceso no solo para consumidores habituales, personas con interés en iniciar consumo sino también para profesionales y organizaciones que acuden al mismo para conocer nuevas tendencias en drogas de abuso. Las nuevas tecnologías aportan la difusión de estas nuevas tendencias, los consumidores que desean innovar utilizan esta fuente de información, así como los que desean por primera vez conocer sus beneficios y perjuicios. (17) Los sitios web que se centran en las drogas recreativas transmiten todo tipo de información desde diferentes perspectivas. Se ha evidenciado que pese a esfuerzos de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que promueven la visita de sitios que muestren efectos nocivos y como evitar el consumo, los sitios que comunican como usar drogas y beneficios de las mismas reportan alto número de visitas. (18)

La investigación en línea de contenido generado por los usuarios plantea inevitablemente cuestionamientos sobre validez, autenticidad y confiabilidad de la información que se difunde. Adicionalmente inconvenientes relacionados con engaños e información inexacta a la hora de evaluar la calidad de los contenidos en línea. (10) Varios estudios que evalúan la calidad de información web en relación con adicción y dependencia a cannabis en idioma inglés informan pobres resultados.(19) Sitios que brindan información médica también han sido evaluados, reportando alrededor del 70% de problemas de calidad en estudios examinados. (20)Pocos estudios específicos sobre contenidos web de cannabis se han registrado.

Cada vez es más frecuente el uso de la internet como herramienta de búsqueda de información en

salud e información recreativa. Considerando su uso extendido y la extrema vulnerabilidad especial de jóvenes y adolescentes se hace necesario realizar aproximaciones cada vez más a profundidad sobre contenidos a los que se exponen diariamente los usuarios de internet. Las transformaciones actuales y aumento en patrones de consumo de sustancias psicoactivas requieren un abordaje estructural y cada vez más integral en el término de entender las dinámicas que entretengan el consumo y los contenidos de las fuentes de información.

En especial, al valorar las múltiples representaciones del problema de consumo de sustancias que además de tener raíces biológicas y comportamentales, es un fenómeno socialmente construido que tiene además un significado necesariamente subjetivo. Lo anterior motiva a la creación de esta investigación, por medio de la cual pretendemos, a través de un abordaje metodológico cualitativo, describir las experiencias en primera persona que comparten los usuarios en una red de discusión virtual, los considerados beneficios o situaciones adversas relacionadas con el consumo recreativo de la sustancia más popular alrededor del mundo. Este tipo de abordaje favorecerá el conocimiento del contexto en el que surge este complejo fenómeno, permitiendo una mejor comprensión de comportamientos, motivos y creencias a su alrededor y a su vez convertirse en un punto de partida para la elaboración futura de nuevas propuestas teóricas que permitan dar una explicación a su ocurrencia.

3 Marco teórico

3.1 Conceptualización histórica de consumo de sustancias

El consumo de sustancias psicoactivas ha formado parte de las sociedades durante decenas y miles de años. Ha sido incluido en actividades correspondientes a la búsqueda de distintos elementos útiles en actividades de supervivencia y satisfacción de necesidades básicas, curaciones medicinales, así como rituales religiosos, exploración de nuevas sensaciones, modificación estados de ánimo, nivel del alertamiento y percepción del mundo. De esta manera el hombre descubre y empieza a hacer uso de las llamadas drogas o sustancias psicoactivas.

Los orígenes del uso de cannabis se remontan a Afganistán y cultivos posteriores en Arabia, Francia, Asia, Sudáfrica.(21) Incluso, se estima que el cáñamo (*cannabis sativa*) se cultiva en China desde hace 4000 años.(22) Como otras sustancias, el uso de cannabis parece haber tenido características religiosas, uso en rituales y celebraciones religiosas.(23) También fue usado en sus inicios, para la producción de textiles, y posteriormente reconocido como medicamento para aliviar el dolor asociado a procedimientos quirúrgicos en Japón y en la India se creyó podría ser tratamiento de enfermedades venéreas y disentería. Entre los griegos antiguos se utilizó en el tratamiento de otalgias y con el fin de disminuir deseos sexuales. (21) En Europa medieval se usó en hechicería, y tiempo después empezó a ser usada por sus propiedades medicinales. Su uso a lo largo del tiempo, ha sido tan prohibido como alentado. Hildegard von Binger (1150) recomendaba el cáñamo para trastornos gastrointestinales y curación de heridas. Afirmaba sobre sus propiedades para tratar cefalea en su forma comestible, y alertaba sobre los peligros de “abandonarse al cáñamo cuando se tiene una mente débil” (22) Fue en Europa entre los siglos XVII y XVIII donde se empezó a usar ampliamente como sedante y alucinógeno. Sus variantes, Bhan, gahnga, hashish se usaron en la India con fines recreativos y posteriormente su uso se generalizó a otros continentes (21)

En el desarrollo histórico del consumo de sustancias, existen un variado número de influencias en el contexto de la religión, situación cultural y sociopolítica. Este tipo de influencias han tenido fuertes implicaciones a lo largo del tiempo, no solo en las actitudes y percepciones de la comunidad general acerca del consumo sino la conceptualización del

consumo dentro de la concepción social, nosología psiquiátrica y la política en términos de inversión de recursos para su tratamiento, grupos de personas afectadas, estigma social y situación jurídica de los consumidores. (21)

Durante la era de la industrialización se evidenció un rápido cambio de la agricultura al establecimiento de la fábrica y con ello, la utilización de mano de obra a gran escala. En contraste con las características deseables en el nuevo tipo de desempeño laboral como la puntualidad, fiabilidad, eficiencia general, se encontraba la connotación opuesta que conllevaba el consumidor de sustancias como un “improductivo social”; concepciones que fueron vinculadas y fortalecidas por las problemáticas relacionadas con la urbanización y la industrialización como crímenes, pobreza, aumento de mortalidad. (21)

En el campo de la salud mental se ha reconocido el papel cardinal del ambiente en el desarrollo humano y cómo las construcciones propias de la cultura han influenciado percepciones y creencias generales. Dentro de las situaciones que ejemplifican estos preceptos, se encuentra asociación de posiciones restrictivas de la sexualidad en las mujeres y la adicción a la morfina en la época victoriana, así mismo el uso de sustancias como el opio debido a su efecto depresor de la libido, en el tratamiento de neurosis histérica y trastornos relacionados con hipocondría. (21)

Adherida a esta connotación ya negativa, se encontraba el estigma moral al considerar el consumo de sustancias psicoactivas como socialmente ofensivo. Sin embargo, algunos tipos específicos de sustancias se utilizaron ampliamente en lesiones asociadas a la guerra, aumentado exponencialmente el número de consumidores posterior a Guerra Civil, Austro y Franco-prusianas. A pesar de esto, su uso no fue penalizado hasta principios del siglo XX. (21) El cannabis fue considerado como un tóxico en 1906 en Estados Unidos y prohibido en 1920(23). La cocaína y el cannabis entonces fueron relacionados a criminalidad, minorías raciales y personas empobrecidas de la sociedad, lo que dio origen a nuevas políticas para restringir su distribución y posesión. En 1973, se instauró la Administración para el Control de Drogas (DEA), para hacer cumplir las leyes federales antidrogas, en 1986 se establecieron penas de prisión obligatoria para la distribución a gran escala. Incluso durante más de 30 años el DSM ha hecho referencia en implicaciones legales relacionadas con el diagnóstico de consumo problemático.(21)

Tiempo después, y paralelo a la adopción de sanciones cada vez más estrictas, se iniciaron esfuerzos para facilitar su acceso, despenalizar y legalizar el cannabis en algunos estados. Si una persona era encontrada con pequeñas cantidades de cannabis les imponía una pena menor, y en algunas ocasiones se dejaba a decisión de entes competentes, la imposición o no de la misma. A ciertas personas con condiciones médicas específicas les fue permitido su uso. En Estados Unidos de América, California fue el primer estado en legalizarla, desde el 2015, la marihuana medicinal se ha legalizado en 23 estados e incluso, su uso recreacional es legal en 4 estados. (23)

Actualmente, el uso del cannabis se ha aprobado en diferentes contextos, la FDA la aprobó para manejo de náuseas y vómito asociado a quimioterapia, y disminución de apetito relacionado a pérdida de peso en VIH/SIDA. (21) En Colombia se aprobó recientemente la resolución 1816 de 2016 que regula condiciones especiales para otorgar la licencia de producción y fabricación de la marihuana con fines terapéuticos (24)

3.1.1 Evolución nosológica de los trastornos relacionados con el consumo de cannabis

La primera clasificación del DSM I (El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) creado en 1952 en Estados Unidos de América, influida ampliamente por teorías psicoanalíticas y modelos psicosociales divulgó el término “drogadicción” el cual era comúnmente relacionado con trastornos de la personalidad. En 1959, se creó el DSM II liderado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Médica Americana y en el contexto de avances en el campo de la psicofarmacológica, con menor influencia de propuestas teóricas del psicoanálisis. (21)

El DSM III en 1980 rompió con la tradición de influencia psicoanalítica e instauró categorías con base en un consenso de expertos, dando paso a la era donde prevalecería el modelo médico, cambiando el término “adicción”, por los términos “abuso y dependencia” reconociendo también las diferentes configuraciones culturales y los cambios de comportamiento relacionados con el consumo. En el caso de trastorno asociado al cannabis subrayaron la falta de información que soportara la dependencia fisiológica, poniendo en duda la apariencia de tolerancia con el uso continuado de la misma. (21)

El DSM IV intentó reconciliar las limitaciones previas en cuanto a confiabilidad, variabilidad externa de las relaciones entre abuso y dependencia, clarificando que la tolerancia y

abstinencia no son necesarias para definir dependencia, agregando también el ítem de dependencia psicológica. (21)

El DSM 5, por su parte elimina las categorías de abuso y dependencia reuniendo en la categoría de trastornos relacionados con el consumo, incluye como criterio el craving y elimina las dificultades legales relacionadas. En lo que respecta a la existencia de este ítem, pone en evidencia cómo los factores culturales y contextuales pueden permear cualquier clasificación, haciendo referencia al vínculo histórico delincuencia-consumo de sustancias.(21)

Actualmente en el DSM 5 existe un capítulo en trastornos relacionados con el cannabis, dentro del cual se hace referencia a un modelo problemático de consumo relacionado con malestar significativo o deterioro en áreas del funcionamiento durante al menos 12 meses, incluyendo criterio de consumo en mayor cantidad o frecuencia de lo previsto; esfuerzos por disminuir o cesar el consumo, inversión de considerable cantidad de tiempo en actividades relacionadas con el consumo, poderosos deseo o ansias de consumir cannabis; consumo continuado a pesar de sufrir problemas sociales; abandono o reducción de actividades sociales, de ocio, profesionales y el continuo consumo a pesar de conocer existencia de trastorno físico o psicológico. Involucra adicionalmente el concepto de abstinencia y tolerancia; el último referido a necesidad de consumir cantidades mayores cada vez y efecto reducido con consumo prolongado. (25)

Menciona adicionalmente, la categoría de intoxicación que incluye consumo reciente asociado a comportamientos o cambios psicológicos significativos que incluyen inyección conjuntival, taquicardia, xerostomía, aumento del apetito. Y por último la inclusión de criterio de abstinencia que involucra el cese brusco o disminución de consumo acompañado por síntomas como irritabilidad, agresividad, ánimo triste, pérdida de apetito o peso, trastornos en el patrón de sueño, afecto ansioso, intranquilidad y síntomas físicos que provoquen malestar significativo. (25) El criterio compartido es la exclusión de otras enfermedades médicas que puedan manifestarse con el cuadro actual (25)

Por último, se puede evidenciar como las modificaciones en el tiempo del DMS revelan que el camino de las ciencias sociales no es lineal, sino un fenómeno culturalmente construido, susceptible a cambios políticos y sociales y la evolución temporal e histórica. (21)

3.2 Dinámicas de iniciación y mantenimiento de consumo

La adolescencia es la edad más común de inicio de consumo de sustancias, aumentado en la mitad de la adolescencia y en la adultez temprana (14). La edad de 12 a 14 y hasta los 17 años, así como la adolescencia se considera un periodo crítico para el inicio de consumo de alcohol(26).

En estudios de admisiones hospitalarias en Estados Unidos de América reportaron a la marihuana como la principal sustancia de abuso de inicio temprano (14 años o menos) y fue la segunda en frecuencia de admisiones a unidades de tratamiento entre los 15 y 17 años(26) Se ha informado una suerte de serie temporal con respecto al consumo de sustancias identificando al alcohol como la droga de iniciación, seguido de tabaco y posteriormente marihuana, calificando en ocasiones la marihuana como puerta de entrada al consumo de otras sustancias.(14), estableciendo adicionalmente un periodo desde el inicio del consumo hasta el empleo de la misma en patrones regulares de 3 años, para sustancias como marihuana, cocaína y estimulantes. (26)

El inicio de consumo temprano se correlación con mayores patrones de abuso y dependencia. En Encuesta nacional sobre consumo de drogas y salud que personas que iniciaron consumo de sustancias a los 14 años o antes tenían 6 veces más riesgo de presentar patrones de abuso y dependencia que los que iniciaron consumo después de los 18 años. Otros predictores de dependencia a cannabis fueron trastornos mentales, entre ellos afectivos, ansiedad, trastornos relacionados con el consumo de alcohol.(27)

En varios estudios revisados la edad de inicio de consumo de cannabis fue el principal factor predictivo de dependencia. Dentro de los predictores de inicio de consumo de cannabis se encontraban previo inicio de consumo de alcohol concordando con “hipótesis de escape” (28) (27) Y adicionalmente relacionando el inicio temprano con un elevado riesgo de trastornos conductuales, comportamientos sexuales de riesgo, dificultades familiares sociales y jurídicas en comparación con pares que inician el consumo más tarde en la vida. (29) Por lo que incluso solo con aumentar la edad de inicio podría ser una estrategia para reducir riesgo de intoxicación aguda y atenuar consecuencias sociales y de salud que conlleva el inicio temprano

Cuando se realiza comparación entre países, se evidencian diferentes patrones, mayor asociación de drogas ilícitas diferentes a marihuana en Japón comparándolos con EEUU, y Holanda donde el uso de marihuana, cocaína y alcohol es bastante representativo. Por lo que se podría sugerir que los patrones de iniciación están en profunda relación con contextos sociales, disponibilidad de drogas ilícitas y características subjetivas del consumidor. (14)

Factores relacionados con el consumo

La comprensión de aspectos individuales y propios del ambiente en el contexto de inicio y mantenimiento del consumo, es fundamental cuando se trata de entender los patrones y poder optimizar estrategias de manejo. Entre los factores propios del contexto social, podemos encontrar condiciones económicas desfavorables, normas sociales y de integración, políticas en drogas y patrones culturales(30).

Factores individuales

Varios autores han mencionado la importancia de factores individuales y de la personalidad, en el inicio y mantenimiento del consumo de sustancias, entre ellos mencionan factores como: la búsqueda constante de sensaciones nuevas; la autoestima cuyas hipótesis han sido contradictorias en términos de aumento de capacidad para tomar decisiones y en contra el aumento de la confianza para probar cualquier sustancia. También han sido trastornos mentales como depresión, ansiedad ; trastornos del espectro psicótico, en el sentido de que podrían usar sustancias para disminuir tensión y malestar emocional y experimentar sensaciones placenteras. Se han relacionado también características de personalidad individuales como la baja tolerancia a la frustración y discontrol de impulsos, así como la necesidad de obtener satisfacciones inmediatas; las habilidades sociales pobres para rechazar consumo en caso de ser ofrecido; la presencia de trastornos de personalidad; la utilización del consumo como medio de afrontamiento de dificultades; bajo rendimiento escolar y la espiritualidad como factor protector. (30)(31)

Factores individuales y consumo de cannabis

Dentro de investigaciones realizadas se encuentran algunos motivos que difieren en adolescentes y adultos, prima la influencia en el primer grupo, principalmente de la pobre capacidad de regulación de emociones perturbadoras(32). El uso de cannabis para lidiar con emociones negativas aumenta exponencialmente las posibilidades de desarrollar dependencia. (27)

En el grupo de los adultos encontraban benéficos en alivio de frustración causada por dificultades en el ámbito relacional, subrayando adicionalmente el mayor uso para reducción de la tensión emocional y una sensación mayor de relajación que con otras drogas. Encuestas a gran escala que clasificaban a los usuarios de cannabis como experimentales (1-2 veces en la vida), ocasionales si usaban 3-9 veces, usuarios más pesados (10 o más veces) y usuarios diarios (20 o más en últimos 30 días). Llevando a cabo esta clasificación, con el fin de diferenciar motivos que llevaban al consumo y encontraron diferencias que se relacionaban con el uso en mayor medida en lo referente a estrategias de afrontamiento en los consumidores pesado y diario que con el consumo experimental y ocasional. Relacionado directamente el consumo crónico con el hecho de no haber adquirido estrategias adicionales de afrontamiento, utilizar el consumo como estrategia principal o la posibilidad de que el consumo afecte sistemas que regulan el estrés.(32)

Se mencionan, asociadas al consumo de sustancias, las dificultades en resolución de conflictos, regulación emocional como iniciadores y perpetuadores del consumo. Se han relacionado respuestas psicológicas verbal y físicamente agresivas a conflictos interpersonales consecuencia de carencia de habilidades de afrontamiento, pudiendo generalizarse a dificultades en toma de decisiones cuando se encuentran frente al consumo de sustancias, entre estos el uso de cannabis.(33)

En otros estudios realizados fue reportado cómo el control comportamental adecuado, mostrando estrategias como resolución de conflictos, refuerzo cognitivo y auto-refuerzo, capacidad de elaboración de planes; y habilidades de autocontrol se relacionaban inversamente con el consumo de sustancia. Mientras que el pobre control comportamental que incluía: distractibilidad e impulsividad, y pobre control emocional en lo referente a pobre control de la ira, rumiación depresiva y otros efectos negativos tuvieron con correlación positiva con el consumo; además el hecho de usar este tipo de estrategias de afrontamiento se vio relacionado con a un mayor riesgo de dificultades sociales, académicas laborales, que aumentarían la angustia y así el aumento de la posibilidad de consumir cannabis para disminuir el estrés .Con base en estas premisas, aquellos individuos con habilidades de regulación afectiva y emocional más adaptativos, teóricamente tendrían mayores recursos para resistirse al consumo de sustancias.(32)

Juegan un papel decisivo los comportamientos, preconcepciones expectativas y creencias generales sobre la salud y en torno al consumo de sustancias, las cuales pueden ser adquiridas en la infancia o desarrolladas por la experiencia y la información recibida a lo largo de la vida.(30) Las cualidades de valor que los individuos imprimen en el consumo de sustancias no son solo cognitivas o intelectivas, sino también afectivas(34). Algunos autores consideran que este tipo de creencias y actitudes, así como la valoración individual del riesgo y sus posibles efectos son determinantes a favor o en contra del consumo(34). Siendo incluso reconocidas como predictores directos de las conductas posteriores.(30).

Los estudios realizados, muestran que existen algunas motivaciones predominantes , dentro de estas se encuentran: diversión, placer, distanciamiento de situaciones que escapan del control propio, facilitamiento de habilidades de expresión y relación otros, así como creación y reforzamiento de una identidad grupal, mejoría en áreas del funcionamiento personal como habilidades cognitivas y sexuales, disminución de tensión física y psicológica, aumento de sensación de poder y desinhibición conductual .(30) Así mismo, también se establecieron motivos con una correlación negativa como “efectos secundarios, falta de interés por la sustancia, sentir que no la necesitaban”, así como aumento en comportamientos agresivos. (30)

Chabrot, Masson y Müller Aunque el ingreso a una sala dividieron estas creencias en tres tipos de grupos: creencias, anticipatorias, permisivas y orientadas a mitigación de experiencias negativas; los tres grupos incluían creencias en términos negativos y positivos. Dentro del primer grupo se encontraban creencias tales como: “con cannabis un mal viaje es posible”, “el cannabis perturba la vida y causa problemas”, el “cannabis impide que se tengan relaciones normales”, “para pasar un buen rato, se puede consumir cannabis” y “el cannabis no necesariamente produce placer”. Las creencias permisivas incluían “no es peligroso consumir cannabis”, “si se fuma cannabis se arriesga a problemas con la ley”, “el cannabis no es peligroso si se tiene cuidado con la calidad y la dosis”, “es mejor no empezar a consumir cannabis, ya que uno podría convertirse rápidamente en adicto “, “el consumo de cannabis es menos grave que el consumo de drogas fuertes”. El tercer grupo involucraba creencias involucradas a efectos positivos: “El cannabis ayuda a relajarse y calma la ansiedad”, “el uso de cannabis es la única manera de reducir el sufrimiento”, “el cannabis alivia el aburrimiento y permite que uno se sienta mejor” (35)

Encontraron que los motivos y creencias en términos positivos acerca del uso de cannabis se relacionaron con la frecuencia de consumo, en este caso creencias anticipatorias en términos positivos fueron los únicos factores relacionados con dependencia. Aunque creencias permisivas no eran predictores de dependencia (35)

Se alude también, a la relación de afecto y cogniciones específicas, las emociones anteceden a cogniciones, mostrando el papel de las primeras como intermediarias entre las apreciaciones y la evaluación posterior del comportamiento. Las emociones orientan comportamientos, pero al mismo tiempo son orientadas por ideas o creencias personales. Estas creencias asociadas a emociones en términos positivos, por ejemplo, mejoría del sentido del humor, son más significativas y predictivas de comportamientos de consumo, que las que se muestran en términos negativos, por ejemplo, consumir porque se encuentra deprimido o se necesita aliviar el estrés. (34)

Toma de decisiones

Alrededor del tema de consumo de cannabis se ha relacionado el patrón deficitario en la toma de decisiones, asociando la mayor preocupación por recompensas inmediatas que por consecuencia derivadas del consumo a corto o a largo plazo. Lo que tiene un correlato biológico, relacionado con anomalías en ciertos circuitos y áreas cerebrales, entre ellos el lóbulo prefrontal. (32)

Se realizó un estudio en el que se intentaba mostrar los efectos del consumo de cannabis en el comportamiento riesgoso, se comparó un grupo de usuarios que consumieron cigarrillos con marihuana vs un grupo que fue asignado a placebo, evidenciando como altas dosis de cannabis tienen relación directa con toma de decisiones que involucra riesgos y pueden influir en la sensibilidad individual a la apreciación de consecuencias adversas.(36)

El pobre desempeño general en el Juego de azar de Iowa (IGT), diseñado para evaluar toma de decisiones y requiere consideración de riesgo, los consumidores de THC reflejaron pobre desempeño, se piensa que es relacionado con la preferencia por recompensas inmediatas a pesar de estar condicionada por efectos negativos, observados también en personas con lesiones en corteza orbito-frontal. Esta característica podría funcionar como predictor y moderador en el consumo de sustancias. Relacionado además la cantidad de sustancia consumida directamente con consecuencias adversas, en las cuales el consumo puede darse

en conflicto con obligaciones (laborales, escolares, interacción social) dejándolas de lado prefiriendo el consumo, búsqueda o para recuperarse de los efectos del cannabis. (37)

Factores familiares

El grupo familiar juega un papel fundamental como primer factor de socialización y tiene gran influencia en otras esferas de la vida de las personas. Como factores de riesgo familiares para el consumo de cannabis se encuentra: el crecer en un ambiente con pobres patrones adaptativos y cogniciones negativas ante los eventos adversos, adicionalmente eventos adversos durante la vida y disfunción familiar en general, patrones de educación negativos y contradictorios y adultos consumidores en la familia(32)

La investigación de Butters, concluyó que existen predictores importantes entre los que se encuentran rupturas familiares (incluidas divorcio o muerte en la familia) que incrementaban el riesgo de inicio del consumo de cannabis y pobres relaciones familiares en términos de calidad que aumentaban el riesgo en quienes ya consumían de desarrollar consumo en categoría de problemático. (38) La muerte de los padres antes de los 15 años fue marcador de transición a dependencia en consumidores que no la habían desarrollado.(27)

Otros estudios realizados encontraron la acumulación de factores estresantes, alcoholismo familiar, relaciones no satisfactorias con la madre, mencionan nuevamente haber crecido sin ambos padres como relacionados con el consumo de cannabis. Adicionalmente probar cannabis por primera vez bajo circunstancias familiares adversas aumenta el riesgo de escalar el uso. En adición a condiciones socioeconómicas desfavorables (bajo nivel educativo, bajo nivel social, pobres ingresos económicos) (32)(27)

También relacionan factores que tienen que ver con antecedentes de maltrato en la infancia incluyendo violencia física, sexual, negligencia y abandono, o ser testigos de violencia en el hogar se ha reconocido como u importantes factores de riesgo para el desarrollo de consumo de sustancias en etapas posteriores. (31) Este tipo de experiencias puede interferir con el desarrollo de capacidades propias de autorregulación y afrontamiento de situaciones adversas.(32) Existe también una correlación importante entre trastorno de estrés postraumático y el consumo de cannabis en etapas posteriores, se encontró en estudios con veteranos de Vietnam como la intensidad de los síntomas se relacionada proporcionalmente con el consumo de cannabis, y la sustancia ayudaba a disminuir los síntomas de hiperexcitación. (39)

El manejo proactivo que desempeñe la familia de un consumidor, disminuiría la posibilidad de inicio, sin embargo, las normas parentales y el vínculo con la madre, contribuyeron muy poco a reducir el riesgo de iniciar el consumo, según estudios realizados. Al contrario de uso por conocidos y hermanos que fue un factor fuertemente asociado al inicio del consumo. (15)

Factores sociales

La importancia del consumo social del cannabis ha llevado a indagaciones sobre las dinámicas alrededor de este fenómeno. Este es el contexto donde se llevan a cabo prácticas experimentativas, por ejemplo, con sustancias psicoactivas. Encontrando el medio propicio para establecer un sistema conductual basado en creencias y actitudes. La influencia cultural sobre las actitudes y la percepción social del consumo de sustancias, es bastante significativa(34)

La literatura afirma que los jóvenes son influenciados por principios de evitación de la incertidumbre a posibles riesgos y consecuencias, si no han tenido previas experiencias o no se encuentran acompañados por pares con valores similares. Sin embargo, priman los valores hedónicos cuando se consumen sustancias como el cannabis en compañía de pares. (40)

Dentro de los factores que han sido caracterizados como fuertemente relacionados se incluye la relación con personas consumidoras, asociado con el inicio del consumo por influencia directa sobre percepciones y creencias en relación a riesgos y/o beneficios del consumo de sustancias en los no consumidores(31). Los pares pueden actuar como proveedores de sustancias y también como modelos sociales del comportamiento del consumo de cannabis.(32) El tipo de relaciones interpersonales que se establezcan serían determinantes del consumo relacionado con aceptación a un nuevo grupo o reforzamiento de identidad grupal. Este tipo de asociaciones puede conducir a una visión sesgada y llevar a un mayor uso social y como estrategia de afrontamiento. Así mismo el consumo en grupo aumenta riesgo de desenlaces desfavorables en ámbito escolar, familiar etc, perpetuando así mismo el consumo. (32)

Un estudio local realizado en jóvenes universitarios de la ciudad de Cali, evidenció que el consumo de THC era mayor en momentos de diversión y con los amigos (47,3%) y en reuniones sociales (31,4%). En lo que respecta a motivos para el consumo incluyen la presión de pares para consumir (39.1%)(30)

3.3 Representación de las sustancias psicoactivas en internet

Desde la emergencia del internet en 1990, se han suscitado una serie de opiniones contradictorias, por un lado, se habla de componente educativo y mayor disponibilidad de información; pero por el otro se critica la posible exposición a material no apropiado para todas las edades. En los últimos tiempos, su uso ha pasado de ser un medio inusual, privilegio de unos pocos individuos y compañías a una actividad presente en la vida diaria, la mayoría de los adolescentes ahora se mueven en un mundo multimedia.(9) Actualmente es posible usarlo solo con tener un teléfono móvil, conexión a internet desde el hogar o conexiones inalámbricas disponibles en la mayoría de sitios públicos.

Comunicación virtual

La comunicación que se da a través de medios virtuales, involucra un tipo de interacción con características particulares. Se le han realizado críticas argumentando que una comunicación ética y socialmente no significativa por la ausencia de contacto cara a cara. Por otro lado, otros autores han subrayado los aspectos positivos, sugiriendo la disminución en sentimientos de soledad individual gracias a la posibilidad de inicio y mantenimiento de relaciones facilitadas por la reducción de barreras entre estas, la geográfica. Existe la posibilidad de mantener conversaciones directamente desde el lugar de residencia en cualquier momento del día. Adicionalmente ha permitido que adolescentes con características de personalidad ansiosa e introvertidos, puedan tener más fácil acceso a relaciones con pares (41), incluso las personas tímidas que manifiestan inhibición social sin configurar un trastorno se pueden beneficiar de este tipo de interacción. (42)

Se incluyen algunas características individuales de presentación que pueden ser consideradas obstáculos para la comunicación cara a cara, entre estas se han encontrado: falta de atractivo físico, trastornos en el ritmo del lenguaje, tono de voz, timidez visible, ansiedad social, discapacidad o deformidad visible; siendo el internet un medio para evitar la interferencia de características que puedan dar lugar a estigmatización.(42) Se habla incluso de una comunicación de mayor calidad basadas en factores más profundos y substanciales en las relaciones en la internet cuando no se encuentran en juego al inicio las características de presentación antes descritas. (43)

Este tipo de comunicación permite compartir la información personal y el grado de identificación que se desee, pudiendo incluso revelar información tan personal que no revelarían en otros contextos. Car Jorgers diferencia el “verdadero yo” del “yo actual”, definiendo el primero como las características que el individuo cree que posee verdaderamente, pero no mostraría en un círculo social, y el segundo el yo que se pone en marcha cuando se enfrenta a interacciones sociales. (42) Se expone la posibilidad de compartir información más íntima, eludiendo de alguna manera la posibilidad de sanción y desaprobación que conlleva el compartir la identidad. A menudo se podría comunicar información más íntima a personas extrañas, externas al círculo social, familiar etc. (43) Las personas que utilizan esta herramienta para relacionarse, tienen objetivos establecidos incluyendo encontrar a personas que compartan intereses y con quienes expresarse libremente, permitiendo compartir información más personal y con mayor frecuencia. (42) Otros autores lo califican como una desventaja, en la imposibilidad de ubicarse en el contexto del individuo con quien se tiene una conversación y la dificultad de esclarecer si forman un sentido coherente de su identidad individual. (44)

Uso de internet y relación con consumo de sustancias

Por otra parte, se reportan beneficios de la internet en la existencia de numerosos lugares (salas de chat, grupos de noticias, foro de mensajes) para encontrar otras personas que compartan intereses comunes incluso aquellos que son considerados inusuales (42) Dada la confidencialidad, anonimato relativo y la existencia de abundante información sobre múltiples temáticas, encontrar información acerca de drogas en últimos tiempos es bastante sencillo. (45) La Internet se ha convertido en un medio ampliamente disponible, para visitar páginas web que promuevan o desalientan una serie contenidos relacionados a la salud y medios recreativos, dentro de los que se encuentran las sustancias psicoactivas. Estudios muestran que 26-75% de adolescentes que llenaron encuestas en línea han usado la internet para buscar temas sensibles como depresión, salud sexual y sustancias. (41)

Un estudio de adolescentes entre 15-17 años encontró que 76% habían ingresado a internet en búsqueda de temas que incluían abuso de drogas y alcohol (25%) y tabaquismo (23%)(41). En una investigación exploratoria realizada en Estados Unidos, usando datos de 7.145 jóvenes entre 12 y 18 años se evidenció que aproximadamente uno de cada cuatro ha buscado información sobre pérdida de peso o aumento de peso (25%), depresión o enfermedad mental (23%), violencia (23%) y problemas con drogas o alcohol (23%).(41)

Los sitios visitados fueron clasificados como prodrogas si incluían información sobre “cómo usar drogas” o “las cosas buenas de consumir” y los sitios anti drogas, informan sobre “cómo evitar las drogas” o “malas cosas sobre las drogas”.(18). El 5.4% había visitado sitios antidroga, el 1,7% sitios prodrogas y 3.2% había visto ambos tipos. Entre los buscadores, casi cuatro de cada diez (39%, 26% de todos los encuestados) manifiestan haber cambiado su comportamiento a partir de la información recibida. (46)

La visita a sitios web profármacos se vio asociada con el uso previo de drogas o alcohol, el acceso, riesgo percibido y la intención de usar marihuana. Entre los usuarios previos de marihuana el 5,1% habían visto sitios prodrogas solamente, el 6,8% ambos tipos de páginas, comparando con 0,7% y 2,2% respectivamente en los no usuarios. La intención de iniciar el consumo marihuana también se asoció con la visita de sitios pro droga. El riesgo percibido fue directamente relacionado con la visita a sitios antidroga.(18)

Se habla de la vulnerabilidad adolescente para desarrollar comportamientos de abuso en relación con la internet, en esta etapa ocurren transformaciones importantes en relación con adquisición de autoconceptos, y relación con pares. El uso de redes sociales podría ser utilizado en etapas de estrés relacionado con estas temáticas, desarrollando identidades idealizadas y ficticias y brindando la oportunidad de establecer relaciones sociales menos amenazantes, gracias al tipo de interacción. (47)

Entre los factores que influyen el inicio y mantenimiento de este tipo conductas, se encuentra características de la personalidad, como impulsividad, intolerancia a la frustración adicionalmente baja autoestima, estrategias de afrontamiento inadecuadas, presencia de trastornos psiquiátricos previos. Por otro lado, factores interpersonales como manejo inadecuado de tiempo libre, falta de metas, rendimiento académico deficiente, pobres relaciones sociales y familiares, disfunción familiar se han encontrado como relacionados. (47) Factores bastante similares a los factores de riesgo expuestos para los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, incluso se ha dicho que comparten el mismo mecanismo subyacente(48). Varios estudios han hablado de la relación entre comportamientos de abuso de internet y consumo de sustancias psicoactivas. (47)(48)(49)(16). Se describe el uso problemático asociado al internet como un trastorno que incluye síntomas como inquietud o irritabilidad cuando no se está en línea y necesidad de mantenerse conectado al mundo virtual en periodos prolongados de tiempo.(16)

Se ha expuesto incluso, que el abuso del internet y el consumo de sustancias, tienen una relación en doble vía. La severidad del uso indebido del internet fue correlacionada de manera positiva con severidad de uso de alcohol y cigarrillo. Adolescentes quienes iniciaron consumo en etapas tempranas y consumen múltiples sustancias, tuvieron riesgo aumentado de adicción a internet, incluyeron adicción química y comportamental. (50)

Los resultados evidencian que los adolescentes que usan redes sociales a diario tienen 3 veces más probabilidad de consumo del alcohol, y el doble de probabilidad de consumir marihuana y 5 veces más probabilidad de convertirse en fumadores de cigarrillo(51) A pesar de lo descrito, existe poca información sobre las dinámicas de interacción en contextos virtuales(47).

Salas de discusión virtuales

Las salas de chat y los grupos en línea son espacios que han brindado la posibilidad de satisfacción de necesidades individuales y sociales, donde los participantes comparten intereses comunes, entre ellos, hobbies y características personales.(52) Así mismo, brindan la oportunidad de compartir preocupaciones, actitudes, emociones, intereses y formar relaciones. Las conversaciones pueden permitirse en parejas o en grandes grupos. Ha sido considerado por algunos autores, que la comunicación anónima permite apertura de conversaciones sobre temas sensibles y potencialmente vergonzosos, incluso sin ser participantes las personas que deseen visitar los chats abiertos al público, pueden obtener información desde el punto de vista de otros usuarios sobre temas muy diversos. Mediante este medio informativo, se desarrolla una cultura compartida y socialmente construida.(41) Adicionalmente los participantes de salas virtuales han desarrollado incluso su propio lenguaje y codificación, también una forma única de expresar su identidad a través de seudónimos y emociones a través de los llamados emoticones que muestran algunas expresiones del rostro humano a través de símbolos de teclado, que podrían de alguna manera enriquecen la comunicación.

Por otro lado, se describen varios tipos de diferencias entre la comunicación vía chat y la comunicación verbal, que podrían ser consideradas desventajas. Se dice que la primera brinda dificultades de identificar el contexto real y el verdadero establecimiento de la identidad personal al usar seudónimos y de esta manera, la imposibilidad de identificar al usuario real;

se expresa también la dificultad de detectar la participación o permanencia de un miembro en la conversación en una sala de chat, que solo se da si este miembro comparte algún comentario, de lo contrario en el momento podría decirse que no se encuentra presente. (44)

Del mismo modo, el tipo de comunicación es asincrónica y no siempre es clara, debido a la aparición de la conversación como una “progresión lineal de texto, independiente de la dinámica” la cual no permite negociación de tomar turnos para hablar y la sincronía conversacional que si admite una conversación verbal. Se describe también que existe dos características importantes que faltan en este tipo de comunicaciones, la primera es el compromiso colaborativo de los participantes para elaborar un mensaje y la segunda es la retroalimentación inmediata que permite captar el significado emocional social del mensaje que quiere ser enviado. (44)

Aunque las salas de chat son un medio informal, se han propuesto algunas pautas de comunicación, las cuales sería importante tener en cuenta al actuar como participantes de este tipo de salas de discusión virtual, con el fin de que se desarrolle una comunicación más asertiva y efectiva.(41)

Se adoptaría un tipo de modelo basado en el “principio cooperativo”. Dentro de las reglas se encuentra la de calidad, que incluye la presentación de información verdadera, evitando presentar información que el individuo crea falsa o que carezca de pruebas suficientes. La regla de la cantidad indica que la contribución debe ser tan informativa y tan suficiente como se requiera para los propósitos de la conversación. Otra regla involucra la relevancia, en la que deben incluirse solo intervenciones relacionadas con el tema a tratar, y finalmente, la máxima de conducta que indica que el aporte debe ser claro, ordenado y breve evitando estilos ambiguos. (53)

Aunque el ingreso a una sala de discusión virtual no requiere de un tipo de género, raza, nacionalidad, educación y estatus social específico, si es necesario que se cumplan algunas condiciones y requisitos desarrollados por los mismos usuarios, dentro de estas se encuentran: tener destrezas de lectura y escritura adicionalmente tener la capacidad de escuchar y hablar, da ciertas ideas de esquemas de conversación. Deben tener acceso a internet, y en algunas de estas es indispensable haber cumplido una edad determinada. (53)

Algunos autores han clasificado el tipo de conversación en salas de chat como plagado de agresividad, lenguaje intenso, comunicación negativa, hostil e irrelevante. (44) Para evitar que esto ocurra, existen ciertas reglas de comunicación escrita aplicadas en ciertas salas, cuando se trata de conversaciones en general, dentro de las que se encuentran: no escribir en mayúscula, considerado gritar, publicar mensajes alusivos a publicidad o productos en venta dentro de la sala, no repetir el mensaje más de 2 o 3 veces. No son permitidos apodos o comentarios ofensivos, o de carácter sexual a menos que este sea el propósito de la conversación. Se prohíbe el abuso de cualquier tipo al participante.(53) Existen cierto tipo de moderadores quienes monitorean continuamente para que se dé una adecuada comunicación, respeto a los interlocutores y relevancia comunicativa, también poseen la potestad de a través de comandos específicos si no se cumplen las reglas del chat, expulsar a una persona de la sala, prohibir el reingreso hasta expulsar a la persona del servidor. (53)(44)

3.4 Antecedentes

Se han realizado diversos estudios que intentan caracterizar medios virtuales, entre estos, el contenido en foros de discusión de ciertos temas de salud y experiencias de la vida diaria desde perspectivas de pacientes y participantes. Aprovechando que a través de la internet se comparten intereses y preocupaciones similares, forman redes de intercambio de información, búsqueda de consejería y apoyo. Teniendo en cuenta las ventajas ya descritas de este medio, con respecto a otras formas de comunicación y siendo la metodología cualitativa una forma especial para indagar las percepciones desde la propia experiencia y así mismo como moduladores de comportamientos futuros. (54)(55)(56)(57)(58)

Algunos estudios que involucran la revisión de medios virtuales, han indagando cuestiones referentes la uso de THC en situaciones específicas. Un ejemplo de este, es un estudio reciente que investiga los comentarios sobre beneficios y efectos adversos del uso de THC en trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en foros virtuales, que mostró tres veces más comentarios a con respecto a efectos benéficos que a efectos negativos y así mismo encontró una serie de indicaciones de conocimiento popular sobre sus beneficios, aportando conocimiento desde el punto de vista de pacientes y cuidadores, que ha sido poco documentado en la literatura.(59)

Otro estudio revisado, utilizó twitter (servicio de mensajes de texto plano de longitud determinada, mensajes públicos que pueden difundirse de manera privada y permite que usuarios puedan suscribirse a los “tweets” o comentarios de otros usuarios), para evaluar

contenidos de mensajes y características demográficas de usuarios sobre THC; encontrando en su gran mayoría la presentación de expresiones de contenidos de humor seguidos por mensajes que informan sobre beneficios de consumo. Considera que este tipo de mensajes alientan actitudes favorables hacia el consumo, normalizando su rutina y promoviendo sus efectos relajantes. Adicionalmente se encontraron comentarios que involucran seguidores de la cultura pro-cannabis que hablan sobre recetas e instrumentos para el consumo a través de diferentes vías y algunos promoviendo su legalización. Dentro de características demográficas encontraron la mayoría de expuestos a contenido pro marihuana fueron menores de 20 y 17 años, adicionalmente en alta proporción los afroamericanos e hispánicos. Resalta la importancia de relación con exposición a este tipo de mensajes y comportamientos hacia el consumo.(60) Se mostró también la facilidad y comodidad de cómo se exponen este tipo de contenidos y el pobre monitoreo parental hacia los mismos. (61)

En otro estudio diferente se encontró mayoría de tweets pro-marihuana y varios usuarios manifestado su intención de usarla, estos mensajes pro-marihuana descendieron conforme al aumento de la edad, solo el 11% de los tweets por marihuana, fueron escritos por personas de 25 años o mayores, y como en otros estudios, se encontraron un gran número de tweets a favor en afroamericanos. Enunciaron la hipótesis de publicación de mensajes y el hecho de presumir comportamientos relacionados con el consumo en adolescentes para ser aceptados en un círculo social, en lo referente a la influencia de pares en el consumo. Mencionaron también, la importancia del contexto social y cultural, y la facilidad de expresarse sobre un tema de actualidad y que en el momento tiene mayor aceptación. Así mismo subrayaron la posibilidad de que la cantidad de mensajes a favor que podrían relacionarse con comportamientos hacia el consumo, teniendo en cuenta la posibilidad de conectar a un gran número de usuarios en diferentes lugares geográficos(62)

Otra investigación de los mismos autores, estuvo dirigida a una mejor comprensión de las imágenes sobre la marihuana que existen en Instagram (aplicación que permite compartir fotos y videos de manera instantánea, y también actuar como seguidores de otros usuarios), explorando anuncios y características sociodemográficas de sus creadores. Las cuentas de Instagram pueden crearse desde los 13 años, esta red social no censura el contenido explícito, ni tiene censuras por edad, por lo que los menores de edad pueden acceder fácilmente a este tipo de contenidos. Encontraron imágenes en formas tradicionales y no tradicionales para el consumo, formas comestibles y concentrados de marihuana que han mostrado en los pocos

estudios realizados causar importantes efectos adversos. Incluían también tácticas como concursos, descuentos, regalos para atraer potenciales clientes. La mayoría de personas que publicaban este tipo de imágenes fueron adultos jóvenes y adolescentes lo que se correlaciona con la mayoría de la población usuario de estas redes. También como en el previo estudio, alto número de participantes afroamericanos.(63)

En 2016, un estudio de la Sociedad para Investigación en prevención, evaluó las prácticas publicitarias en línea de la venta de marihuana recreativa y características demográficas de usuarios en Colorado y Washington que fueron publicados en un buscador popular en Estados Unidos, “weedmaps” una plataforma legal que incluye tipos de cannabis y ventas locales. Observaron como resultado del estudio la falta de verificación de edad en sitios de venta, adicionalmente la creciente popularidad de estos medios para la venta de sustancias psicoactivas, más de la mitad de los sitios de venta estudiados manifiestan beneficios en términos de salud, en depresión, ansiedad, trastornos del sueño; contrario a lo que informa la literatura. No se identificaron advertencias sobre los efectos de la sustancia sobre la salud.(64)

4 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las representaciones acerca de la experiencias de consumo recreativo de marihuana disponibles en idioma español en adultos usuarios de foros de internet?

5 Objetivos

5.1 Objetivo general

Analizar de forma cualitativa las representaciones acerca del consumo recreativo de marihuana disponibles en idioma español en usuarios de foros de internet.

5.2 Objetivos específicos

- Describir las percepciones, actitudes y creencias asociadas al complejo salud-enfermedad
- Identificar las narrativas acerca de la percepción de control sobre el consumo de la sustancia
- Caracterizar las creencias y percepciones de beneficios, riesgos y daños al comparar la marihuana con otras sustancias psicoactivas
- Caracterizar las motivaciones individuales y sociales relacionadas al uso recreativo de marihuana

6 Metodología:

6.1 Tipo y diseño general del estudio

Este estudio se llevará a cabo desarrollando un enfoque que ha sido utilizado previamente para explorar foros de discusión(65) (66), (59)adicionalmente se utilizaran guías metodológicas sobre procesos de análisis cualitativos (67)(68)(69)

Tipo de estudio: Análisis cualitativo de contenido temático

Tipo de estudios incluidos: Foros de discusión virtuales

Tipos de participantes: Se incluirán foros en idioma español con un número mínimo de 30 participantes en la última década, entre los 18 y 40 años de edad, sin restricción de género.

Según la literatura el número se ha considerado un grupo ideal de 6-12 participantes para un grupo focal(70), para asegurar la participación de al menos 10 individuos, se analizarán foros con un número mínimo de 30 participantes, como se ha hecho en estudios previos. (71)La edad fue elegida con base en el mayor número de usuarios de internet a nivel mundial.

6.2 . Población y muestra

Población o universo: Adultos usuarios de internet

Marco muestral: Adultos jóvenes usuarios de foros de internet

Muestra: Población entre los 18 y 40 años usuarios de foros de internet que contengan discusión sobre uso recreativo de THC

6.3 Selección de los criterios de inclusión y exclusión:

6.3.1 Criterio de inclusión

1. Se analizarán mensajes en foros publicados entre los años 2007 a 2017
2. Se analizarán foros que contengan secciones relacionadas con experiencia y opiniones sobre el consumo
3. Se incluirán mensajes de participantes en edades desde los 18 hasta los 40 años
4. Se elegirán únicamente foros en idioma español

6.3.2 Criterios de exclusión

1. Se excluirán mensajes genéricos, de bienvenida a nuevos usuarios, propaganda
2. Se excluirán mensajes sobre uso medicinal de THC
3. Se excluirán mensajes de contenido político

6.4 Definición y operacionalización de variables

6.4.1 Definición de categorías

Los resultados de esta investigación se dividieron en dos categorías principales según los objetivos de estudio. La categoría de percepción de riesgo y la categoría de motivaciones. (*ver figura Número 1 y 2*)



Figura 1 (categoría 1: percepción de riesgo)



Figura 2 (Categoría 2: motivaciones)

A continuación, consideramos importante describir las bases teóricas que sustentan las definiciones categoriales antes mencionadas.

Percepción de riesgo

La definición original de riesgo involucraba un valor neutral, refiriéndose a la probabilidad de ocurrencia de un evento negativo o positivo como consecuencia de un factor o una serie de factores que coinciden. En términos estrictamente matemáticos el riesgo puede ser calculado por medio de fórmulas que evalúan la magnitud potencial de ocurrencia o no del mismo durante un periodo de tiempo. En el siglo XIX y XX el uso de herramientas estadísticas fue adquiriendo cada vez más importancia en el contexto de la investigación en salud pública y en estudios clínicos, y con esto el concepto de riesgo empieza a adquirir mayor interés, para identificar los factores calificados como peligrosos para la salud. Es así como los hechos no deseados, los daños, las afecciones, son identificadas cada vez más desde la noción de riesgo como consecuencias de factores nocivos; y con esto la noción de riesgo va adquiriendo una connotación fundamentalmente negativa (1). Por otro lado, con la transformación epidemiológica de la enfermedad que se da en los años cincuenta, cuando se logra a nivel global un mayor control de las enfermedades infecciosas, las enfermedades crónicas empiezan a tener más importancia dentro del marco de atención en salud. Los avances en el estudio de las enfermedades crónicas revelan el origen de estas prioritariamente en los estilos de vida no saludables, y con esto la cuestión del riesgo deja de estar asociada con un mero incidente aleatorio por el cual el individuo cae enfermo, sino que empieza a ser una cuestión de responsabilidad individual. Cuando los problemas de salud con mayor prevalencia son de origen crónico, el riesgo comienza a tener una connotación moral, puesto que la lectura que se da es que se trata de patologías generadas principalmente por negligencia y descuido del paciente. Por eso el concepto de riesgo comienza a ser asociado con el control individual y el tipo de decisiones u opciones de estilo de vida que toma cada individuo.

Desde las ciencias sociales se ha mostrado que, en los seres humanos, a la hora de valorar riesgos, interactúan un sinnúmero de variables y las personas tienen en cuenta elementos de carácter cualitativo y subjetivo. La valoración individual de riesgos se sustenta en percepciones, creencias y actitudes. Así mismo involucra factores perceptivos de cantidad y calidad de información recibida a lo largo de la vida; es decir que al valorar los riesgos las personas tienen en cuenta la historia personal y experiencias previas. (2)

En esta investigación se tendrá en cuenta la configuración de percepción de riesgo desde el punto de vista subjetivo y el modelo de creencias en salud, sin perder de vista la valoración moral que dan los participantes de los foros a la noción de riesgo.

Para efectos de esta investigación se tomarán en cuenta aspectos de basados en conjuración de percepción de riesgo desde el modelo de creencias en salud. Se definirá la percepción de riesgo acerca del consumo recreativo de marihuana, como un proceso cognitivo individual que se desarrolla en un plano subjetivo e involucra la realización de juicios de valor. En relación con las siguientes subcategorías:

Criterios de identificación de la enfermedad

El término enfermar, entendido desde la sociología médica, no es un término neutro. Existe una carga simbólica que ha hecho necesaria la distinción de tres acepciones distintas para describir la manera como se construye socialmente y como se vive individualmente la enfermedad en tanto que realidad multidimensional y que guarda múltiples significados para quien la padece y quienes acompañan el proceso. Estas formas de describir la experiencia del enfermar han sido adoptadas por los estudios de salud pública especialmente a partir del trabajo del epidemiólogo Susser. (21) Dentro del análisis que hacemos de estos foros la enfermedad es un término amplio que describe una condición orgánica, pero también social y psicológica y por lo tanto puede ser entendido desde distintas dimensiones. Es por eso por lo que necesitamos identificar la susceptibilidad o vulnerabilidad con que la persona percibe la probabilidad de enfermar teniendo en cuenta tres distintas acepciones del término enfermedad:

Biológica (disease): Mal funcionamiento de procesos biológicos o psicológicos a los que se hace referencia usando terminología adoptada de la medicina, la psiquiatría o la psicológica y desde las cuales se intenta hacer una descripción objetiva de síntomas y signos manifiestos de la enfermedad(3)

Subjetiva (illness): Hace referencia al padecimiento, a menudo involucrando modos de discomfort, malestar y/o disfunción que distinguen este estado de la salud. Incluye la experiencia personal de aflicción y la consiguiente interpretación y significado que se da a los estados vividos. (3)

Social (sickness): La cual enfatiza en la connotación cultural y social secundaria a la enfermedad; para el caso del consumo de marihuana frecuentemente tiene que ver con la estigmatización y el rechazo que se produce socialmente frente al consumidor cuyo estado de salud físico y mental se ve marcado por el uso de la marihuana (3)

Para efectos del análisis de los foros, clasificaremos los comentarios con dos categorías que hacen referencia a los riesgos de caer en la enfermedad en dos sentidos:

- Percepción de un malestar físico o subjetivo/emocional/mental a nivel individual
- Percepción de un malestar frente a los efectos adversos del consumo a nivel relacional

Criterios de comparación del consumo de marihuana con el consumo de otras sustancias

La valoración de riesgo desde el punto de vista subjetivo se conceptúa en las creencias y percepciones personales, puede ser ampliamente variable. Implica la valoración, el procesamiento de ciertos contextos y objetos cuya organización daría un juicio de valor que condicionaría un comportamiento determinado.

En relación con el consumo Megías y Elso (22) concluyen que existe una fisura entre las vivencias de riesgo ante unos supuestos de consumo y/ o unas determinadas formas de consumir, que la posible banalización de consumo encuentra un asidero para los consumos problemáticos pero que existen otros grupos sociales u otras personas en distinta situación personal que reconocen los riesgos potenciales sin minimizarlos. Esta situación no se da de igual forma cuando se trata del consumo de marihuana que tiende a considerarse de una manera más amplia en el imaginario colectivo, una droga más segura.

De acuerdo con las teorías de riesgo de Débora Lupton (23) se identifican las narrativas referentes al consumo de marihuana que dan cuenta de las percepciones de los riesgos beneficios y el correlato moral se establece sobre este consumo, en comparación con el de otras sustancias.

Desde esta perspectiva se identifican dos categorías con respecto a los criterios morales de comparación del consumo de marihuana con el consumo de otras sustancias en términos de normalización y condena moral.

Criterios de descripción del control y el descontrol en el consumo de marihuana

La actividad voluntaria constituye una parte importante en la estructura de la personalidad. Cuando se refiere a los términos control existen conceptos relacionados, entre ellos se encuentra la voluntad y la voluntariedad que tienen características diferentes, el primero

relacionado con la esfera de los motivos mientras que el segundo incluye medios para el dominio de sí mismo, tiene como premisa el entendimiento de las consecuencias(24)

La voluntad y la voluntariedad se desarrollan en una unidad indivisible, que involucra una jerarquía de motivos que no siempre es capaz de organizar ni mantener estable a lo largo del tiempo.(24)

Desde la teoría de Debora Lupton, la noción de riesgo se va estructurando al interior de la epidemiología, la cual describe los estados de salud y enfermedad en un contexto donde la biomedicina ya ha logrado distintos avances en el control de los signos y síntomas de la enfermedad y en dar solución a muchas formas de patología, solucionando los problemas de salud a partir de su origen probable. En estas condiciones históricas la epidemiología junto con las ciencias clínicas describe cómo las patologías crónicas se derivan de factores asociados con los estilos de vida no saludables, y con esto empieza a establecerse un lazo de relación entre el comportamiento de las personas y su estado de salud. con esto la noción de riesgo empieza a tomar una connotación moral que describe la calidad de las decisiones que toman las personas con respecto a su salud. La noción de riesgo en últimas, de acuerdo con Lupton, introduce la idea según la cual la enfermedad o la muerte ya no son destinos imposibles de evitar, sino por el contrario son el resultado de un proceso que se puede impedir con los debidos cuidados. (23)

En este orden de ideas, en esta investigación, se establecen dos categorías referentes a la percepción de la capacidad de control que tienen las personas sobre su consumo y que permiten que la persona caiga o se proteja de la condición de enfermedad, que sería en este caso la adicción:

- Control: categoría que da cuenta de las narrativas en las que las personas describen su capacidad o la de otros para manejar el consumo de marihuana y evitar la enfermedad (adicción).
- Descontrol: categoría que da cuenta de las narrativas en las que las personas describen su incapacidad o la de otros para manejar el consumo de marihuana y evitar la enfermedad (adicción).

Criterios de descripción de la motivación

El concepto de motivación ha tenido distintas connotaciones, entre ellas las condiciones que movilizan a una persona hacia la ejecución de una determinada acción, así como la trama que sustenta el desarrollo de actividades significativas para la persona y en las que esta toma parte. (25)

La conducta del consumo se adquiere y mantiene al seguir un modelo, que incluye, refuerzos subjetivos, sociales, efectos anticipatorios, expectativas sobre resultados, experiencia de sus efectos, refuerzo y castigo.

Con esta categoría buscamos identificar los factores capaces de provocar mantener y dirigir la conducta a un objetivo determinado, en este caso el consumo de marihuana. Incluye lo que dentro de las narrativas las personas identifican como los factores innatos (biológicos), y aprendidos (cognoscitivos, afectivos y sociales) que inician o sostienen la conducta.(4)

Para efectos de esta investigación se tendrán en cuenta motivaciones individuales y sociales de entrada y mantenimiento del consumo de marihuana. Las motivaciones de salida son estudiadas de manera transversal dentro del estudio de la percepción de riesgo, ya que los peligros identificados, son generalmente motivos de salida para el consumo.

Motivaciones individuales

Originada por la gratificación derivada de la propia ejecución de la conducta. En esta investigación utilizaremos la definición de estado interno, que activa, mantiene y dirige una conducta. (26)

Motivaciones sociales

La motivación social ha sido definida como “*Motivos aprendidos, vinculados con relaciones entre personas, como el de poder, afiliación y logro.*”(27) Depende del cumplimiento de ciertas condiciones ambientales o la existencia de algún individuo o individuos capaces de influir en la generación de esta motivación

La motivación social se definirá en esta investigación, según el concepto sobre el que la motivación social como la motivación, secundaria, adquirida o ejercida por factores externos y lleva a una conducta social, entendiendo esta como la conducta que implica interacción con otros.(26)

6.5 Plan de análisis

Fase I: Preparación

Búsqueda de páginas web

1. Términos de búsqueda: marihuana+foro, marihuana+experiencias, cannabis+foros, cannabis+experiencias
2. Sintáxis de búsqueda:
Se combinarán términos para identificar foros que incluyan temas específicos sobre la marihuana y contengan secciones relacionadas con experiencias y opiniones acerca del consumo.
3. Período de publicación e idioma: El intervalo de tiempo utilizado para la búsqueda fue el comprendido entre 2010 y 2017. Páginas web restringidas a idioma español
4. Fuentes de información Se realizará una búsqueda en Google, el motor de búsqueda más utilizado alrededor del mundo

Fase II: Recolección de información y selección de foros de discusión

Búsqueda y selección de datos

La selección de referencias se realizará en tres fases:

Primer filtro: Se realizará una búsqueda por parte de tres revisores independientes para identificar los foros candidatos a evaluación

Segundo filtro: Selección de foros de discusión teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

Para asegurar que mensajes seleccionados sean de carácter público (no requerir consentimiento informado para miembros del foro), sólo los foros en los que los mensajes sean públicos y no requieran contraseña ni membresía para su acceso, serán seleccionados.

Tercer filtro: Con el fin de asegurar adecuado número de participantes, representación comprensiva y sistemática únicamente se analizarán los foros que contengan 30 o más participantes. Se recogerán datos de manera intencional privilegiando la riqueza conceptual hasta que se alcance saturación teórica (no emergencia de nuevos temas).

Fase III Organización

- Se verificarán posibles vacíos en la información
- Se realizarán transcripciones de comentarios elegidos con corrección de errores ortográficos para facilitar la lectura del texto
- Se realizará limpieza de datos (cambio de nombres de participantes para garantizar confidencialidad)
- Los mensajes serán evaluados de forma manual en varias oportunidades por parte de los cuatro investigadores.
- Los datos serán extraídos mediante análisis inductivo y agrupados para producir un marco de codificación inicial

Fase IV Evaluación de la calidad

- La elección de categorías y subcategorías será empírica y conceptualmente documentada. Cada análisis (esquema de clasificación de códigos y categorías) será conducido y descrito de forma independiente por dos investigadores y revisado por un tercero.

Fase V Lectura crítica y análisis de resultados

- Siguiendo los atributos de los códigos, aquellos datos puestos en con códigos similares se combinarán en categorías y subcategorías derivadas de estas
- Las definiciones de categorías y subcategorías serán discutidas con el equipo de investigación y desarrolladas de manera iterativa
- Se realizará análisis secundario adicional de un subgrupo de los datos
- Por último, se realizarán inferencias sobre le material recolectado

Fase VI: Elaboración del informe final

Luego de la obtención de los datos y tras el análisis de estos, se procederá a la realización del informe final de los resultados donde se incluirán citas textuales y se contrastará esta información con datos disponibles en la literatura. Posteriormente se realizará una discusión donde se condensen los hallazgos más relevantes.

Control de sesgos

En este estudio, estará dado por el cumplimiento de los criterios de selección, registro de los datos y métodos utilizados y la cuidadosa documentación del proceso de análisis, así mismo se realizará triangulación de datos por parte de cuatro revisores y triangulación de teorías utilizando múltiples perspectivas para la interpretación de los datos obtenidos.

6.6 Aspectos éticos de la investigación

Categoría de riesgo de la investigación:

Este proyecto cumple con los requisitos y normas establecidas en el Comité de Ética en Investigación de la Universidad del Rosario, la Declaración de Helsinki en su revisión de 2000 y las Normas Éticas Internacionales para Investigaciones Biomédicas de la Organización Mundial de la Salud de 1996. Expuesto el carácter exclusivamente documental de la investigación, corresponde a una investigación categoría 1 o sin riesgo, según lo define el artículo 11 de la Resolución No. 008430, emanada del Ministerio de Salud el 4 de octubre de 1993:

“Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.”

Este estudio tiene en cuenta principios de no maleficencia, valor social que involucra que los resultados de esta investigación se encuentran encaminados en comprensión de fenómenos

sociales y de salud mental. Utilizará técnicas de investigación cualitativa que producen información válida. Se tendrá en cuenta el principio de justicia en selección y protección de datos personales de los participantes. Y el principio de beneficencia, fomentando el respeto por los sujetos involucrados en la investigación.

Población sujeta de investigación:

Se incluirá población adulta entre los 18 y 40 años debido a que se exige la mayoría de edad en la mayoría de sitios web para ingreso a salas de chat en las que se abordan temas relacionados con el consumo de sustancias. Se tendrán en cuenta criterios de selección que involucran edad de participantes y los referentes a la naturaleza de comentarios publicados. Se realizará selección imparcial de sujetos de acuerdo a los objetivos del proyecto, protegiendo a individuos vulnerables o víctimas de estigmatización, sin discriminación alguna. Se recogerá información de páginas web y se escogerán grupos de chat en idioma español donde participe un número mínimo de 30 individuos, número de participantes utilizado en otros estudios; para permitir diversidad de información.

Consentimiento informado: No requiere realización de consentimiento informado, los participantes del chat virtual ingresaron y participaron de manera voluntaria, se tomarán medidas específicas descritas a continuación para proteger identidad de los participantes.

Beneficios y uso de datos personales:

Los argumentos y beneficios de esta investigación con fines académicos fueron cuidadosamente considerados. El enfoque adoptado en este estudio sigue adicionalmente las directrices de la Sociedad Británica de Psicología(71), considera que los foros en internet se ubican dentro del dominio público cuando no se requiera registro previo o interacción con participantes para su acceso. Este enfoque ha sido ampliamente utilizado en otros estudios.(72)(73)(54)

Esta investigación respetará los estándares de protección consagrados en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 que dicta disposiciones generales para la protección de datos. Los foros de internet utilizados en esta investigación se encuentran disponibles como acceso abierto al público (no requieren contraseña para su ingreso), puede considerarse que los participantes que contribuyen en la discusión dentro de los foros han dado su consentimiento implícito para captura y almacenamiento de información. Se asegurará la transparencia en la utilización

de la misma. Se protegerá información según lo consignado en el memorando adoptado en Montevideo el 28 de julio de 2009 sobre datos personales y vida privada a en las redes sociales en Internet, en particular de niños, niñas y adolescentes; en caso de encontrar menores de edad como participantes, no se incluirán en el estudio.

Se usarán los parámetros contruidos en un estudio previo (65):

- 1) No se incluirá el nombre del foro en descripción, ni otros informes
- (2) Los participantes recibirán seudónimos y no se incluirá la URL de lo citado
- (3) De ser necesario, se modificarán las citas para evitar posible rastreo sin cambiar el significado utilizado en el texto, intentando preservación al máximo de todos los elementos contenidos
- (4) Se realizará exploración en motores de búsqueda para asegurar que los comentarios no sean rastreados
- (5) Se realizará consenso entre los investigadores para definir las citas que serán adaptadas
- (6) No se informarán los términos modificados para asegurar confidencialidad

6.7 Compromisos y estrategias de divulgación

Con el fin de reconocer el papel social de esta investigación, serán desarrolladas tareas de gestión que aporten a la apropiación pública del conocimiento y permita fortalecer la cultura científica.

Se realizará la publicación de los resultados científicos en un poster en congresos nacionales de psiquiatría, en una revista científica indexada, así como se gestionará la posibilidad de crear espacios tales como foros de discusión en la Universidad del Rosario donde puedan ser divulgados los hallazgos de la investigación

7 Administración del proyecto

7.1 Cronograma

		2016-2018							
		JUL- OCT 2016	ENERO- MARZO 2017	ABRIL 2017	MAYO	JUN- JUL 2017	AGOS- NOV 2017	ENERO- JULIO 2018	AGOSTO- SEPT 2018
F0	Elaboración de la pregunta de investigación								
	Revisión del estado del arte								
F1	Diseño de la guía temática								
F2	Elaboración de propuesta de investigación								
F3	Elaboración de protocolo								
F4	Presentación a comité de ética								
F5	Búsqueda de foros de discusión								
F6	Recolección de información y selección de foros								
F7	Evaluación de los comentarios								
F8	Elaboración de categorías y sub categorías								
F9	Lectura crítica y análisis de resultados								
F10	Elaboración del informe final y artículo de investigación								

7.2 Presupuesto

- Recursos físicos \$2'000.000
 - Papelería
 - Material didáctico
 - Otros gastos, internet

- recursos talento humano \$24'000.000
 - Valor médico investigador por 3 años

8 Resultados

La búsqueda inicial arrojó 1.230.000 resultados, con un total de 170 páginas de internet relacionadas con el tema de esta investigación. De los cuales se seleccionaron 45 páginas en las que se llevaban a cabo foros de discusión. Aplicando criterios de inclusión y exclusión 37 páginas de internet fueron elegidas para análisis.

Algunas de estas páginas de internet incluían una o más aperturas de temas de discusión. En total fueron incluidos 188 temas de discusión y en total, con un mínimo de 6 comentarios y un máximo 115 comentarios un promedio de 20 comentarios por cada foro. Se incluyeron un total de 1830 comentarios para análisis, de los cuales fueron elegidos textualmente los más representativos a criterio de los investigadores para la muestra dentro de los resultados. (*ver figura 3*)

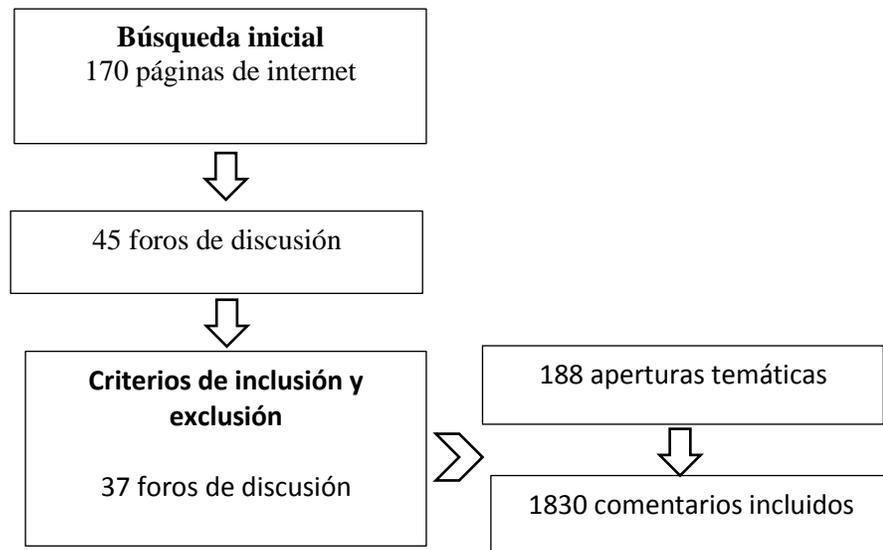


Figura 3 Flujograma de selección de foros y comentarios

Descripción de categorías

Como se explicó en el aparte de *Definición y operacionalización de variables*, los resultados de esta investigación se dividieron en dos categorías principales según los objetivos de estudio: Percepción de riesgo y motivaciones

Percepción de riesgo	Enfermedad	<p>El concepto de enfermedad se definirá en tres dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Biológica (disease)</i> - <i>Subjetiva (illness)</i> - <i>Social (sickness)</i> <p>Los comentarios recogidos se caracterizarán en dos categorías principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Percepción de un malestar físico o subjetivo/emocional/mental a nivel individual - Percepción de un malestar frente a los efectos adversos del consumo a nivel relacional
	Relación con otras sustancias	<ul style="list-style-type: none"> - Condena - Normalización moral
	Control y adicción	<ul style="list-style-type: none"> - Control: categoría que da cuenta de las narrativas en las que las personas describen su capacidad o la de otros para manejar el consumo de marihuana y

		<p>evitar la “adicción”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descontrol: categoría que da cuenta de las narrativas en las que las personas describen su incapacidad o la de otros para manejar el consumo de marihuana y evitar la adicción
Motivaciones	Individuales	Estado interno, que activa, mantiene y dirige una conducta.
	Sociales	Ejercida por factores externos, lleva a una conducta que implica interacción con otros(27)

Tabla 1. Síntesis de definición y clasificación de categorías

Percepción de riesgo

8.1 Enfermedad

Esta categoría fue dividida según definiciones conceptuales previamente mencionadas y de acuerdo con los temas con más frecuencia encontrados en el análisis de contenido.

Esta categoría será dividida en enfermedad individual y enfermedad relacional.

Dentro de lo clasificado como enfermedad individual, incluimos percepciones y opiniones sobre experiencias del consumo de marihuana relacionadas con la esfera mental y somática y adicionamos una subcategoría anexa donde se hace referencia a la relación del consumo de marihuana con accidentalidad, tema ampliamente discutido en la literatura actual.

8.2 Enfermedad individual

ENFERMEDAD INDIVIUDAL
<p>8.1.1 Esfera mental</p> <p>Enfermedad mental</p> <p> Psicosis y esquizofrenia Trastornos de afecto Síntomas ansiosos y trastornos relacionados</p> <p>Cognición Motivación</p>
<p>8.1.2 ESFERA SOMÁTICA</p> <p>Sistema cardiovascular Sistema respiratorio Sistema reproductivo Riesgo fetal</p>
<p>3. MARIHUANA Y ACCIDENTALIDAD</p>

Tabla 2 (Categoría: salud-enfermedad)

8.2.1 Esfera mental

Los contenidos que aparecen con mayor frecuencia en la literatura se relacionan con trastornos mentales, síntomas psicológicos afines y afectaciones en funciones cognitivas superiores. Estos a su vez, fueron los síntomas con mayor frecuencia mencionados por los participantes de los foros de discusión revisados.

En la literatura especializada el consumo de marihuana se asocia a respuestas psicológicas que van desde cambios leves en el estado de ánimo, disminución de la motivación, síntomas ansiosos y depresivos, incluso implicación en ideación suicida. Los síntomas psicóticos agudos más comúnmente se han relacionado con intoxicación, sin embargo, su persistencia en el tiempo ha sido discutida.

El consumo de marihuana también ha sido asociado con trastornos mentales mayores como la esquizofrenia. Adicionalmente, su consumo tiene claras bases biológicas para ocasionar dependencia psicológica y abstinencia.(28)Por otra parte, se ha mencionado su relación con deterioro cognitivo agudo, siendo polémico el deterioro a largo plazo. (29)

Los participantes de los foros mencionan la relación del consumo con trastornos mentales en general.

-“La marihuana si puede tener efectos negativos lo suficientemente graves como para crear enfermedades, o como poco, para contribuir en ellas”

Dentro de los foros se encontraron narrativas diversas con respecto a la nocividad de la marihuana y su capacidad de generar enfermedades. Los discursos oscilan entre extremos casi opuestos que van desde quienes sostienen la seguridad e incluso el beneficio que tiene el uso de marihuana en la salud, hasta quienes la identifican como una causante directa de enfermedades orgánicas y mentales:

“puedes evitarlo eso hace daño al cerebro, a los sentimientos, a la memoria , las emociones, al cerebro, a los pulmones, a la respiración , al sueño , al hígado y más aún y eso que mencione no es suficiente”

Algunos participantes notan las narrativas dispares que existen con respecto a la nocividad del consumo. Es esto por ejemplo lo que se revela en esta intervención:

“Todos dicen que la marihuana es buena, porque es natural, sin químicos y que no te pasa nada si la fumas, que hasta cura algunas enfermedades o que es utilizada en la medicina. La verdad es que hay mucha desinformación al respecto.”

Muchas veces las narrativas referentes a la asociación entre el consumo y la enfermedad van acompañadas de experiencias personales o de gente cercana que dan cuenta de la asociación entre el uso de cannabis y la enfermedad.

“yo he visto numerosos casos de chavales con 16-17 años padeciendo ya de esquizofrenia y bipolaridad la mayoría padecen de problemas nerviosos en cuanto a psicológicamente son inestables y débiles “

De igual forma dentro de las narrativas asociadas con la percepción de enfermedad orgánica o mental se encuentran comentarios que al señalar los efectos nocivos de la marihuana proponen alternativas para “mitigar “sus efectos. Aluden también a ideas que tienen que ver con la estabilidad y permanencia en el tiempo de síntomas que iniciaron posterior al consumo.

“- yo he leído en muchos sitios que es trastoque mental de la maría no es definitivo y si lo dejas y lo combinas con una dieta más o menos sana y algo de ejercicio diario en poco tiempo (no sé cuánto pero tal vez 2 o 3 meses) debería ir desapareciendo esa sensación.”

Enfermedad mental

Síntomas de naturaleza psicótica

El uso de cannabis ha sido relacionado con síntomas de naturaleza psicótica de corta duración como despersonalización, desrealización, sensación de pérdida de control e ideas delirantes de contenido paranoide que coinciden con el consumo o se desarrollan posterior a este. (30) Es frecuente encontrar comentarios en los foros en donde se compartan experiencias de naturaleza psicótica

Las descripciones se refieren a fenómenos donde se experimenta cierta extrañeza o falta de familiaridad con algunos aspectos o la totalidad del entorno o de la propia persona. La persona se vivencia y percibe su alrededor como extraño y diferente, estos fenómenos son conocidos como desrealización y despersonalización

“cuando termino sufrí una paranoia horrible, no quería creer que todo lo que paso, pasó. No reconocía a mis amigos como tales, pensé que me hicieron algo malo”

“ me sentía desconectado de la realidad y con todas las sensaciones y ahora tengo unas sensaciones extrañas que no se me quitan me siento como si no fuera yo, como si las cosas las hiciera por inercia”

“Nuevamente sentí esa extraña sensación. De un segundo a otro, todo se veía irreal, como dentro de una película, tenía esa percepción de ver todo en tercera persona”

En la literatura, se encuentran descripciones de efectos adversos a corto plazo incluyendo estados psicóticos breves después de un consumo pesado.(31). A este respecto los participantes de los foros mencionan:

“Pues eso, que es lo normal que tengas brotes psicóticos y trastornos del sueño cuando fumabas tanto”, “A mí me paso una vez de ir fumando un faso (a las 2 am maso menos) cuando volvía caminando (25 cuadras) para mi casa una noche de viento, que me perseguí todo ese trayecto pensando que tenía alguien atrás como que me estaban siguiendo”

“Tiene el único defecto... cuando fumo bastante me pone paranoico... me siento inseguro fuera de casa, me siento como una presa afuera para los delincuentes, siento q pierdo fuerza y pienso siempre en el momento de actuar”

El consumo de marihuana ha sido también relacionado con síntomas psicóticos como alteraciones sensorio-perceptivas, ideas delirantes y pensamiento desorganizado. Otros participantes mencionan experiencias donde cuentan ideas con mayor estructuración persistentes durante un mayor periodo de tiempo:

- “desde hace 2 o 3 meses empezaron a darme paranoias, del tipo alguien me sigue, que es ese ruido, porque no me coge el teléfono le ha pasado algo etc . El caso es que esas paranoias han ido en aumento y ya no solo me afectaban cuando iba drogado sino también cuando no lo hago”

“Con la marihuana abrí un portal en otro mundo, que a la vez tengo contacto con seres de otra dimensión u otro plano en mis diálogos con ellos me dicen que también hacen la voluntad de dios y que si yo hablo de ellos se puede alterar el sistema de algo que no me quieren decir los oigo a diario las 24 horas. del día, ya me acostumbré y son ya 6 años que tengo con ellos y me dicen que estarán conmigo hasta el fin del mundo me conocen bien como a mis amigos o amistades, son 2 mujeres 2 hombres y otro que según ellos se llama Jesús amor toda vida. Fumo de vez en cuando y cuando lo hago llegan a mí con más vibraciones y tengo un dialogo que todo lo que quiero saber se me revela como si fueran parte de mí, aunque a veces se enojan cuando no obedezco”

-“porque lo que me pasaba era que yo creía que yo me podía comunicar mentalmente con la gente, sin necesidad de hablar me podían decir cosas; de igual manera, me podía comunicar con los animales mentalmente, porque yo creía que ellos pensaban igual que los humanos; posteriormente creía que existían los fantasmas, que la gente cuando se moría solamente se salía de su cuerpo, pero que vivía como fantasma para siempre así que para mí existían hasta los dinosaurios pero en fantasma y eran mis amigos, recuerdo que la gente me podía hacer sentir coraje solo con quererlo o podía hacer que yo me mordiera, igualmente, solo con quererlo, pero aunque me llevaba bien con ellos. La gente que veía en Internet me hablaba o hacia cosas. Me llevaba con mis amigos y hermanos mentalmente y a veces me reía sólo de lo que había pasado o de lo que me habían dicho, etc. (otro síntoma) y después apareció Dios, lo veía en todas partes, en cualquier lugar en donde se formaba una carita creía que era él, ya ves que dicen que Dios está en todas partes. El chiste es que él me ordenaba cosas como que no comiera carne, que protegiera a los animales, etc. Y se portaba buena onda; sólo él y mis papas me podían perdonar el daño de fumar.”

Muchos de los participantes recurren a los foros con la esperanza de encontrar explicación a sus experiencias incluso después de acudir a varias instancias entre ellas, médicas y religiosas

“me gustaría que me platicaran experiencias y tener amigos que me explicaran lo que me pasa y poder comprender porque yo tengo que oírlos la verdad ya fui con los protestantes y me dicen que son demonios ,ya fui con un psicólogo y me dice que tengo algo desarrollado en mi cerebro que me da mucha imaginación para oír voces, ya fui a alcohólicos anónimos y me dicen que son delirios ,ya fui con el siquiatra y me dicen que es esquizofrenia paranoica , ya fui con el obispo en Acapulco y me dice que todo lo que viene de arriba viene de dios y que si me dan consejos buenos que los obedezca los consejos, la verdad eso fue cuando tenía 2 años de escucharlos y que todavía me desesperan, doy mi facebook si quisieran chatear conmigo sobre experiencias de cannabis”

Los participantes encuentran entonces dentro de estos foros explicaciones heteróclitas y muchas veces contradictorias entre sí que son propuestas desde argumentos anclados generalmente en la experiencia y creencias propias.

“La paranoia puede venir de una falta de control sobre tus pensamientos. Hay un porcentaje de población que no debería probar el cannabis por su incapacidad para controlar cierto tipo de pensamientos y la tendencia a la paranoia (rayarse) y gente que aprende a controlarlos después de unos cuantos nutos. Si ves que la hierba domina tu cabeza, mejor lejos de ella”

La relación causal entre marihuana y esquizofrenia no ha sido establecida, se han propuesto diferentes mecanismos como la causalidad directa, las interacciones gen-ambiente, etiología compartida, o automedicación para síntomas pre-mórbidos; pero solo el último ha podido tener un correlato fundamentando científicamente (32)

Existen variables han sido fuertemente relacionadas con el desarrollo de esta enfermedad como la historia familiar y la exposición temprana, incluso la edad de presentación se reduce con el consumo(33) (34). Hay fuentes que afirman que un importante porcentaje de los casos de presentación de la enfermedad podrían haber sido prevenidos si se hubiera evitado el uso de cannabis. (35)

En algunas entradas en los foros la información la relación entre la marihuana y la esquizofrenia despierta un alto interés entre los participantes, encontrándose debates muy activos sobre la multifactorialidad de la aparición de la enfermedad y sobre el peso que podría o no tener el cannabis frente a factores como la herencia o condiciones previas de la persona. Aquí también las respuestas

son heteróclitas y contradictorias, y prevalecen los referentes traídos de la experiencia propia, por encima de argumentos basados en fuentes científicas.

“Tengo un caso muy cercano de un colega que le empezaron a surgir brotes psicosis y esquizofrenia, que nunca le habían dado, pero que le vinieron a causa de empezar a fumar hierba”

“Lo mejor es que acudas a un psiquiatra y evalúe el problema de paranoia, el consumo de marihuana puede activar trastornos esquizofrénicos previamente predispuestos genéticamente, debido los cambios químicos que provocan una elevación de dopamina”

“Un trastorno psicológico puede deberse a muchos factores, pero las paranoias de alguien puede crecer debido a la marihuana. Esta perfectamente demostrado”

“la marihuana produce tendencia a la paranoia o a la esquizofrenia para los más frágiles”

- “la gente propensa a la esquizofrenia no puede fumar porque se la activa eso he leído”

“Si el cannabis provocase locura, uno de cada cuatro jóvenes vascos estaría desquiciado”

- “La marihuana NO causa esquizofrenia, la esquizofrenia ya la tenías tú en tu cabeza mucho antes de fumar tu primer porro, otra cosa es que estuviera despierta o no...”

“La marihuana no crea esquizofrenia, ni ninguna enfermedad, eso que se lo digan a otros; porque si no como han dicho, esta página sería un manicomio”

Los usuarios de las redes hacen mención del desarrollo de la esquizofrenia de manera casi exclusiva en individuos predispuestos genéticamente o con vulnerabilidad psicológica. En sus intervenciones existe tendencia a desestimar el riesgo de desarrollar esta enfermedad y a igualar este y su relación con la esquizofrenia con el riesgo que conlleva el consumo de otras drogas y otros factores que están presentes en creencias populares sobre el desarrollo de la enfermedad.

“Deberías considerar si alguien en tu familia ha tenido esquizofrenia, este problema es POCO COMÚN, ya que solo se da en individuos con antecedentes de familiares esquizofrénicos; estos pueden desarrollar (activar) la enfermedad”

“Pero qué cosas dice!!!!!!..... mi mamá es psiquiatra y jamás me ha dicho semejante disparate, la esquizofrenia es hereditaria”

“que si tienes por ejemplo propensión a la esquizofrenia (enfermedad que puede desarrollar alucinaciones, la marihuana no) te puedes fumar 1000 porros o solo 1 que a lo mejor te produce un brote de la enfermedad”

“ya que la marihuana, como la coca, y cualquier droga (caféina incluso) puede despertar ese trastorno (siempre y cuando este tenga posibilidad de herencia”

“Es cierto que provoca esquizofrenia, pero EN GENTE QUE YA LO ES, vamos a ver, está claro que si una persona tiene un problema psiquiátrico cualquier droga que consume se lo va a acelerar. Si alguien está mal de la olla no debe tomar nada, pero ni café siquiera.”

“Hola, pues para empezar recalcar como se ha explicado aquí la marihuana no provoca esquizofrenia pero si puede actuar de detonante, pero también se la puede detonar el foco destellante de una discoteca, una emoción fuerte, muchos nervios, miedo, etc...”

Trastornos de ansiedad y síntomas relacionados

Aunque la literatura expone ampliamente los efectos en salud relacionados con síntomas psicóticos, existe también una gran prevalencia de síntomas ansiosos y diagnósticos psiquiátricos del espectro de los trastornos de ansiedad en consumidores de cannabis. Las narrativas emergentes en los foros hacen referencia también a experiencias que pueden ser caracterizadas como propias de síntomas ansiosos y su relación con el consumo.

Los síntomas ansiosos se presentan de manera aguda y con mucha frecuencia son reportados en mayor medida, por los usuarios novedosos (35) Esta relación fue expuesta por varios participantes, cuando se refieren a un primer consumo o experiencias en consumos iniciales.

“La primera vez me rulé el porro, lo encendí y con tan solo darle tres tiros empecé a sentirme muy mal, mi corazón latía muchísimo, me hizo efecto muy rápido, y no me sentía fumado sino muy nervioso, paranoico y con miedo a morir”

“me dio un pánico terrible, hasta el punto de tener que ir al hospital porque me dio un ataque de ansiedad, me dieron una pastilla y en media hora se me pasó.”

El consumo de cannabis puede causar episodios de ansiedad agudos y de corta duración, que a menudo se asemejan en sus características a un ataque de pánico.

“En resumen ese día pensé que me moría, una taquicardia increíble pensaba que me explotaba el corazón... Que me iba a desmayar, que iba a morir”

“sentí como si todo se derrumbara y preso del pánico me puse de cuclillas y tape mi cabeza. el corazón me iba a mil, sentía hormigueos en la cabeza, parecía que me iba a morir, no sentía que el oxígeno entrara por mi nariz, parecía que me iba a separar yo de mi cuerpo y mucho más -hasta q en un momento me empecé a sentir mareado y me recosté sobre la cama...mis pulsaciones y latidos del corazón iban a mil... pensé q me moría... no podía pararme, me dieron vómitos y arcadas...mis pensamientos se multiplicaron por 100 y pensaba cualquier cosa y relacionaba todo... pensaba varias cosas... todas feas a la vez... es difícil plasmarlo con palabras”

En la literatura, varios autores coinciden en describir la relación entre el consumo de marihuana y síntomas ansiosos, como una relación de doble vía, de manera que ocurren en un mayor número en consumidores, pero así mismo precedían en algunos casos al consumo. (36) (29) (37) Los usuarios de los foros han asociado en consumo de cannabis con disminución de la ansiedad siendo las más importante motivación para el consumo: la relajación y disminución de tensión, (*ampliado en los resultados de la categoría de motivaciones*). Algunos de ellos exponen el uso de la marihuana como “automedicación” apelando a efectos ansiolíticos, apoyándose en datos encontrados en literatura no oficial. Otros usuarios en un número menor muestran su desacuerdo e incluyen la importancia de la asistencia y seguimiento médico:

“mi intención es la de obtener una variedad (o usarla si ya existe) que nos facilite la vida a las personas que tenemos problemas de ansiedad, con un efecto ansiolítico, quizá un poco narcótico, pero que no nos impida desarrollar nuestras tareas y trabajos diarios.”

“He estado leyendo mucho sobre que las variedades que tienen más CBD (cannabidiol) podrían ofrecer un efecto ansiolítico, que es lo que buscamos los que padecemos este tipo de problemas y así poder llevar una vida mejor sin necesidad de ir "colocados" todo el día ya sea con pastillas (ansiolíticos comerciales)”.

“Desgraciadamente no conozco que se esté llevando a cabo estudio alguno con cannabis para la ansiedad. No es posible un buen consejo o seguimiento médico, y menos psicológico, en la distancia

(internet, foro, etc), por eso no hay nada como una consulta real con tu psiquiatra o psicólogo (o los dos, cada uno abarca un campo distinto) y el control por tu médico de cabecera”

Los estudios realizados, indican como factores de riesgo para desarrollo de síntomas ansiosos: situaciones ambientales estresantes y su consumo en usuarios no habituales, el consumo de THC en altas dosis (>5mg oral de D9-tetrahidrocannabinol). También, subrayan la menor probabilidad de estos individuos, para convertirse en usuarios regulares, debido a que estas reacciones de ansiedad podrían resultar en aversión al uso posterior y se constituyen en una de las razones más comunes para el cese definitivo del consumo. (38) Dentro de los foros varios testimonios dan cuenta de experiencias negativas asociadas con sintomatología ansiosa y somática. En varios testimonios las personas relacionan estas experiencias negativas con una decisión de interrumpir de manera definitiva el consumo.

“Cuando volví a mi ciudad, quedé con mis amigos y lo primero que hice fue fumar marihuana, la verdad es que me pasé, porque tenía tantas ganas que no lo controlé, prácticamente a los 5 minutos empecé a encontrarme mal, lo que habeis puesto, dolores en el pecho, el brazo izquierdo, taquicardias (muy fuertes), nerviosismo y pánico No podía quedarme quieto, estaba muy nervioso y me encontraba cada vez peor porque estaba con siete, o ocho personas incitándome a fumar y yo no quería más, el caso es que la taquicardia fue en aumento y llegó un punto que me dio un susto muy gordo, como si se me fuera a parar el corazón, pero por suerte no me paso nada ya que estuve a punto de desmayarme, y poco a poco se me fue pasando, pero a partir de ese día cada vez que consumo (ya sea marihuana o hachís) me pasa lo mismo. Lo paso fatal, y me encantaba fumar marihuana, ahora como que le tengo miedo, y cada vez que cojo un canuto me pasa igual”

“No sé cómo explicarlo, pero algo raro como una desconexión, me empecé a sentir mal, raro, notaba taquicardia... En resumen, ese día pensé que me moría, una taquicardia increíble pensaba que me explotaba el corazón... Que me iba a desmayar, que iba a morir... Desde aquel día decidí nunca más consumir. me di cuenta de que voy a tener que dejar todas las drogas porque no quiero esto para mi vida, no me quiero volver a sentir así desde que me pasa mi vida cambio no me siento igual es horrible”

“Aquel día fue la última vez que fumé. Estuve mucho tiempo con rabia, impotencia, pero sobre todo con miedo a la marihuana”

- *“A veces me acuerdo de lo que me paso aquel día y siento mucho miedo... me siento frio y me dan taquicardias constantes. no he fumado más hasta la fecha le agarre miedo y fobia no es ninguna crítica, personalmente después de esa experiencia ya no la quiero probar más nunca”*

Los usuarios de los foros reconocieron durante los episodios, cogniciones catastróficas llegando incluso desencadenar ideación y comportamientos suicidas.

“Sentía que tenía un elefante en el pecho que me hundía hasta el fondo de la cama y que una maquina me aplastaba la cabeza, llegue a tener pensamientos y deseos tan malos que había aceptado que me iba a morir”

“No podía controlarme, pensaba muy rápido y doblemente, no sé cómo explicarlo. Pedí que me bajarán de la azotea porque empecé a tener pensamientos raros, tirando a lo suicida: me imaginaba aventándome de la azotea, pero luego me veía atado a uno de los pilares para no lanzarme. Mi amigo me llevó a su cuarto y dije miles de cosas, que tenía miedo y ansiedad, que llamara a mis padres, etcétera. “

La literatura menciona una relación no clara entre el uso de cannabis y el desarrollo de trastornos de ansiedad que perduren en el tiempo posterior al cese del consumo, en este punto la evidencia es contradictoria. (12) Dentro de la información revisada en esta investigación se pudo evidenciar la preocupación de varios participantes sobre la duración y persistencia de síntomas, algunos incluso mencionan la afectación importante de la calidad de vida secundaria a la persistencia de los mismos posterior al cese del consumo.

“Conozco a personas que también les ha pasado lo mismo y se han curado, pero conozco a otras que llevan meses con esto y me preocupa porque según lo que tú dices ¿me quedare así toda la vida? Y la verdad me preocupa mucho.”

“A mí me pasó algo similar hace ya más de un año y aunque deje de fumar por completo me duele decirte que aún tengo los ataques de ansiedad”

“Pasé 4 años fumando sin control hasta que llego el día que cada vez que le daba una calada en vez de relajarme pues me daba ansiedad , nervioso, corazón a explotar ... y desde entonces tengo ansiedad . tomo medicación para controlar la ansiedad, no me sirve. arrepentido estoy de haber abusado”

“desde que me dio el pánico la primera vez, me tiré como un mes sin apenas poder salir de la cama porque era salir de la cama y ya sentía esa sensación de que mi cuerpo no parecía ni que era mío”

A pesar de la gran diversidad de experiencias que pueden ser asociados con síntomas relacionados a la esfera mental y la amplia frecuencia con que estos son mencionados en los relatos, parece existir una tendencia a desestimar el peligro de estas experiencias o la posibilidad de que estén asociadas a un trastorno mental de carácter orgánico. Se tiende a calificar estos episodios como un accidente, o una construcción mental y con esto se equipara a una experiencia pasajera o controlable a partir del ejercicio de la voluntad. También se tiende a desestimar la gravedad de la afección de naturaleza psíquica ya que se asume como pasajera, controlable puesto que no se trata de un daño orgánico o estructural como se puede evidenciar en las siguientes citas:

“Fue un ataque repentino, . fui al médico otra vez a urgencias y me hicieron las mismas pruebas y todo bien, hoy estoy pensando que todo es mental y que solo me tengo que tranquilizar, pero esto puede más que yo”

“Pero si que tu mente puede confundirse y mucho porque no puede gestionar el efecto psicológico”

“Por favor hermano antes q nada y métetelo bien en la cabeza, q lo q te paso es solo psicológico tienes q luchar contra ti mismo”

“En el momento sé que es muy agobiante, pero todo es psicológico, no te pasa nada malo, así que relajarse y dejarlo pasar. luego ya fumen cuando se encuentren bien y sin miedo”

“Todo es mental. ¡No es ningún problema físico! Yo ya lo pasé y todos los estudios me dieron bien. No sé si fumaras marihuana o no, pero por mi situación busqué mucha información y me di cuenta de que hay algunas personas que son más "predispuestas" a que en algún momento la marihuana solo o junto con otras drogas provoquen ataques de pánico.”

Síntomas afectivos

Los usuarios de marihuana pueden reportar una mejoría en la esfera anímica, (*ver motivaciones*) pero la evidencia sugiere una relación del consumo con la presencia de síntomas afectivos dentro de los que se encuentran principalmente, los síntomas depresivos. Los usuarios hablan de la aparición de una serie de emociones relacionadas con el consumo y cambios en la esfera afectiva

“querer pasar un buen rato aunque estés preocupado con ansiedad o triste...bueno yo solucione ese problema fumando menos y estoy mucho mas tranquilo...”

“predispone a desorden emocional (ira, tristeza, euforia, etc.)”

La asociación entre depresión el consumo de marihuana ha sido ampliamente establecida, sin embargo, existe controversia sobre la participación de factores ambientales dentro del complejo de esta relación. También se ha determinado que el uso precoz y prolongado predispone a la aparición de episodios depresivos. (42) Estudios hechos en animales han sugerido a su vez, la concordancia entre exposición temprana y la presencia de un llamado afecto negativo. (42) Los usuarios de los foros subrayan el consumo como detonante y agravante de síntomas de tipo depresivo y al mismo tiempo el uso de marihuana para tratar síntomas depresivos presentes previo al consumo

“Yo diría que tu depresión es anterior, inconscientemente la tratabas con cannabis que no mejora nada. Es decir, tu vida lleva cuesta abajo años...”

“ al fumar veo la vida de manera muy triste, me deprime todo”

“ seguía fumando, hasta que me di cuenta que me sentía aburrida, triste, sin ganas de nada”

“Si estás triste y fumas te pones el doble de triste”

“ La mejor manera que he visto par catalogar la María es como una droga mixta, quiere decir que depende del estado anímico de la persona que la consume, puede provocar cualquier tipo de reacción y es por esto que creo que lo mejor es consumirla en grata compañía y en un lugar cómodo”

El consumo temprano de cannabis en los adolescentes también se asocia con la aparición de ideación suicida e intentos suicidas en la adultez temprana. (37) A este respecto las opiniones expresadas por los participantes son discordantes

“Fumar cigarrillos de marihuana puede provocar problemas mentales como la ansiedad, la depresión, los brotes psicóticos e incluso tendencias suicidas.”

“Es cierto que la marihuana puede evitar el suicidio , leí en un libro que se han dado casos en que

algunas personas han intentado suicidarse, pero desde que comenzaron a consumir marihuana ya no han intentado matarse es más les dio ganas de vivir y seguir adelante.”

“Reitero, a nivel personal, mío, conocí un caso muy triste de una persona cercana que se suicidó estando al parecer bajo los efectos de la droga”

Con respecto al trastorno afectivo bipolar, estudios afirman el aumento de la probabilidad de desarrollar síntomas maníacos y episodios maniaco-depresivos, a pesar de esto, la contribución específica del consumo en el desarrollo del trastorno afectivo bipolar no ha sido establecida (35) Son pocos los comentarios que se encontraron en los foros a este respecto, son contradictorios entre sí y, contrario a otras referencias sobre salud mental, apelan a la recomendación de expertos más que a la experiencia propia:

“Un primo tiene trastorno bipolar y le prohibieron todas las marihuanas porque lo empeora”

“ en mi experiencia tengo trastorno bipolar y los médicos están al tanto, y no me lo prohibieron”

Motivación

El consumo de marihuana se ha relacionado con apatía, definida como la disminución de motivación ante actividades dirigidas a una meta. La motivación está relacionada también con actividades que tienen que ver con el aprendizaje y la atención sostenida, por lo que el consumo de marihuana en altas cantidades, a largo plazo se asocia con bajo rendimiento académico y se ha propuesto como factor de riesgo para desenlaces adversos en el ámbito escolar, asociándolo también a trastornos en el aprendizaje por la disrupción en la vía recompensa-aprendizaje.(32)

Se ha propuesto que el cannabis por sí mismo podría ser un motivador mayor, lo que disminuye la jerarquización de la motivación para otras actividades no relacionadas con el consumo como actividades relacionales, deportivas y académicas.

El *síndrome amotivacional* descrito por McGlothlin y West (39) se caracteriza por pasividad, menor capacidad de concentración, y seguimiento de rutinas o manejo adecuado de nuevas tareas y la apatía como síntoma cardinal, estas características eran evidenciadas por usuarios regulares de marihuana. Algunos usuarios de los foros subrayan la falta de motivación en situaciones laborales y académicas y la importante inversión de tiempo en actividades relacionadas con el consumo. Generalmente estos comentarios están hechos desde un tono de rechazo de esta situación en la que se vieron ubicados tras un consumo frecuente de cannabis.

“que a mi me ocasiono, es que me daba una apatía brutal , como iba todo el día colocado no tenía ganas de salir a buscar trabajo”

“La marihuana SI ES MALA, mala en qué sentido? Si te la pasas fumando y nunca haces NADA, y solo quieres fumar y fumar todo el día”

“Después de tantos años fumando a doquier... la cabeza la llevaba loca, le quite la ilusión de todo digamos que he perdido las ganas e ilusión en el trabajo”

“En mis tiempos libres me gusta producir música electrónica o a veces me gusta tocar música clásica en piano, era algo diario pero el abuso que tuve con el cannabis perdí total interés y mi rendimiento académico fue de mal en peor“ Hoy tengo 25 años, engañaba a los que más me apreciaban diciendo mentiras y gastando todo un sueldo en algo que me tuvo prisionero durante bastante tiempo, perdí el entusiasmo y las ganas de vivir, no me daba cuenta de que lo que hacía me iba a perjudicar bastante, mucha gente se cree que por consumir solo cannabis no va a pasar nada, pero eso es porque aún no piensan igual que el resto de personas sobrias, “

“Causa pérdida progresiva de la motivación general en el desarrollo personal, causa debilitamiento del entusiasmo en cualquier campo”

Cognición

La marihuana suele provocar una serie de cambios múltiples en funciones cerebrales como la función cognitiva, lo que hace que el cerebro adicto a la marihuana funcione distinto a un cerebro no adicto. Observamos cambios en el sistema endocannabinoide, pero también en otros sistemas químicos. Esta alteración en los sistemas neuroquímicos genera que el cerebro procese de manera lenta la información que percibe del medio ambiente y que la procese con mayor grado de error. (1)

Específicamente el consumo de cannabis se relaciona con deterioro agudo en la capacidad de aprendizaje, atención y memoria de trabajo. Estudios meta-analíticos evidenciaron que, en contraste con los no usuarios, los usuarios de cannabis (sin tener en cuenta episodios de intoxicación) tienen peores resultados en pruebas neuropsicológicas de desempeño global. (40)

Los usuarios de los foros manifiestan dificultades en dominios específicos como: funciones ejecutivas, atención, aprendizaje y memoria, habilidades motoras y habilidades verbales entre ellas

fluidez y memoria verbal.

“La dificultad para expresarse, Eso es lo que más notan los que te rodean y lo confirmo totalmente, no conozco ni una persona que no haya fumado porros durante un tiempo que no se le note "estúpido" cuando habla, como lento.... como que se deja hablando al final”

“ Cuando estoy con gente que se mete lo que sea, aparte de tener conversaciones con ellos de un nivel paupérrimo piensas por dentro que, qué pena de gente y sociedad tan desperdiciada.”

“mi cabeza se desactiva totalmente: no soy capaz de mantener una conversación, se me va el santo al cielo de una manera impropia de mí; incluso puedes pedirme que te diga una canción, y la mayoría de las veces me quedo en totalmente en blanco, como si en mi vida hubiera escuchado ni una sola canción y por último pero no menos preocupante, me trabo diciendo la frase más sencilla que puedas imaginar: mi cabeza queda en coma”

“Si acaso lo único que se podría argumentar sería una muy ligera pérdida de la memoria a corto plazo en el momento en el que memoria estás pacheco, pero nada como la esquizofrenia”

La percepción temporal es un tópico mencionado comúnmente como afectado

“también se suma que es como que "me pierdo " en el tiempo, de repente hago memoria de cosas y es como si hubiera pasado 1 mes, y en realidad son cosas q pasaron de una semana a la otra”

“me siento como si me hubiera teletransportado obviamente yo en el momento estoy consciente y sé que yo camine del sillón al baño o hice lo que tenía que hacer, pero es como si no recordara el recorrido, como si de repente hubiera aparecido ahí o simplemente me desconecte y mi cuerpo hizo el trabajo de manera automática, por inercia y no realmente consciente.”

Las personas que reportan este tipo de alteraciones pueden no darse cuenta de su déficit a pesar de que todos los dominios, desde los básicos como coordinación motora y las funciones ejecutivas hasta el control de respuestas emocionales y comportamentales están afectados. Estas dificultades para reconocer los efectos colaterales del consumo también aparecen en los foros:

“Mientras eres fumador no te das cuenta de cómo te afectan, pero al tiempo de dejarlo, las claras mejoras en coordinación, memoria y habilidad mental son increíbles, antes uno estaba empanado y con la mente atrofiada”

La permanencia de déficits de tipo cognitivo posterior al cese del consumo y la preocupación por la edad de inicio temprana son temas muy discutidos por los usuarios de los foros. La literatura informa que el consumo de cannabis produce cambios en la estructura y función cerebral. Se dice que el periodo de mielinización va incluso después de los 18 años, por lo que la neuroplasticidad podría verse afectada por situaciones vitales y agentes exógenos. (41) El uso de cannabionoides exógenos durante periodos como la adolescencia puede interrumpir la adecuada maduración cerebral porque el sistema endocannabinoide está involucrado en procesos claves de la misma. Se han postulado que las consecuencias negativas generalmente tienen una duración corta. Aunque la magnitud del efecto y su reversibilidad no es totalmente claro(35), se sugiere que la permanencia de sus efectos más allá de la ausencia de consumo dependen de la frecuencia y duración del uso, la duración de la abstinencia y edad al inicio del consumo.(28) Los usuarios de las redes manifiestan preocupación por los efectos a largo plazo y de la manera como en la literatura científica identifica consecuencias del consumo temprano.

“Otra cosa de la que no me enorgullezco fue probarla a temprana edad (16) y en el último año de escuela durante todo el ciclo, con pésimos resultados”

“Lo que más me interesaría saber es si podré recuperar mis capacidades intelectuales y mi concentración, o es que lo que se perdió ya no se recupera?”

“existe la posibilidad de tener la sensación de ir fumado de por vida?, necesito que alguien me entienda porque convivo con gente que fuma y fuma y no saben lo que es haberlo dejado, tengo un pajareo super tonto como si mis pensamientos estuvieran estancados”

El consumo de cannabis ha sido relacionado con peores desenlaces en el ámbito académico, se ha relacionado con retiros de la educación escolar y cuando esto no sucede, muchos estudiantes podrían estar funcionando a un nivel cognitivo inferior a su capacidad durante períodos de tiempo considerables(28) Los usuarios de los foros subrayan la disminución del rendimiento académico durante el consumo agudo y la afectaciones a largo plazo el desempeño global.

“porque tengo amigos en la universidad que fuman y están aprobando igualmente aunque admiten que les cuesta más”

“aunque a veces mi cabeza se va a otro lado por fumar y ya no estudio, antes sacaba mejores notas, no sé si esto afecta, pero lo bueno es q no desapruebo, apruebo pero no con botas altas como antes ah y la mayor parte del día lo pierdo”

“Si, yo me pase mi época de estudiante en una nube blanca con olor a Marihuana y la verdad, buenas notas sacaba porque soy un coco para los estudios, pero apenas recuerdo nada de esa época (tanto de situaciones como de lo estudiado)”

“Empecé a pasármela solo y a fumar solo, lo único que hago es jugar pc y wii u y me he vuelto alguien super inseguro, al hablar siempre siento que me voy a trabar, siento que me he vuelto más tonto e incompetente, mi memoria a corto y largo plazo no es para nada buena.”

Sobre este tema, también se evidencian comentarios que invitan a la normalización de su consumo haciendo uso de argumentos basados superficialmente en referencias científicas e incluso citando a autores en la materia, en combinación con razonamientos e interpretaciones individuales.

“Una cosa es neuronas débiles q mueren. Pero la marihuana no debilita las neuronas buenas mucho menos las mata. Por algo el cuerpo humano está hecho con receptores para el cannabinoide (buscar receptores de cannabinoides). ¿¡Q les significa eso!? ¿¡Qué nos da a entender la naturaleza!?”

“El cannabis usado como arma en el desempeño de tareas intelectuales requiere de un uso muy consciente, cuidadoso y preciso para que los efectos perjudiciales sobre el aspecto cognitivo no se presenten obteniendo simplemente lo que Antonio Escotado denomina lucidez depresiva o depresión lúcida del cannabis sin lastre cognitivo como amnesia, lapsus mentales o la dispersión mental.”

8.2.2 Esfera somática

El consumo de cannabis puede producir efectos en un gran número de órganos y sistemas corporales, muchos aparecen de forma aislada o en conjunto con síntomas psicológicos.

Los usuarios de foros reportan síntomas en el sistema cardiovascular, respiratorio, reproductor, en menor frecuencia y mencionados algunos mencionados de forma excepcional, los síntomas en el sistema endocrino e inmunológico.

Sistema cardiovascular

El consumo de marihuana aumenta la frecuencia cardiaca en relación con la dosis. Se encontró que el cannabis cuadruplicaba el riesgo de infarto de miocardio en la hora posterior a su consumo, y que su consumo producía angina en personas con condiciones cardiacas previas.(43)

Existen asociaciones de síntomas cardiovasculares como infarto sin onda Q, fibrilación auricular, taquicardia y fibrilación ventricular, también angina e infarto agudo de miocardio.(44)

Algunos usuarios de foros mencionan sensaciones como dolor y aumento de la frecuencia cardiaca, en algunas ocasiones relacionados con sintomatología ansiosa y sensaciones somáticas relacionadas.

“Últimamente cada vez que fumo tengo la sensación de que me va a dar un paro cardíaco. Siento demasiado fuerte las contracciones del corazón y a veces me llega a doler tanto que tengo que parar

“Prácticamente a los 5 minutos empecé a encontrarme mal, lo que habéis puesto, dolores en el pecho, el brazo izquierdo, taquicardias (muy fuertes y desde entonces cada vez que fumo siento como una presión en el pecho (del lado izquierdo más que todo) .

Así mismo involucran dentro de sus relatos términos propios del lenguaje clínico y la necesidad de entrar en contacto con servicios médicos cuando se experimentan este tipo de sensaciones o se piensa tener alguna enfermedad relacionada.

“ los efectos más comunes son: taquicardia, extrasístoles, dolor pectoral o de espalda”

“Hace menos de un año fumando costo me vino como una taquicardia y caí en hospital después de casi 13 años fumando, ahora en estos momentos estoy con cardiólogo “

Sistema respiratorio

El fumar marihuana se asocia con inflamación de las vías aéreas de gran calibre e hiperinflación pulmonar, (28)razón por la cual muchos usuarios reportan sintomatología de bronquitis crónica (sibilancias, producción de esputo y tos crónica.)

“Produce tendencia a dilatar los alvéolos pulmonares haciendo mayor su toxicidad; “

“Te hace salir flemas cafés por las mañanas lo que sí es verdad que es la droga con destrucción más

lenta a todos los que lean”

“Todo en cantidad es malo para tu cuerpo!! La marihuana tienes sus lados buenos y malos yo fumo cuando necesito relajarme, pero fumar todos los días podría darte un problema a los pulmones no hoy no mañana pero si después”

La existencia de riesgo de cáncer con el consumo crónico de THC no está del todo clara. Su consumo se relacionó con riesgo aumentado de cáncer de pulmón y varios cánceres del tracto digestivo superior, asociación que posteriormente se desestimó cuando se controlaron los factores de confusión, tales como la mezcla con tabaco que comúnmente contienen los cigarrillos de marihuana. Sin embargo no puede descartarse, aunque se dice que sería asociado en menor proporción que la que conlleva el consumo de tabaco.(28)

Los usuarios de los foros manifiestan su preocupación sobre los posibles efectos cuando se trata de contraer enfermedades graves como el cáncer.

*“cómo se fuma pues afecta a los pulmones, garganta, laringe, tráquea, lengua. lo típico. “
“Los adictos a la marihuana quieren más nacemos para morir claro es nuestro destino, pero el daño que hace puedes evitarlo eso hace daño al cerebro, a los pulmones, a la respiración”*

Según la literatura, el humo de cannabis ha probado contener muchos de los mismos carcinógenos que el humo de tabaco, podría incluso contenerlo en concentraciones más altas.(45)

“También decir, que, en el humo del tabaco, y por lo tanto, también el de los porros, hay miles de toxinas que causan cáncer de pulmón, y, en menor medida de lengua y tejido bucal.”

Los usuarios de foros también hacen referencia a creencias sobre la forma como disminuir los impactos nocivos en forma ingerida, vaporizada o hervida

“El fumarla es sólo una forma de consumirla, podría causar ciertas deficiencias respiratorias por el hecho de inhalar el humo de la combustión del vegetal y el papel, sin embargo, este perjuicio no aparece si el cannabis es consumido hervido en leche, en alguna preparación de comidas, dulces, etc., también puede ser consumida vaporizada”

Sistema reproductivo y sexual

Existe evidencia del efecto negativo del consumo de cannabis sobre la fertilidad. Se menciona adicionalmente, la aparición de sequedad vaginal con el consumo esporádico, lo que podría relacionarse con dispareunia. (46)

También se ha evidenciado reducción de las inhibiciones debido a la alteración del estado de consciencia, involucrándose de esta manera en comportamientos de riesgo como prácticas sexuales con desconocidos y/o sin protección. Por otra parte, se ha hecho mención de disfunción eréctil y disminución del interés en prácticas sexuales con consumo de manera frecuente. (46)

La mayor parte de opiniones acerca de este tema se expresan en términos positivos y muy pocas son las opiniones negativas sobre los efectos del consumo de cannabis, dentro de estas se destacan:

“causa pérdida del deseo sexual e impotencia”

“no tengo orgasmos tan placenteros cuando no fumo. A veces hasta me da flojera hacerlo sin fumar”

Los considerados beneficios que reportan los usuarios de los foros serán discutidos en la sección de motivaciones.

Riesgo fetal

Existe una prevalencia de consumo de cannabis por motivos recreativos o razones médicas en el embarazo (p. ej., náuseas matutinas) en países donde ha sido medido, llegando casi al 5%. Lo que inevitablemente resulta en preocupaciones sobre los posibles efectos de este consumo sobre el feto.(41)

Zuckerman y colaboradores realizaron estudios en un número considerable de mujeres consumidoras de cannabis e informaron que no existe un riesgo mayor de defectos de nacimiento,(47) aunque se ha propuesto en múltiples oportunidades, la relación con bajo peso al nacer en estudios epidemiológicos amplios no se ha podido demostrar. (43)

Los usuarios en mayor número de género femenino mencionan la posibilidad de abstinencia neonatal, y algunas patologías cuya asociación no ha sido probada en la literatura

“Pero lo mejor es abstenerse los primeros meses ya que es cuando se forma y seguramente te nazca con el mono. Y casi es lo mismo que cuando nazca en vez de la teta le pongas un porro en la boca.”

“Ahora con respecto a tu pregunta tengo un primo que es consumidor de cannabis salido del closet ya, y su esposa igual, su primer hijo tuvo anencefalia (falta de formación del cerebro) y el segundo

que tiene ya 6 años, tiene TEA y TDAH (trastorno espectro autista y trastorno por déficit de atención e hiperactividad) sin contarte la de veces que tuvo amenaza de parto prematuro porque haz de saber que la marihuana actualmente le meten nicotina.”

“Pero si consumes drogas o alcohol durante el embarazo lo que puede ocurrir es que el bebé nazca con síndrome de abstinencia, además, puede nacer prematuro, con bajo peso, con defectos congénitos, e incluso fallecer.”

“Yo era fumadora habitual y fumé los 3 primeros meses lo menos que pude. En la eco me dijeron que tenía una insuficiencia cardíaca en la tricúspide y le dije que fumaba porros y me dijo que si estaba loca y que lo dejara de inmediato. Lo dejé del todo y se le pasó.”

8.2.3 Consumo de marihuana y relación con accidentalidad

Junto a la concepción de que la marihuana no produce adicción se encuentra la creencia de que su consumo es seguro cuando se trata de la conducción de vehículos.(40) Ha existido una importante dificultad al probar la relación del consumo de THC con accidentalidad debido a varios factores; el primero se refiere a que en controles de tránsito existen pocas situaciones en donde se pruebe su consumo al contrario de las pruebas que existen para consumo de alcohol, así mismo que existe tendencia al consumo concomitante de ambas sustancias, por esto la individualización de sus efectos al conducir no ha sido sencilla.(40)

A pesar de estas dificultades recientemente ha sido posible probar en estudios de laboratorio que conducir bajo el consumo de marihuana dobla o triplica el riesgo de accidentalidad. (40)

Algunos de los usuarios de los foros describieron importantes efectos en la atención, alteraciones en la sensorización y capacidad de reacción ante situaciones inesperadas, planteando un riesgo para la seguridad.

“Recordad no conducir fumados como este forero inconsciente para evitar daños a terceros.”

“Pero escucha, ir todo ciego si que es un peligro vial, otra cosa es que te refieras a conducir una vez pasado el efecto, entonces te doy la razón”

“Conducir imposible e irresponsable recomendarlo. A mí no me afecta mucho el conducir, pero no lo recomendaría a nadie”

“Personalmente me saque el carnet de conducir fumado, y siempre he cogido el coche fumado, es más, noto que cuando no estoy fumado al volante, soy más agresivo, tengo más prisa, no soy tan comprensivo con los fallos de los demás”

El deterioro en habilidades psicomotoras tiene una duración determinada por la vía de consumo, como es mencionado en la literatura. También existe relación proporcional entre la cantidad consumida medida en niveles sanguíneos y el riesgo de involucrarse en un accidente.(41) Los usuarios de los foros mencionan y distinguen los efectos dependientes de la vía de consumo, la cantidad y las características de la sustancia consumida

“Los efectos psicoactivos del cannabis son los que dificultan la conducción, y su intensidad y duración depende del nivel de tolerancia, el método de administración y la cantidad consumida. No es lo mismo utilizar un vaporizador de cannabis que un bong, ni el efecto es el mismo para un fumador habitual que para un novato.”

Las personas bajo los efectos de THC tienden a compensar estos déficits al manejar más despacio, pero a medida que la acción requiera mayor concentración y pericia, la capacidad se deteriora, llegando a no ser reconocido por la persona que lo está experimentando. (40)

En los foros revisados hay quienes consideran como beneficioso la disminución de la agresividad y la importancia del control propio sobre el consumo de la sustancia informando efectos modestos en habilidades motoras y el rendimiento global al manejar. Varios incluso manifiestan menos niveles de agresividad y ser más cautelosos al ser conscientes de su déficit.

-De acuerdo el cannabis te hace más prudente y menos agresivo, y no estoy de acuerdo del todo con que quite reflejos, yo fumo habitualmente y no soy ningún peligro cuando conduzco, al contrario, veo mucha, pero mucha gente que hace cosas que son para retirada de carnet, no sé si irán fumados bebidos o que, mientras que yo voy más prudente de lo normal

“lo hago bien pero no me doy cuenta como lo hago es como si mi cuerpo actuara por sí mismo. para manejar mi moto no me afecta para nada, no pierdo el equilibrio ni los reflejos ni nada...”

“Curiosamente, cuando una persona consume cannabis sin superar su límite de tolerancia, se convierte en un conductor más cuidadoso y menos agresivo. El cannabis no afecta al juicio.”

“Yo personalmente conduzco mucho más atento...”

La minimización de los riesgos es común y frecuentemente se apela a comparaciones con otras actividades como el uso de aparatos electrónicos, consumo de medicamentos psiquiátricos, entre otros que, según los usuarios, son más peligrosas cuando se trata de conducir vehículos.

“Con marihuana puedes ser incluso más prudente, lo contrario al alcohol que pone más audaz, pero el tema es la DISTRACCION. Si no sabes o no podés mantener la ATENCION cuando fumas, corres los mismos riesgos que hablar por celular, sacas la vista del frente un segundo y fuiste.”

“Usar el smartphone mientras se maneja es muchísimo más peligroso que manejar fumado y apenas los multan si los ven. La medicina droga a medio mundo para que funcione laboralmente con ansiolíticos, antidepresivos, "antiinsomnio" y todos esos drogones médicos andan en el tránsito con los mismos riesgos, pero impunemente.”

Adicionalmente mencionan la experiencia previa como un factor positivo en la gestión de sus efectos adversos

“Otro punto a tener en cuenta es la experiencia. Una persona que lleve toda la vida consumiendo hierba sabrá gestionar los efectos psicoactivos mucho mejor que un novato.”

8.3 Enfermedad relacional

El consumo de marihuana involucra la afectación de varios elementos en las dinámicas relacionales. Existe mención de afectación de todos los componentes del funcionamiento social general, además importante asociación con comportamientos delincuenciales. (48)

Los usuarios de los foros hacen mención sobre la relación entre consumo de marihuana y conductas de naturaleza violenta, así como, la tendencia a expresión de mayores niveles de agresividad y dificultades en el ámbito legal.

“porque los policías me encontraron que algo de red me metieron preso y todo yo lo que le dije a ellos es que llevaba años consumiéndolo y que el hecho de que yo hiciera eso no afectaba a nadie más que a mi”

“yo era adicto a la merca salía a robar no les voy a mentir porque yo me deje llenar la cabeza por personas que decían ser mis amigos”

“Pues me pillaron los guardias con 15g más o menos, me dejaron en custodia de mi madre, pero ella me encontró otra cosa y me delato con mi trabajadora social, ese mismo día tuve que ir al tribunal para que me metieran en detención juvenil”

“Que nos robe desde las monedas hasta las alcancías completas de los niños... Yo también estoy en proceso de divorcio y entable una denuncia ante el instituto de bienestar familiar en Colombia... No hay derecho que un individuo que tomo una mala decisión dañe la vida de los demás”

Muchos de los participantes reportan dinámicas familiares que tienden a caracterizarse por la presencia de interacciones negativas: conflictos frecuentes, falta de cohesión, dificultades en la comunicación. También mencionan afectación en las relaciones con profesores, padres y jefes laborales, y un menor interés por actividades recreativas.

Frecuentemente se mencionan en estos foros dificultades en relación con los padres cuando al momento de conocer sus prácticas de consumo, y la búsqueda de consejos y opiniones para mejorar la aceptación del este.

“mi madre se dio cuenta que yo fumaba, se puso muy histérica y se puso a llorar, le dijo a la familia que yo era un adicto y que tenía problemas graves... mis hermanas me miraban como a bicho raro”

“Me dijeron que si sigo fumando marihuana me van a echar de mi casa, tengo 18 años sin lugar a donde ir, me pidieron que no lo haga en mi casa o adelante de ellos, pero ya no les basta y quieren que lo deje completamente o me voy de mi casa”

“Mis padres me dijeron cuando se enteraron de que fumaba que estaban decepcionados y me hicieron sentir la peor basura del mundo, y ahora no confían en mí,”

“Mi mamá se dio cuenta que fumaba mota y me dijo que ya lo sospechaba desde antes. se molestó mucho conmigo y empezó a llamar drogadicto y cosas por el estilo. Llegó hasta el punto de chantajear me diciendo que si no la dejaba le iba a decir a toda mi familia, me iba a dejar e iba a llamar a la policía”

Otras menciones hacen referencia al deterioro de las relaciones interpersonales significativas y con parejas, amigos y familiares, y afectación en ámbito escolar y profesional.

“cuando la droga abandona los labios la realidad vuelve a golpearme, mi exnovia tiene como novio a un chaval petado y con fama de tener un trancazo, mi hámster se murió de repente, he suspendido las asignaturas que más me he preparado, me confesé a la chica que me gustaba y dejó de hablarme, mis compañeros de piso eran mis mejores amigos y ahora casi los detesto”

“cuando estábamos en casa todos juntos él también se encerraba en su habitación (porque dormían separados) y vivía la vida a su manera, sin contar con sus propias hijas ni su mujer. Sólo le importaban sus amigos, fumar y salir y esas cosas... qué triste es tener un padre y no poder disfrutarlo como tal.”

“mi padre fuma porros de maría, bebe casi a diario, y alguna vez q otra a consumido coca, mi madre no hace más q aguantar... y él lo único q hace es hacerme promesas y decirme q esto va a cambiar... tengo 20 años y desde los 11 llevo diciéndole q lo está haciendo mal”

“encontré muchas veces la hierba escondida en casa, siempre fue motivo de discusión le hacía ver que eso lo ponía así, con el tengo 2 hijos y una mi hija mayor de una anterior pareja, ella siempre tuvo miedo de que me pegara. Nunca lo hizo”

En la literatura, el consumo de cannabis se encontró como inversamente relacionado a la “madurez

psicosocial” : (responsabilidad, toma asertiva de decisiones, regulación de temperamento) en adultos jóvenes, habilidades que son indispensables para lograr relaciones sociales satisfactorias y la transición hacia la vida adulta.(49) Una de las citas representativas sobre este tema menciona lo siguiente:

“la marihuana destruye a quien la consume y hace un daño tremendo a las personas del entorno del consumidor, no te hace libre, te esclaviza, te oculta de ti mismo y no te madurar, no te deja reflexionar ni trabajar en las soluciones a los problemas”

Algunos investigadores han atribuido las dificultades comunicacionales a las alteraciones cognitivas inherentes al consumo, otros han implicado los componentes amotivacionales que incluyen apatía, disminución de la voluntad hacia la interacción con otros.

Otros elementos relacionados son el aislamiento social, la baja competencia en el desarrollo de relaciones y manejo de conflictos interpersonales, pobre asertividad, ausencia de actitudes en pro de contacto social.(50)

Se han estudiado los patrones de interacción durante y posteriores al consumo agudo y crónico. El consumo de marihuana podría tener un papel de reunir a las personas consumidoras, sin embargo, la intoxicación aguda por cannabis lleva a la supresión de la interacción social. (51)

En los días posteriores al consumo, disminuye la interacción con pares, involucrándose en mayor medida en patrones de interacción que definen como *coacción social* (situación donde le sujeto comparte tareas o actividades, por ej. ver televisión oír música, sin comunicación o interacción directa con otros) (4)

Estos patrones son descritos frecuentemente por los usuarios de los foros quienes hablan de una disminución significativa de interacción social, aumentando los patrones de aislamiento y coacción social.

“He fumado tanto en grupo con amigos como solo, aunque últimamente fumo más solo que con amigos, de todas formas, la marihuana es muy común en mi vida diaria y con mis amigos. Los últimos meses intente blanquear mi situación con mis amigos, familia y novia, algunos me apoyan, a otros no les importa y también hay gente a la que no le gusta mi habito. La verdad es que disfrute mucho la marihuana por todo el tiempo que la fume, pero últimamente me siento raro al referirme a ella o

a la relación que tengo con las personas que me rodean. Puede que sea un pensamiento mío o que de verdad la marihuana este afectando mi manera de vivir”.

También mencionan como se va reduciendo su círculo social, al constituirse solo por consumidores de la sustancia

“Obviamente el grupo se ha dividido en dos únicamente por los intereses, los que fuman a diario y los que no fumamos nunca o casi nunca. Unos se apalancan todo el puto día y no hacen nada diferente, otros siempre estamos o de fiesta, o conociendo gente, o relacionándonos, o simplemente en el bar con nuestra cerveza/cubata (que ya sé que no son buenos tampoco, pero no es lo mismo si no eres adicto”

“también se va a achicando tu círculo de amigos, yo tenía cientos de amigos, y ahora de todos esos, nada más me junto con los que fuman,

“fumar me hace poner un poco triste ya que ellos continua con sus vidas y ya no tengo amigos para fumar y no sé qué hacer ya que realmente no disfruto tanto los viajes como cuando lo hacía con mis amigos”

Es común la mención a cambios percibidos en la interacción con el medio, desde comunicación verbal y orientación externa de la atención, a una orientación más interna y contemplativa. Así mismo varios participantes relatan cómo disminuye el interés por mantener e involucrarse en nuevas relaciones interpersonales.

“todas al final de cuentas la mariguana va destruyendo y minando la capacidad de convivir, la persona se deprime y se aísla de la sociedad, se encierra en sí mismo”

“un diálogo interno entre el cerebro y el otro yo, es como si le dieran cuerda al cerebro para dialogar consigo mismo, el mariguano está constantemente ensoñando y encerrado en sí mismo mientras esta despierto, lo que evidentemente le “desconecta” del mundo exterior, por eso el mariguano crónico tiende a estar aislado, vive en una especie de “enamoramiento consigo mismo”.

“Ultimo año he notado (y las personas que me rodean sean familiares o amigos) que me estoy perdiendo en mí mismo , es algo extraño de explicar , cada vez soy más retraído , más solitario”

“que no recuerdo que es estar sobrio y solo hablo conmigo mismo y pierdo interés por las relaciones interpersonales”

8.4 Relación con otras sustancias

Existen múltiples narrativas con respecto al consumo de sustancias psicoactivas. Cuando un individuo se inicia en el consumo de una sustancia o mantiene un consumo entran en juego múltiples variables donde el sujeto realiza un proceso cognitivo que sumado a sus actitudes, estereotipos, creencias y valoraciones subjetivas usa para generar una evaluación ante el riesgo e interpretación de posibles desenlaces para posteriormente encaminarse en una conducta.

Mientras que las representaciones sociales sobre el consumo del alcohol y en especial del tabaco históricamente se han transformado avanzando hacia una identificación de los efectos secundarios del consumo en términos de peligrosidad y nocividad, para el consumo de marihuana parece no existir un acuerdo tan unánime. (52)(53)

Existen autores que distinguen entre “*drogas duras (aquellas que producen graves riesgos para la salud) y drogas blandas, supuestamente menos peligrosas (alcohol, el tabaco y cannabis).* Pero el hecho objetivo es que la morbilidad, mortalidad y gasto sanitario asociadas al alcohol y el tabaco es mucho mayor que el de todas las demás drogas ilegales juntas.” Y esta distinción entre drogas blandas y duras expresa en realidad diferencias de tolerancia social y no es útil desde un punto de vista práctico.(54)

Al realizar una comparación entre la marihuana y otras sustancias como alcohol, tabaco y sustancias ilegales como los estimulantes, otros alucinógenos y drogas de diseño los usuarios tienden a considerar la marihuana como una droga atractiva, más segura, con menos efectos adversos, incluso existe la tendencia de muchos participantes a no incluirla dentro del grupo de sustancias por su origen orgánico y considerarla únicamente como una droga benigna y medicinal. Se ha visto a partir de investigaciones realizadas (55)cómo los consumidores de marihuana reelaboran las percepciones de riesgo y valoran con prelación, las consecuencias positivas del consumo de droga.

Dentro de los foros se encontró prelación de algunas representaciones típicas del cannabis, entre ellas se distinguen las siguientes:

8.4.1 Normalización

Composición natural

La marihuana contiene ácido tetrahidrocannabinólico que luego se convierte en el Δ -9-tetrahidrocannabinol (THC) su compuesto químico psicoactivo, además de más de 500 compuestos químicos diferentes. En las últimas décadas gracias a modificaciones químicas y genéticas los actuales preparados constituyen productos 10 a 30 veces más potentes que los disponibles en 1970, y la exposición a este tipo de concentraciones podría estar relacionada con el aumento en sus efectos adversos (2) Dentro de los foros se encuentran múltiples opiniones que defienden el origen natural de la marihuana con intención de normalizar su consumo y brindar razones sobre la atenuación de sus potencial nocivo. Parece existir un desconocimiento sobre las modificaciones químicas que ha recibido la marihuana a lo largo de los años.

“Aunque la marihuana tenga su químico activo no es procesada y es como cualquier planta se fuma natural y a mi parecer me da más seguridad que probar cocaína”

“no he pasado me he rodeado de gente que tomaba sustancias como esas o aún peores y nunca he caído porque me puse un límite en solo hierba ya que es lo único natural que venden hoy día en la calle”

“la Marihuana es un fruto natural como lo es un simple tomate”

“La marihuana no es droga, las drogas se fabrican, no brotan de la tierra”

Economía y factores legales

La planta de cannabis ha sido utilizada por las sociedades durante decenas de años, ha tenido usos en actividades de supervivencia, curaciones medicinales y rituales religiosos, entre otros.

El cannabis tuvo una connotación negativa durante mucho tiempo, fue considerado como un tóxico en 1906 en Estados Unidos y prohibido en 1920(2). La cocaína y el cannabis entonces fueron relacionados a criminalidad, minorías raciales y personas empobrecidas de la sociedad, lo que dio origen a nuevas políticas para restringir su distribución y posesión. En 1973, se instauró la Administración para el Control de Drogas (DEA), para hacer cumplir las leyes federales antidrogas, en 1986 se establecieron penas de prisión obligatoria para la distribución a gran escala. Incluso durante más de 30 años el DSM

ha hecho referencia en implicaciones legales relacionadas con el diagnóstico de consumo problemático. (1)

Tiempo después, y paralelo a la adopción de sanciones cada vez más estrictas, se iniciaron esfuerzos para facilitar su acceso, despenalizar y legalizar el cannabis en algunos estados. En Estados Unidos de América, California fue el primer estado en legalizarla, desde el 2015, la marihuana medicinal se ha legalizado en 23 estados e incluso, su uso recreacional es legal en 4 estados. (2)

Por su parte otros países se han unido a estas regulaciones, Holanda desde 1976 autorizó la venta de cantidades de as de marihuana en los conocidos como “Coffee Shop”, donde se podía vender hasta en cantidades de 5 g. En Inglaterra, en el año 2004 decidió clasificar la marihuana en clase C, un menor índice de peligrosidad, por esta y otras razones, el Ministerio del Interior Británico decidió su despenalización.(56)

Dentro de países de América latina, Uruguay, en 2013, publicó la ley que permitía comprar 40 g de marihuana por mes a cada habitante mayor de 18 años y permitía además su plantación en casas de familia. (56)

Actualmente, el uso del cannabis se ha aprobado en diferentes contextos medicinales Algunos de los participantes mencionan como motivador del consumo, el menor precio cuando se compara con otras drogas en el mercado legal e ilegal y la posibilidad de obtenerla por cultivo propio lo cual disminuye aún más su precio, la disponibilidad y da una sensación de confianza en el producto cuyo origen se conoce de primera mano. Adicionalmente los participantes señalan que la mayor aceptación social de sustancias como el tabaco y el alcohol obedece a su condición de legalidad y a la contribución en impuestos que genera su venta. Algunos participantes señalan también que la prohibición del consumo es una tradición moral que carece de un sustento real científico que justifique su prohibición.

“La María es "mejor" que el alcohol en TODOS los aspectos (incluso precio)”

“El mejor punto de equilibrio como consumidor diario de marihuana es cuando logramos autoabastecernos... Es decir, el auto cultivo te permite tener Mota cuando queramos”

“lo que hice fue explicarles que es como beber una copa, como fumar un cigarro, que está permitido por la sociedad solo porque paga impuestos y la maría”

“Tienes que darte cuenta de que tus padres como todo el mundo tienen años de propaganda para sostener una ley absurda. Como toda propaganda para imponer una ley que no tiene sustento científico, se basa en el miedo y las verdades a medias”

“Si lo piensas bien sí somos empáticos, sobre todo pensando en toda la información sesgada, la falta de estudios científicos sin sesgo para penalizar la marihuana y no el alcohol, por lo cual, todos los intentos de gente malintencionada tratamos de neutralizarlo con información veraz”

Toxicidad y efectos secundarios

Los usuarios de marihuana generalmente manifiestan preferencia por el consumo de marihuana, debido a la menor proporción de efectos adversos.(57) Sin embargo, esta percepción de la inocuidad del producto contrasta con los estudios que desde hace más de tres décadas muestran los efectos secundarios de su consumo.

Las consecuencias de intoxicación por alcohol han sido ampliamente establecidas y relacionado con trastornos hepáticos, cardíacos y rhabdomiólisis entre otros. La abstinencia puede generar complicaciones tan extremas como la muerte(58)

Los síntomas de intoxicación con marihuana no han estado tan claros, sus estudios han sido en su mayoría, hechos en animales. Se dice que produce síntomas en la esfera motora, afecto ansioso, deterioro del juicio y síntomas autonómicos, también ha sido relacionada con taquicardia, hipotensión postural y depresión respiratoria, una dosis letal no ha sido establecida en humanos. (59) (60)

A pesar de no haberse establecido su letalidad, el consumo de marihuana conlleva a importantes daños cognitivos, siendo peor cuando se consume en etapas tempranas. Algunos usuarios mencionan estas implicaciones.

“si te interesa el cannabis y de verdad quieres aprender un poco yo no soy un gran consumidor, pero sí que la disfruto cuando pruebo todo esto primero que nada es saber si eres menor los efectos pueden ser más fuertes por diferentes razones nuestros cerebros están en etapa de desarrollo y algunos cannabinoides afectan la forma en la que funciona el cerebro”

Cuando lo comparan con alcohol los usuarios de los foros mencionan que el consumo agudo del mismo genera toxicidad, pudiendo llegar a ser letal, lo que no sucede con el consumo de marihuana. Así mismo los efectos posteriores al consumo son percibidos como de mayor intensidad y mayor duración en el tiempo que los propiciados por el consumo de alcohol.

“odio la resaca al día siguiente, y el efecto que me produce el alcohol no me atrae mucho, en cambio fumando solo cannabis todo va bien siempre”

“De todas esta droga es la menos peligrosa, es menos peligrosa que el tabaco y el alcohol ,la marihuana no te va a matar”

“La marihuana no es ni adictiva ni te morirás, como mucho te puede dar un mal viaje y pasarlo mal, pero al cabo de 3-4 horas estarás como nuevo... que eso es otra cosa a favor de la marihuana... mientras el alcohol el día siguiente te arrepientes de lo que bebiste, la marihuana una vez pasado el efecto no tienes ninguna sensación de malestar”

“El cannabis es lo mejor que existe. Y drogas como la cocaína o anfetaminas te cambian el viaje y nunca más te pega igual después”

Potencial adictivo

Aunque este término no se utilice en la actualidad, el DSM-IV define como dependencia a sustancias: *“conjunto de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que un individuo continúa consumiendo una sustancia a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. En el paciente dependiente existe un patrón de autoadministración repetida que a menudo lleva a la tolerancia, síntomas de 5 abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia.”*(61)

Antiguamente se hacía distinción entre dependencia física y psicológica, distinción que ha sido puesta en cuestión ya que desde la perspectiva de las neurociencias se ha demostrado que los dos procesos van íntimamente ligados y todos los fenómenos psicológicos tienen bases anatómicas y funcionales.(62)

La marihuana como el alcohol, la nicotínica, la cafeína, la cocaína, los opiáceos y alucinógenos tienen el potencial de inducir dependencia y abstinencia, según los criterios establecidos configurando el trastorno por consumo de sustancias. (61)

Muchos de los participantes de los foros realizan una valoración de la marihuana como una sustancia con ningún poder o un potencial adictivo mínimo en relación con otras sustancias, cualidad que según ellos le brinda más seguridad.

“por otra parte, yo no considero la marihuana como un vicio, porque por lo que he leído bastantes usuarios no son adictos y la pueden dejar cuando ellos quieren, considero que es más adictivo el café y el alcohol, yo no quiero adaptar a mi vida esta planta, porque no se las consecuencias que me pueda traer, ni mucho menos probar otras sustancias sintéticas, solo tengo la curiosidad de probar algo diferente”

“Más adicto te hace el tabaco con la que te la fumarás. Lo ideal es probarla con un vaporizador tipo vulcano. Esos globos sí que molan”

“La marihuana es de las drogas menos adictivas que existen. Si me dijeras heroína o cocaína te lo desaconsejaría. Primero porqué son muy adictivas, y segundo porqué con un chute puede ser suficiente como para matarte. La marihuana no es ni adictiva ni te morirás, como mucho te puede dar un mal viaje y pasarlo mal, pero al cabo de 3-4 horas estarás como nuevo... que eso es otra cosa a favor de la marihuana... mientras el alcohol el día siguiente te arrepientes de lo que bebiste, la marihuana una vez pasado el efecto no tienes ninguna sensación de mal estar.”

Además, la han relacionado como una droga sustitutiva cuando se intenta hacer un tratamiento para dejar el consumo de otras drogas. Esta relación ha sido estudiada en algunas oportunidades, la evidencia no soporta su uso.(43)

“¡Hola! que opinan sobre si fumar marihuana ayuda a dejar la cocaína? Mi marido estuvo hasta las manos con la coca y está tratando de dejarla fumando cogollo, quisiera saber si es posible.”

Estigma

Al intentar abordar la percepción social del consumo de drogas, dentro de los foros frecuentemente se menciona la existencia del prejuicio que predisponen a actitudes negativas hacia los consumidores. Estas manifiestan y están constituidas por una serie de creencias, actitudes de rechazo social, temor

y acciones excluyentes que repercuten en los procesos de recuperación y adaptación de los consumidores que presentan problemas derivados del consumo. (63)

Los participantes de los foros mencionan haber sido víctimas de estigmatización en mayor medida que los consumidores de sustancias consideradas legales. La representación social que se tiene del consumidor, de acuerdo con muchos de los participantes, es la visión relacionada con violencia, criminalidad, enfermedad, degradación y pérdida del vínculo social.

“por otra parte tienes que tener en cuenta la estigmatización que te hará la sociedad, al decidir fumar hierba estas aceptando la negativa de las personas que te rodean, de la sociedad, de la familia principalmente. “

“Pues que es estúpido... es como que alguien despreciara tus otras cualidades solo porque fumas marihuana.”

“Que consumamos marihuana no nos hace ser delincuentes, aunque siempre se asocia con esto.”

“Este es un viejo hippie que no cesa de ser perseguido y excluido en Colombia, y cansado de tanto enfrentamiento, quisiera encontrar un rincón de patria libre, donde los fumadores marihuaneros seamos comunidad.”

“he ido por las calles de mi ciudad con un gorro con los colores rastafaris y mucha gente se ha quedado mirando, o se cambió de acera, y no entiendo por qué nos tienen que pasar estas cosas en pleno siglo 21.”

“Si bien me resigno a pensar que es lejano el día en el que podamos mostrar por la vía pública nuestra relación con la satánica sustancia sin temor a las represalias, como lo hacen alegremente fumadores de tabaco y bebedores de alcohol en terrazas, la lucha por conseguir un entorno de respetabilidad legal que acompañe, al menos en parte, a la tolerancia creciente que la sociedad civil tiene con la planta, sí la veo alcanzable”

Dentro de estas representaciones marcadas por la estigmatización encontramos la asociación frecuente que se hace entre el consumo de cannabis con la generalización de la representación de la adicción.

8.5 Condena moral

La escalada o puerta de entrada

Muchos autores conceptualizan el consumo de marihuana como un proceso secuencial que inicia con esta como “puerta de entrada” para el consumo de otras sustancias ilegales, distinguen 4 estadios de desarrollo; que inician con el consumo de bebidas alcohólicas fermentadas posterior, consumo de bebidas alcohólicas destiladas o tabaco, seguido del consumo de marihuana, por último consumo de otras drogas ilegales.(64)

Esta cuestión sigue abierta al debate, porque no ha sido probado que esta secuencia se dé de esta forma en todos los casos, ni siquiera que se dé escalada a drogas de mayor jerarquía o peligrosidad, incluyendo la no progresión de un estadio al otro, aunque la escalada sea más probable no implica causalidad. (64)

Esta asociación de escalada es una representación ampliamente aceptada entre quienes se encuentran en contra del inicio del consumo de cannabis y es un tema frecuente en las discusiones de los foros, los comentarios más relevantes se muestran a continuación:

“siempre te suelen acercar al consumo de otras drogas como puede ser pastillas o cocaína y esas sí que tienen tela.”

“porque, aunque uno diga q no empiezas fumando sigues x la probadita del perico o cocaína y cuando vienes a ver eres un adicto a la droga.”

“fumando sigues x la probadita del perico o cocaína y cuando vienes a ver eres un adicto a la droga. X eso te digo que hoy a q no la uses”

“ primero fue el alcohol, después la marihuana, luego el cigarro, luego la coca, después pasta base, hongos, drogas de farmacia, led, mezcalina y después en una fiesta inhale meta, luego empecé a fumarla... “

8.6 Control y descontrol

La posible dependencia en el consumo de cannabis, ha sido un tema controvertido dentro de la investigación científica. Durante mucho tiempo se creyó que no el cannabis y sus derivados carecían de potencial adictivo. 1. Una hipótesis que siguen sosteniendo muchos investigadores que promulgan información sobre el consumo “correcto” de la marihuana, argumentando incluso que de esta manera, no produce toxicidad alguna o tiene potencial adictivo.(54).(65) Argumentos que han suscitado múltiples críticas por tener características consideradas idílicas, y no representar la situación real de un consumidor actual de cannabis.

La literatura médica muestra evidencia que contradice las teorías citadas previamente, en la actualidad se sabe que la marihuana produce fenómenos de abstinencia y tolerancia identificables. Las investigaciones demuestran que uno de cada 10 consumidores se convertirá en adicto, y si el consumo comienza antes de los 18 años, la relación se convierte en 1 de cada 6. (66)(43)

El término adicción aunque haya recibido modificaciones a lo largo del tiempo será usado en esta investigación y definido como un trastorno que es caracterizado por una motivación hacia el consumo continuado a pesar de persistentes consecuencias negativas.(67)

Dentro de las explicaciones biológicas sobre los mecanismos que puedan explicar estos fenómenos. Se encuentra la activación del sistema mesolímbico dopaminérgico que ha sido implicado en el sistema de recompensa, y responde a las gratificaciones naturales de supervivencia básica pero también induce a la repetición de conductas detectadas como placenteras.(68)

8.6.1 Descontrol

Se han propuesto varios términos para designar los patrones de consumo. En primer lugar distinguen el término *uso* el cual no tiene significancia clínica, no supone un deterioro en la esferas familiar, social o clínica. (69)

El hábito sería la costumbre de consumir una sustancia por existir una adaptación a los efectos, no requiere aumento paulatino de la dosis ni existe afectación clínica o en demás esferas de la vida.

El abuso se define por el *Real Colegio de Psiquiatras Británico* como “cualquier consumo de droga

que dañe o amenace dañar, la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, de diversos individuos o de la sociedad en general”.(69)

Y por último la *dependencia* definida por primera vez por la OMS en 1964 como “*estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética y caracterizado por: 1) deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio; 2) tendencia a incrementar la dosis; 3) dependencia física y, generalmente, psicológica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga; 4) efectos nocivos para el individuo y para la sociedad*” (69)

En la actualidad estos términos han pasado a englobarse en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DMS 5 en los trastornos por consumo de sustancias, pasando a una conceptualización más integradora donde existe una única dimensión subyacente a los trastornos por consumo de sustancia.

Para términos prácticos utilizaremos las definiciones previas en esta investigación.

Habito

Muchos usuarios cuentan cómo mediante la rutina del uso de marihuana se llega a incorporar como un hábito en la cotidianidad

“Últimamente estoy fumando mariguana todos los días, se me ha convertido un hábito, ya que tengo mi pipa y siempre tengo hierba, es imposible tenerla y no fumar, a veces me recurseo y vendo mi consumo para sacar más. Yo siento que pierdo mucho el tiempo o sea tengo menos tiempo de hacer otras cosas como estudiar, aunque a veces mi cabeza se va a otro lado por fumar y ya no estudio, apruebo, pero no con notas altas como antes”

“Al principio me daba igual si fumaba o no, pero luego se convirtió en un hábito a tal grado q al abrir los ojos en lo único q pensaba era en el dinero q necesitaba para comprar y poder fumar. Luego de un tiempo fumando yo misma me decía quiero parar no quiero fumar mas, pero no podía ver un cigarro de marihuana porque no sabía decir que no”

Tolerancia

Algunos de los usuarios de los foros manifiestan que después de consumos continuados requieren aumentar paulatinamente las cantidades para obtener el mismo efecto.

“Yo llevo como medio año fumando y cuando empecé era genial el efecto y todo empecé fumando una lemon Haze buenísima y recuerdo que el efecto me dejaba súper feliz, riendo de todo, no era tan corporal si no que me notaba alerta con energía... Tras un par de meses se acabó esa yerba y empezamos a fumar una tomango que es muchísimo más intenso de la lemon, aunque también fue acostumbrarse y ahora ya he fumado bastantes yerbas que se me han ido cruzando y hachís y la tolerancia como es obvio va subiendo, ahora aguanto muchísimo en comparación al principio... En fin, yo creo que por algo las primeras fumadas siempre son las que más disfrutas”

“Llevo fumando dos años, en la gran mayoría hachís en huevos, aunque también hierba, placas, polen ,etc... Actualmente estoy fumando aproximadamente 1 gramo de hachís al día, pero desde hace una semana no siento que me coloquen los porros (fumando lo que suelo fumar en el día), me quita el mono de fumar pero no me coloca como siempre. He necesitado 2 gramos de hachís para ir colocado, lo cual no me puedo costear cada día”

“A mi hace mucho que ya apenas me colocan. Lo noto incluso cuando fumo algo muy potente tipo extracción”

Síndrome de abstinencia

De acuerdo a los lineamientos establecidos por el DSM 5, el síndrome de abstinencia puede manifestarse con irritabilidad, enojo, agresividad, ansiedad, insomnio, pérdida del apetito y de peso, ánimo depresivo, dolores abdominales, temblor y escalofríos, sudoración excesiva, picos febriles y diarrea. En otras situaciones puede producirse también ansiedad por consumir la droga e incluso alucinaciones y alteraciones comportamentales, causando distrés significativo, discapacidad social y ocupacional.

Este síndrome se debe básicamente a que la falta de la marihuana u otras sustancias psicoactivas reducen la actividad de sistema del hedonismo y aumentan la actividad del sistema de defensa (1).

Este síndrome de abstinencia se manifiesta cuando el consumo se interrumpe por un tiempo mayor a una semana. Este síndrome implica que se desarrollen ciertos cambios fisiológicos, entre ellos está la

reducción en la expresión de los receptores cb1, disminución en la liberación de dopamina y serotonina en el núcleo accumbens y el aumento de la hormona liberadora de corticotropina , la corticotropina y el cortisol, que activan al sistema de defensa mediando el estrés.(1) Es experimentado por alrededor de la mita de usuarios diarios teniendo un pico entre el día 2 y 6 posterior al cese del consumo, llegando a remitir en hasta 2 semanas. (67)

Algunos usuarios de los foros manifiestan síntomas de estas características cuando suspenden el consumo

“Hola Buenas, llevo 1 mes sin fumar marihuana, me gustaría saber si los síntomas que siento son normales. Yo era fumador habitual, en torno a 3 cigarrillos al día casi sin tabaco. Durante 7 años sin parar. Ahora que lo he dejado siento ansiedad pero en plan físico, un poco de taquicardias a veces, dolores de cabeza, insomnio y orina oscura”.

“Está demostrado que el conjunto de tabaco + cannabis, su supresión provoca ansiedad, e incluso angustia”.

El síndrome de abstinencia se manifiesta porque el sistema de defensa se muestra hiperactivo debido a que es activado por la hormona corticotropina, produciendo miedo y ansiedad hasta llegar a la sensación de “muerte inminente”. (1)

“Fue después de fumar me empecé a poner muy nerviosa y empecé a hiperventilar, el corazón me iba a mil por hora, estaba temblando y cada vez que alguien me decía algo sentía como si no estuviese viviendo, seguí poniéndome nerviosa y le dije a mi pareja de ir a urgencias... al final no fui, pero sentía que decía cosas irracionales como que me iba a morir o les pregunté varias veces si estaba muerta”

“Después de 10 días de no fumar y se instaló en mi cabeza como sanguijuela. Creí que iba morir, luego que me había vuelto loco, perdí la percepción del tiempo, luego creí que comenzaría a hacer locuras, que mataría a mi madre, que terminaría preso y que pasarían cosas horribles”.

El sistema de defensa se compone por el lóbulo de la ínsula, la amígdala, el hipotálamo y el sistema nervioso autónomo. Este sistema básicamente media el miedo y la ansiedad, así como las respuestas autónomas que los acompañan, como la taquicardia, las palpitaciones, el temblor y la sudoración,

entre otras. Estas reacciones que acompañan al miedo y a la ansiedad como respuestas adaptativas son las mismas que son inducidas por las drogas en general, y por la marihuana en particular, cuando se presenta el síndrome de abstinencia. (70)

“Estaba caminando al lado del río, era invierno, abran sido cerca de la medianoche y decidí irme a mi casa caminando, abre hecho 100 metros y empezó lo peor (taquicardia, mareo, una sensación de ahogo en el estómago), me metí en un descampado y me recosté boca abajo en el pasto mientras pensaba que era mi última noche....luego de unos minutos me sentí mejor volví a caminar otro y otra vez lo mismo, me detuve un rato, y volví a caminar hasta que llegue a mi casa , me fui a acostar y sentía frío en mi espalda, hasta que me dormí, pero cada tanto me despertaba con un poco de taquicardia, no sé porque me pasa esto, que triste no poder fumar como antes, no entiendo que pudo haber pasado en mi para tener estas reacciones”

8.6.2 Control

En los comentarios de los foros también hay muchos que aseguran que han logrado dejar de fumar. Aunque algunos sólo lo hacen de manera temporal para lograr buenas sensaciones al consumirla de nuevo, hay quienes manifiestan que han podido, a través de la voluntad, suspender totalmente su consumo controlando síntomas ansiosos relacionados al incluir cambios y hábitos de vida saludables.

“La marihuana es de las drogas menos adictivas que existen. Si me dijeras heroína o cocaína te lo desaconsejaría. Primero porque son muy adictivas, y segundo porque con un chute puede ser suficiente como para matarte. La marihuana no es ni adictiva ni te morirás, como mucho te puede dar un mal viaje y pasarlo mal, pero al cabo de 3-4 horas estarás como nuevo”

“Felicidades por esa voluntad! yo he leído en muchos sitios que es trastoque mental de la maría no es definitivo y si lo dejas y lo combinas con una dieta más o menos sana y algo de ejercicio diario en poco tiempo (tal vez 2 o 3 meses) debería ir desapareciendo esa sensación.”

“Yo también lo dejé. Cultivaba mi propia maría y estaba cubierta para todo el año con los dos plantas que tenía. Sin embargo, después de varios años habiendo cambiado el fumar cigarrillos normales

por pajilluelas, me empezaba a notar espesa y decidí quitarlo poco a poco. Hoy ni fumo, o fumo cuando me da la gana y controlando bien que es una vez al mes más o menos, y tampoco tengo psicosis ni tomo pastillas ni nada. El truco está en la voluntad, en fin, suerte y ánimo si quieres dejarlo. Reporta más beneficios estar sano que en globo a diario”

Como fue previamente mencionado, los argumentos sobre el control voluntario como herramienta principal para evitar adicción

“Yo probé un canuto con 16 años y desde entonces ni la he vuelto a oler (tengo 22), así que supongo que no engancha, siempre y cuando la fumes con control.”

“Así que esto dependerá de ti y tu fortaleza mental, hay gente que se engancha fácilmente, y otras personas que si desea no fumarla por "x motivo" aún y teniéndola a mano no va a consumirla.”

Muchos usuarios afirman que la existencia de síntomas asociados a dependencia depende de algunos factores como el tipo de consumo, las características de la personalidad, características bioquímicas propias de cada individuo, la primera experiencia y la mezcla con otras sustancias. El control de estos factores podría según lo usuarios evitar la dependencia.

“Fumo marihuana hace 2 meses más o menos. Se que es una droga que no produce adicción, en realidad sos tan adicto como podes ser adicto a mirar televisión, o sea, es algo psicológico y depende de cada persona.”

“Es muy poco adictiva, (la adicción es psicológica), pero mayoritariamente esto depende de quien sea el que empiece a consumirla, fumada y/o comida”

“Cada persona es distinta, su metabolismo, su cuerpo y su mente son distintas, las probabilidades de que te pase algo "considerado malo" por fumar una vez son pocas pero aun así, hay personas que al fumar una vez no se vuelven adictos pero si les gusta y deciden probarlo de nuevo”

“Si eres una persona emocionalmente inestable, sí te volveras adicto.”

“El mono también es relativo. Yo me quedé sin hierba hace semana y media y no me ha pasado absolutamente nada, ni en lo físico ni en lo psicológico”

“Lo que provoca adicción no es la marihuana en sí, sino el tabaco con la que se mezcla. Dicho esto, por probarlo una vez no va a pasar nada, el problema es cuando esa primera vez te gusta, y lo quieres probar más veces...”

Dentro de este capítulo se recoge alguna información que ya ha sido planteada en previos capítulos. Como conclusión general, el cuestionamiento de la ausencia de adicción y de dependencia física del consumo de cannabis que ha sido adelantado por la investigación científica reciente nos confronta a una situación de reestructuración de las representaciones sociales alrededor del consumo. Uno de los peligros del consumo es reconocido por especialistas y por consumidores como “la dependencia”. Durante años el termino dependencia psicológica, bajo el cual se catalogaba el consumo de cannabis, describiendo un consumo reiterativo que no tenía la radicalidad de la dependencia biológica, hizo que entre los consumidores de cannabis la dependencia se viera como un epifenómeno controlable ya que se tiende a asociar los fenómenos psicológicos con eventos controlables por medio de la “voluntad”. Sin embargo, la evidencia de factores orgánicos en la dependencia a la marihuana parece ser aún ignorada y rechazada entre los consumidores o al menos entre quienes participan en esos foros.

8.7 Motivaciones

8.7.1 Motivaciones individuales

Los distintos roles y funciones que cumple el consumo de sustancias entran en dinámicas complejas a nivel individual y psicosocial.

A nivel personal, las ideas y expectativas frente al consumo de sustancias tienen un papel importante. Involucran las creencias sobre los efectos que tiene el consumo a partir de concepciones individuales y aprendidas en un contexto cultural y en el ambiente social donde se desenvuelvan. Incluyendo también factores cognitivos y afectivos que llevan a la toma de decisiones en particular.

Todos estos elementos juegan un papel decisivo como predictores del consumo. En lo que se refiere al mantenimiento de esta conducta, los efectos percibidos como positivos actúan en su permanencia en la vida del individuo.

Dentro de la literatura, las razones que influyen en la probabilidad de inicio y el mantenimiento del consumo de THC pueden ser variadas. Entre las motivaciones más frecuentemente halladas se encuentran el hacer frente a emociones y cogniciones negativas así como a síntomas generadores de angustia; también se incluyen propósitos hacia el uso motivado por la expansión y la búsqueda cognitiva o perceptual en las experiencias de consumo, y los motivadores hacia la experiencia de emociones positivas.(71)

Relajación y reducción de tensión emocional

A la marihuana se le ha atribuido el papel de reducir el malestar, infiriendo que la conducta del consumo se lleva a cabo en situaciones de incomodidad y/o de situaciones personales adversas con el fin de paliar de alguna manera el sufrimiento causado por distintos trastornos, refiriéndose a la teoría de la automedicación.(64)

En la información recogida, este carácter de disminuir las emociones y sensaciones negativas no aparece en el contexto de sufrimiento emocional debido a trastornos mentales o físicos sino en la manera cómo a través del consumo pueden enfrentar de manera más sencilla y confortable los sentimientos y emociones de carácter negativo que generan situaciones de la vida cotidiana e incluso maximizar las sensaciones positivas que generan actividades placenteras.

“Empecé con 15 años a fumar canutos, poco a poco la cosa iba a más. Me gustaba el colocón, me gustaba fumar para dejarme en un estado casi 'anestésico', dándome todo igual”

“Mira a mí me pasó igual, al principio me decía lo maravillosas que era la marihuana por permitirme enfrentar la vida en una forma muchísimo mejor para todos (entiéndase mi entorno y yo)”

“Mi primera experiencia con la marihuana fue simplemente MARAVILLOSA entendí muchas cosas, y mejoré muchas más... Mi intolerancia, y mi mal humor eran poco menos que legendarios en la Universidad y gracias a la marihuana eso fue disminuyendo eso me ayudó muchísimo, me agradó”

“Debo resaltar que la actitud ante las cosas es totalmente distinta; un ejemplo: las tareas del hogar, cuando no estoy fumado no las hago con alegría o simplemente no las hago, lo cual no ayuda a la convivencia con mi pareja, sin embargo, cuando fumo, las hago, me molesta hacerlas pero busco la manera de hacerlas de un forma divertida y participativa con mi esposa (creo que es por esto que mi mujer quiere más al marido fumado que al sin fumar).

“Al estar fumado disfruto más de actividades tan rutinarias como comer, hacer la comida, escuchar música, etc, las valoro muchísimo más; sin fumar vivo estas actividades de una manera distinta, no sé cómo explicarlo es como si todo fuera más gris.”

Una forma de reducir la tensión es descrita por los usuarios de los foros como una búsqueda de relajación haciendo referencia al proceso de lograr por medio del consumo estados de tranquilidad, reposo y descanso.

“soy un consumidor de marihuana relativamente habitual prácticamente todos los días, me ayuda a relajarme por las noches y me da un puntito lucido que me encanta”

“llevo 20 años fumando derivados del cannabis (marihuana, hash y mucha cocina cannábica) y a medida que pasan los años estoy más tranquilo, más paz interior y últimamente y desde que estoy en el retiro hasta me río de la vida “

Diversión y bienestar

Algunos usuarios de los foros mencionan una sensación de bienestar subjetiva, manifiestan que a través del consumo de marihuana obtienen una mejoría en estado de ánimo y sentimientos relacionados con satisfacción personal. Adicionalmente relacionadas con expresión de emociones positivas tendencia a la risa y atenuación de emociones negativas. También mencionan la generación

de alta energía y un estado de buena disposición

“aprovechar estas experiencias para afrontar de cara el pánico, fumar marihuana es como tirarse al vacío sin importar el que, nada importa, liberador, te transforma en una persona más equilibrada”

“Me siento muy alegre, siempre me entra la risa gili que te ríes, pero no sabes de qué y me pone eufórico tocar una canción buen rollera”

“Como todos saben, las primeras locuras están buenísimas, mucha risa, estar muy activo.”

“ la marihuana también me hace ese efecto, pero no me lleva a depresiones, sino que me saca de ellas. Después de un peto paso a ser la persona más feliz del mundo”

Búsqueda de sensaciones nuevas

La búsqueda de sensaciones es una variable ampliamente relacionada con el consumo de drogas, siendo las personas con rasgos de personalidad que tiendan a mayor tendencia a la búsqueda de sensaciones quienes tendrán más probabilidad de iniciar el consumo de sustancias(72)

Muchos de los participantes de los foros mencionan como una de las motivaciones más importante para el inicio del consumo de marihuana, la necesidad de buscar y experimentar nuevas, variadas, complejas e intensas experiencias y sensaciones, involucran también la inconformidad ante las situaciones y ambientes monótonos.

“Independiente del intelecto a veces pienso que hay estados en los que el cerebro se siente “Superior” o con ganas de buscar algo más, es como si te aburriera la conversación cotidiana y buscaras algo más interesante para tu mundo de fumeta y de aquí te haces amigo de tu cerebro”

“quiero experimentar cosas nuevas, sabores nuevos, emociones nuevas y tener algo más de libertad social, abirme más a la gente. “

“La primera vez que decidí hacerlo tenía tan solo 16 años y fue por el gusto de probar algo distinto al alcohol, en parte era por esa sensación de rebeldía de probar una droga”

Así mismo, como motivador el deseo de conocer y experimentar sensaciones desconocidas, cuando se ha oído o evidenciado en la experiencia de otros.

“Yo hoy tengo 20 años, cuando comencé a fumar tenía 18 años; realmente quería probarla por mera inquietud. Siempre que escuchaba sobre el tema me corría por la mente ¿Qué se sentirá?”

“después de 11 años de casados les puedo decir que es una sensación diferente te quita los tabúes experimentas cosas nuevas, hasta más flexibilidad les da la verdad yo si la recomiendo como dice un comentario tocas el cielo nunca está de más experimentar cosas nuevas”

Sexualidad

Históricamente la marihuana ha sido considerada como un afrodisiaco, sin embargo, en la literatura existe poca evidencia que pueda funcionar mejorando el desempeño e incrementando el deseo sexual, así como tener una función contraria. (73)

Es común entre los comentarios encontrados en los foros, la creencia de que el consumo de marihuana aumenta el deseo sexual, actúa como potenciador de percepciones sensoriales, también tiene beneficios asociados como la desinhibición y la tendencia a buscar nuevas sensaciones. Se encontró un comentario que tiene que ver con información del funcionamiento fisiológico a favor del consumo, no soportado por información científica. Algunos autores consideran que en estos planteamientos y representaciones populares tienen un papel importante los factores culturales y creencias populares que sobreestiman sus beneficios.(74)

La explicación de los cómo la marihuana puede posibilitar la mejoría del placer sexual, tiene algunas bases la activación de receptores en el sistema endocanabinoide endógeno que tiene que ver con funciones como la relajación muscular, la disminución del dolor y aumento de sensaciones placenteras podría así mismo reflejar la agudización de la experiencia sensorial en general. (73)(75)

“La verdad que fue increíble ese momento nunca en mi vida tuve mejor sexo por las sensaciones que se me trasmitían”

“con marihuana es la experiencia más placentera que he tenido ¡EN LA VIDA! Lo hago frecuentemente con mi novio. Desenvuelve la creatividad al máximo y en la búsqueda de más y más placer terminamos en posiciones que jamás habríamos imaginado hacer”

“todos tus sentidos aumentan por lo tanto sientes todo más intenso cada caricia, cada beso y cada movimiento hacen que tu deseo sexual aumente muchísimo”

“Puedo decir que desinhibe y tienes la sensación de fundirte con tu pareja en uno, saber lo que le apetece y sentir cada centímetro de la piel”

“Que hasta su recuento de espermatozoides aumenta, contrariamente a lo que podría esperarse sobre la base de estudios de medicina”

Introspección, autoconocimiento

Las motivaciones que involucran la capacidad de comprensión de sí mismos y el autoconocimiento hacen parte de los relatos de los participantes. Dentro de estos se encuentra presente el aumento de la capacidad de percibir sensaciones corporales y estados mentales y así mismo disponen de explicaciones y narrativas para dar cuenta de lo que les ocurre.

También se encuentran comentarios que aluden a la posibilidad que según los usuarios brinda la marihuana de ahondar en aspectos desconocidos de la propia personalidad

“Ahora fumo solo para estar conectado conmigo mismo”

“Podrías darle las gracias a la querida Maruja por mostrarte un aspecto de vos que desconocías”

“Muchas personas (incluyendo a mi novia) me han contado que se sienten más conectados con el exterior, sienten el viento o cosas así; yo siento que me conecto más con mi interior, pensando cosas que a veces no tienen sentido y dejo de prestarle atención a todo lo demás. Tal vez por eso disfruto mucho fumar solo.”

“La marihuana es para reflexionar, para encontrarse con uno mismo

Espiritualidad

La planta de cannabis ha sido considerada como una planta de características sagradas y mágicas desde hace miles de años en varias culturas ancestrales. Las sociedades tradicionales integran este uso dentro de un contexto sagrado que en muchas ocasiones incluye un rituales de iniciación.(76)

Los participantes incluyen en sus relatos la mención de experiencias de contenido sensoperceptivo como modificadoras de estado de conciencia.

Muchos usuarios de foros atribuyen estas propiedades a la marihuana, incluso les dan a los efectos secundarios del consumo entre ellos los gastrointestinales, características especiales como purificadoras o catárticas.

También consideran que esta droga tiene una dimensión espiritual por ser un elemento que puede acompañar prácticas espirituales y/o religiosas como oración, meditación o contacto introspectivo con un ser superior o una fuerza espiritual

“La marihuana te eleva la conciencia por lo que "te desprendes" del ego por así decirlo y tus percepciones cambian al ser percibidas por la conciencia y no por el ego, es una "droga" espiritual”

“Yo realizo un constante trabajo espiritual-crecimiento sobre mí mismo desde que tenía 20 años. La maría siempre tiene en mí el efecto de abrirme a mi Ser, que en esencia es pura luz. Por esto en verdad que me parece una planta sagrada, mismamente su delicioso sabor a incienso habla de ello. Abogo por un consumo inteligente de este regalo de Dios.”

“La marihuana es un poder invisible espiritual que te trasciende de esta vida “mundana” a otra que no podemos apreciar con nuestros ojos, siempre, siempre, siempre que fumes vendrán muchos mensajes a tu cabeza, pero siempre estarás en un mundo donde otra persona que no ha consumido no estará, la marihuana es el portal espiritual para tener contacto con Dios, siempre y cuando ores mucho, y te alejes del mundo visible e incoherente que te rodea”

“Poder cuando actúa como tal es de limpieza emocional, por lo que pone al sujeto a "sentir" todo eso, incluso a nivel de limpieza físico con vómitos y diarreas. El desconocimiento de estos procesos es lo que hace que las personas se sorprendan y lo rechacen como algo negativo o malo o incluso amenazante.”

Potenciación de sensopercepción

Uno de los efectos conocidos de la marihuana consiste en alteraciones de la percepción, dentro de estas visuales, auditiva, gustativa. Durante la intoxicación aguda puede aparecer sensación de relajación, de flotar, así como distorsiones de la percepción temporal.

De la mano de la agudización de la capacidad perceptiva de estados internos, se encuentran las narrativas que hacen referencia a la capacidad de mejorar el conocimiento que se adquiere al estar inmerso en el entorno, potenciando la percepción de estímulos externos y brindando percepción de realce o acrecentamiento de las sensaciones.

“Me he sentido tan ligero que parecía que pisaba las nubes como si fueran algodón. Escuchando música, he conocido la sensación de 'ver' la música, de sentir la vibración en cada vena de mi cuerpo. Viendo películas, he sentido que me metía dentro, como cuando sale que uno se mete a la pantalla y forma parte de tu realidad momentáneamente.”

“Lograba ver las cosas, o sentir las cosas como si fuera otra persona, admirar y apreciar construcciones, colores, texturas... “Es como si te cambiaran la percepción de las cosas, y pudieses ver con ojos de un arquitecto, o artista o ser otra persona”

“tu sentido del gusto se triplicará, sentirás la comida más rica, perderás la noción del tiempo, el tiempo pasará lento.”

“Empecé a caminar allí empezó todo : Sentía que mis piernas se movían como si fuesen de goma , veía todo en cámara rápida y los colores más llamativos , deje de oír todo , oía todo distinto como con un ritmo distinto , me fui caminando a unos campos de bassetball , y me senté en las gradas; allí ya estaba en mi mundo oía y sentía todo de manera distinta , mis sentidos del tacto y oído fueron los más afectados, al cerrar los ojos veía figuras geométricas de colores, SENTIA TODO ; me quede allí en mi mundo como 3 horas y media , y empecé a regresar a la realidad 3:45 pm me voy de los campos; luego pase todo el día con felicidad. EL CREEPY EXPANDIO MI MENTE”

Concentración y creatividad

Históricamente la relación entre el consumo de cannabis y la creatividad ha causado gran polémica y opiniones contradictorias. Muchos han acudido en su defensa al relacionarla con el potencial creativo de muchos artistas. En revisiones realizadas sobre el consumo de alcohol y la creatividad se pudo dilucidar cómo la percepción de la creatividad propia, no la creatividad per se y así se desarrollaban acciones creativas en respuesta a las propias expectativas. Una situación similar podría ocurrir con el consumo de marihuana. En revisiones realizadas se encontró cómo “los datos obtenidos sobre los efectos subjetivos sugieren el papel crucial de las expectativas de los efectos de la sustancia, y las relacionan con los patrones de consumo”(72) Incluso en pruebas realizadas como los *Torrance Tests of Creative Thinking* (TCTT) se desmintió el hecho de que el cannabis aumente la creatividad en general(77)

Varios de los participantes refieren sensaciones como la expansión de pensamientos originales e inusuales, el aumento de la capacidad de fijar la atención en un estímulo. En esta categoría los participantes también acuden a razones de tipo médico para darle explicación a algunos fenómenos percibidos

“En lo que toco, me ha dado cierta perspectiva en ocasiones. Para lo mental va... También como a vos me va bien para escribir, para mi creo que es mejor herramienta para eso “

“Concentración máxima en cada tono de la canción y "siento" mejor la música. Soy creativo no, lo siguiente. Todo me viene a la mente enseguida y se encaja todo, como si viniera todo con buena hierba en el cerebro con esa libertad, me ha llevado a alterar algunas partituras de prácticas y mejorar mucho mi conexión con la música.”

“Es la puerta a la imaginación, a las ideas y nuevos pensamientos y un detonador de la creatividad y la relajación”

“La marihuana si ayuda a ser más creativo es por piratear nuestras neuronas y hacer que varíe temporalmente el funcionamiento de nuestras conexiones neuronales, haciendo que procesos que normalmente procesamos en un determinada área del cerebro se procesen siguiendo otras rutas alternativas”

Inteligencia y rendimiento académico

Dentro de la literatura existen innumerables publicaciones que muestran evidencia de consecuencias negativas en el aprendizaje y rendimiento escolar. Existe mención de afectación en funciones de la corteza prefrontal como planificación, acciones dirigidas a metas e incluso el control y la inhibición conductual, adicionalmente hacen referencia al síndrome amotivacional ya descrito en esta investigación(78)

Al contrario de lo descrito en la literatura, existen opiniones dentro de los foros revisados que defienden su consumo, manifestando mejorías en concentración, aumento de rendimiento académico global. Y nuevamente aluden a explicaciones fisiológicas y datos obtenidos según refieren desde literatura estudiada.

“Un joven de tan sólo la mitad de mi edad ocupo la misma posición # 3 después de 2 años y más de 90% promedio en calificaciones. Todo esto bajo la influencia de marihuana”

“hasta para concentrarme en mis tareas las puedo hacer y hasta mejor, cuando resuelvo un ejercicio de matemáticas o física pareciera que son tan fáciles”

“Soy licenciada de la UBA y mi IQ lejos de retrasarse x el consumo se incrementó (no digo q seas gracias a la marihuana, sino que no me parece que este realmente comprobado el deterioro neuronal) y fumo todos los días”

“Inclusive hay un montón de estudios que asocian la neurogénesis, el aumento del IQ, y la protección de las neuronas”

8.7.2 Motivaciones sociales

La literatura afirma que los jóvenes son influenciados por principios de evitación de la incertidumbre a posibles riesgos y consecuencias, si no han tenido previas experiencias o no se encuentran acompañados por pares con valores similares. Sin embargo, priman los valores hedónicos cuando se consumen sustancias como el cannabis en compañía de pares. (79)

Dentro de los factores sociales que han sido caracterizados como fuertemente relacionados con el inicio y mantenimiento del consumo se incluye la relación con personas consumidoras. El inicio del consumo se da en general por influencia directa sobre percepciones y creencias en relación a riesgos y/o beneficios del consumo de sustancias en los no consumidores(80). El mantenimiento del consumo se puede dar por la accesibilidad al producto ya que los pares pueden actuar como proveedores de sustancias y también como modelos sociales del comportamiento del consumo de cannabis.(81)

Diversas investigaciones han proporcionado pruebas que demuestran la importancia de los pares en el desarrollo del uso y abuso de sustancias. Los jóvenes pueden ver el consumo de sustancias como un medio para asegurar una cohesión social y obtener beneficios en alivio de frustración causada por dificultades en el ámbito relacional.(81) En los foros revisados algunos de los participantes consideraran el consumo de marihuana como un facilitador de las relaciones interpersonales, y de relaciones empáticas; adicionalmente hacen referencia a la ya mencionada agudización de la capacidad de percepción, en este caso de actitudes, elementos de personalidad que según los participantes permiten una mejor comprensión de los demás.

“Fue todo tan raro, me senté en la punta del sillón y no quite los ojos de la tele. Escuchaba hablar a

mi familia y podía notar la falsedad en el ambiente, las mentiras, las expresiones faciales que los delataba a todos, al notar todo esto decidí usar ese viaje para experimentar, mi mente estaba totalmente activa y abierta, no sé cómo expresar con palabras concretas lo que sentía en ese momento. Decidí entablar un dialogo con mi tía, nunca había notado tantas indirectas hacia mí, pude sacar una conclusión en base a su personalidad y sus actitudes. Pude ver como todos querían destacar, ya sea contando anécdotas del pasado o destacando sus logros o los de sus hijos. Pude ver como todos se corrompían al hablar de ciertos temas, pero cuando tocaban el tema "Dinero"

“Me pasa frecuentemente, por eso es que la marihuana cambia su forma de ver la sociedad, tanta falsedad y tanta mentira. Quiero que cuando este HIGH analice a una persona y vera como su personalidad queda al descubierto, es por eso que me interesa la psicología, la marihuana me hace interesarme sobre estos comportamientos.”

“Además y sobre todo, me gustaba porque esto nos unía a casi todos los colegas, nos juntábamos en una casa y venga, a ponernos finos de hierba y costo y a jugar a la Play sin descanso”

“Fui capaz de conversar (bajo los efectos de la marihuana) con gente que antes no me interesaba en absoluto conversar”

“Desde entonces no me ha vuelto a pasar y siempre que fumo me lo paso genial (he fumado con mi hermano unos cuantos días y nuestra relación ha mejorado mucho, hasta me pregunto cómo sería fumarme uno con mi padre jaja).”

“Yo personalmente prefiero fumar con gente, la marihuana está hecha para disfrutarla en sociedad, las conversaciones pueden derivar en algo increíble”

9 Discusión

Las representaciones sociales como las define Jodelet son “*una forma de conocimiento socialmente producidos y compartidos con un fin práctico, y que contribuye a la construcción de una realidad común a un conjunto social*”. Jodelet considera que toda representación viene del sujeto inmerso en un contexto psicosocial y más allá de un conjunto de sujetos que interactúan y le dan significado a un objeto o a un conjunto de objetos en un espacio y tiempo particular. (82)(83)

Las representaciones sociales del consumo de sustancias involucran una serie de discusiones que alternan entre el saber experto y el saber común. En este trabajo, abordamos las representaciones que se configuran a través de imágenes y significados compartidos, entre consumidores y no consumidores, así como interpretación de información científica e informal disponible alrededor del consumo de marihuana.

El interés de esta investigación es observar cómo se construyen estas representaciones y como se va dando lugar a un sentido de verdad y eficacia simbólica, como lo abstracto se convierte en concreto y se materializa la palabra.

Las representaciones sociales del consumo de sustancias vienen de la experiencia personal y la experiencia percibida por otros, por lo que conjugan dimensiones cognitivas con dimensiones sociales. Existen factores que influyen en su construcción, desde el sentido más amplio donde se abarcan situaciones del contexto desigualdad social, diferencias de género, status socioeconómico y origen geográfico. Incluye también factores relacionados con los patrones de comunicación (entre grupos, individuos), consumidores y no consumidores y profesionales del área de la salud.

La información consignada en esta investigación ha sido extraída de las interacciones sociales que tienen lugar en la comunicación virtual. Este tipo de interacción ha sido considerada por tener ventajas como la abolición de barreras geográficas y mayor facilidad de expresión en personas con características de personalidad que no facilitan las interacciones sociales en otros contextos.

Las salas de chat y los grupos en línea son espacios que han brindado la posibilidad satisfacción de necesidades individuales y sociales, donde los participantes comparten intereses comunes, entre ellos, hobbies y características personales.(37) Así mismo, brindan la oportunidad de compartir preocupaciones, actitudes, emociones, intereses e incluso formar relaciones.

La comunicación virtual puede asemejarse a la interacción cara a cara con especiales particularidades. Entre estas existe el anonimato relativo que permite compartir la información personal y el grado de identificación que se desee, pudiendo incluso revelar información personal que no revelarían en otros contextos. En estos espacios se da la posibilidad de compartir información íntima, eludiendo la sanción y desaprobación que conlleva el compartir la identidad. Algunos autores señalan que la comunicación anónima permite apertura de conversaciones sobre temas sensibles y potencialmente vergonzosos, incluso sin ser participantes las personas que deseen visitar los chats abiertos al público, pueden obtener información desde el punto de vista de otros usuarios sobre temas muy diversos. Entre estos el consumo de drogas. (84)

Dentro de las fuentes que citan los participantes de estos foros se encuentran páginas web de carácter científico, textos médicos electrónicos y muchos de estos presentan limitaciones metodológicas, de autor, actualización, cantidad, simetría del conocimiento, valor y en general calidad y fiabilidad de la información.

Existen otro tipo de sitios como los antidrogas gubernamentales, venta en línea, foros, y enciclopedias web sobre drogas. De acuerdo con estudios realizados estos últimos son los que registran una mayor cantidad de visitas. Adicionalmente existe mención estadística sobre la relación entre visitas a determinadas páginas web con el posterior acceso a sustancias, cambios en la percepción de riesgo y la intención de uso. (85)

A partir de esta investigación pudimos ver cómo los contenidos que se muestran en foros web están conformados por una mezcla de información personal, basada en creencias y percepciones individuales. La experiencia de distintos actores se establece como información central acompañada en ocasiones de información de carácter científico que se entremezcla en los relatos, junto a citas directas e interpretaciones de información de fuentes que generalmente no tiene origen fiable. En otras palabras, los participantes intentan dar respaldo a contenidos afectivos y a creencias profundamente arraigadas a imaginarios individuales ante un público anónimo y protegiendo la propia identidad bajo la protección del anonimato.

En el análisis de la información encontrada identificamos varias motivaciones de los participantes para entrar en estos foros. En primer lugar recurren a este tipo de espacios buscando compartir emociones, experiencias en términos positivos y negativos, algunos buscando dar legitimidad a su consumo, otros buscando alternativas para lidiar con sus consecuencias.

También estos espacios son buscados para encontrar explicación sobre la naturaleza y el origen de las experiencias de consumo, incluso después de acudir a instancias de saber experto de carácter médico y religioso.

Las narrativas encontradas hacen referencia a la motivación de las personas para entrar a estos foros y a la transformación cultural en torno a la “autoridad del conocimiento”. Cuando el saber experto no parece suficiente, las personas buscan legitimar su experiencia personal, desde el eco que encuentran en la experiencia de otros. Aquí se desdibuja la jerarquía del saber. El conocimiento puede encontrarse en un foro, con personas que no se conocen, y cuya autoridad de saber solo está respaldada por el hecho de “ser consumidor de cannabis” o estar presente en ese espacio virtual.

Los participantes encuentran entonces dentro de estos foros explicaciones heteróclitas y muchas veces contradictorias entre sí, que son propuestas desde argumentos anclados generalmente en la experiencia y creencias propias.

En resumen el consumo de drogas es una práctica ancestral en muchas culturas, sin embargo cuando se da en un contexto social que carece de un arraigo tradicional de uso de sustancias este consumo se establece desde otras lógicas que van cambiando con el tiempo y en distintos grupos, muchas veces incorporando saberes ancestrales, religiosos, médicos y psicológicos heteróclitos y contradictorios entre sí. Los foros revisados nos permiten identificar las representaciones diversas que se generan con respecto al consumo dentro de estos grupos que tienen acceso a espacios virtuales dinamizados por lo que llamaríamos “la intimidad del anonimato”. Para identificar los rasgos generales de las representaciones encontradas, clasificamos las categorías más pertinentes en los foros de acuerdo con algunas temáticas generales presentes en las narrativas que incluyen: la enfermedad individual y social y los significados que estas conllevan, motivaciones individuales y sociales, la relación de la marihuana con otras drogas y la percepción de control con respecto al consumo. En lo referente a la presencia de enfermedad encontramos narrativas que aluden tanto al mal funcionamiento de procesos biológicos y psicológicos descritos como síntomas, como a la dimensión subjetiva que involucra sensaciones de disconfort y malestar que pueden aparecer incluso en ausencia de enfermedad y que dan cuenta de la manera como se configura la propia experiencia.

Dentro de los foros se encontraron narrativas diversas con respecto a la nocividad de la marihuana y su capacidad de generar enfermedad. Los discursos oscilan entre extremos casi opuestos que van desde quienes sostienen la seguridad e incluso el beneficio que tiene el uso de marihuana en el

mantenimiento de la salud, hasta quienes la identifican como una causante directa de enfermedades físicas y mentales. La enfermedad mental ocupa un lugar importante en términos de frecuencia de mención.

Es común encontrar descripciones de experiencias de naturaleza psicótica, algunos muestran gran riqueza conceptual, incluyen desde la presentación de síntomas de manera aislada en distintos contextos del consumo, hasta la completa configuración de trastornos psicóticos. Es muy frecuente encontrar menciones sobre la relación entre el consumo de marihuana y el desarrollo de esquizofrenia, encontrándose debates muy activos sobre la multifactorialidad de la aparición de la enfermedad. En este debate predominan los comentarios que desestiman este riesgo, y aquellos que equiparan este al riesgo que implica el consumo de otras sustancias y también equiparan estos riesgos a factores que, de acuerdo con la literatura, no han mostrado ninguna relación con la etiopatogenia de la enfermedad. Otros síntomas comunes referidos por los usuarios de los foros tienen relación con sintomatología ansiosa, más comúnmente referida por usuarios novatos. Esta categoría es mencionada en términos positivos y negativos, tanto como causa como consecuencia del consumo. Algunos usuarios la consideran la marihuana útil para paliar síntomas ansiosos, refiriendo la ansiedad como una motivación para el inicio del consumo. Otro grupo de participantes informa importantes síntomas ansiosos y su persistencia en el tiempo como consecuencia del consumo.

Como parte de esta categoría se encuentran otros síntomas mencionados en menor frecuencia como la presencia de apatía y falta de motivación que se presenta en situaciones laborales y académicas y la importante inversión de tiempo en actividades relacionadas con el consumo. Generalmente estos comentarios están hechos desde un tono de rechazo de esta situación en la que los participantes que se pronuncian sobre el tema se vieron envueltos tras un consumo frecuente de cannabis. Estos síntomas son descritos en la literatura especializada bajo la categoría de “*síndrome amotivacional*”.

(39)

Otros síntomas de naturaleza mental como los síntomas cognitivos son mencionados en dominios específicos como funciones ejecutivas, atención, aprendizaje y memoria, habilidades motoras y habilidades verbales, entre ellas fluidez y memoria verbal.

Por último se hace referencia dentro de los foros a la enfermedad en la esfera somática incluyendo síntomas cardiovasculares, respiratorios y algunos foros que tienen como tema principal el riesgo fetal.

Importante mención merece la relación encontrada en investigaciones recientes con respecto a su relación con accidentalidad que ha contrarrestado la creencia de que su consumo es seguro cuando se trata de la conducción de vehículos.(86) Muchos participantes reconocen los déficits que conlleva su consumo, otros mencionan comentarios en su defensa argumentando una disminución de la agresividad al volante, y la compensación de estos déficits al manejar más despacio y con cautela, lo que la literatura desmiente, al probar que esto puede llegar a ser verídico en fases iniciales de la conducción pero, a medida que la acción requiera mayor concentración y pericia, la capacidad se deteriora, llegando a no ser reconocido por la persona que lo está experimentando. (86)

En general muchos participantes expresan preocupaciones y opiniones respecto a la estabilidad y permanencia en el tiempo de síntomas de características negativas que iniciaron posterior al consumo. Hay apartes donde la legitimidad del “pensamiento popular” flaquea en el momento en el que los participantes hablan sobre sus temores frente a esas consecuencias a largo plazo del consumo.

Aunque prevalece la noción del control voluntario cuando los pacientes se refieren a la categoría enfermedad, algunas personas dentro de los foros (donde prima la centralidad del “pensamiento común”) reivindican la pertinencia del criterio experto, basado en investigación científica, para dar cuenta de los efectos del consumo de cannabis.

Con respecto a la enfermedad entendida en términos relacionales, los usuarios de los foros hacen mención de la relación entre consumo de marihuana y conductas de naturaleza violenta, así como, dificultades en el ámbito legal y la tendencia a expresión de mayores niveles de agresividad tal como es reportado en varios estudios.(50)(48)(37) Así como el compromiso en patrones inadecuados en las relaciones académicas, familiares y sociales en general. Adicionalmente muchos coinciden en describir un cambio con respecto a la atención que pasa de tener una orientación externa a una más interna y contemplativa, lo que puede relacionarse con una disminución del interés por las relaciones sociales. Es igualmente frecuente encontrar en los participantes de estos foros solicitudes de apoyo y consejería a otros participantes para elegir estrategias de como informar a los padres del consumo. Los comentarios que reciben generalmente se encuentran en torno a la autoafirmación, la normalización del consumo y la defensa de esta por la no interferencia en la funcionalidad global.

En relación con la valoración del riesgo respecto al consumo de otras sustancias, existe una tendencia a considerar a la marihuana como una sustancia con menor probabilidad de producir efectos adversos, más atractiva y segura; se encuentran afirmaciones en defensa de su consumo que incluyen su composición natural, ignorando las modificaciones químicas y la potencia de las actuales

preparaciones. Esta ausencia de información entre usuarios llama la atención y es preocupante pues hace evidente una falta de conciencia sobre los efectos diferenciales que pueden tener las nuevas presentaciones de la marihuana que han tenido importantes modificaciones, así desde en 1995 la concentración de tetrahidrocannabinol o THC era de aproximadamente 4% aumentando hasta 12% en 2014, actualmente pueden tener hasta un 40% de concentración de THC, alrededor de 10 a 30 veces más potentes que las especies que se encontraban en el mercado antes de la revolución de la manipulación genética de estas plantas.(87)(88) Los usuarios de las redes tienden a ubicar a la marihuana en una posición privilegiada con respecto a otras sustancias, por considerarla con menor probabilidad de causar efectos secundarios, y por su supuesta baja o nula toxicidad.

Muchos comentarios que se refieren al rechazo social y el estigma estableciendo un paralelo con el consumo legal de drogas como el alcohol y el tabaco. Los argumentos intentan mostrar los beneficios del consumo de cannabis y su inocuidad, en comparación con los riesgos de las sustancias legales, enfatizando sobre las incoherencias del sistema de prohibición.

Por último, muchos usuarios hacen referencia a la ya conocida concepción de la marihuana como “puerta de entrada” o “hipótesis de escalada”, según la cual el consumo de marihuana antecedería el consumo de otras sustancias consideradas de mayor peligrosidad. Muchos participantes afirman que la existencia de síntomas asociados a la dependencia tiene que ver con algunos factores como la vía de consumo, las características de la personalidad, características bioquímicas propias de cada individuo, la primera experiencia y la mezcla con otras sustancias. Algunos participantes distinguen entre el hábito de incorporación de esta sustancia en las rutinas de la vida diaria y la presencia de sintomatología que caracteriza el síndrome de abstinencia y tolerancia, pero en términos generales, prevalece la tendencia a considerar cómo el control a través de la voluntad es la principal herramienta para evitar la adicción. Este es otro punto preocupante ya que la investigación clínica pone cada vez más en tela de juicio la idea según la cual no existirían manifestaciones que tengan que ver con adicción propiamente dicha al consumo de marihuana. Estudios recientes muestran que, aunque el síndrome de abstinencia a la marihuana no está caracterizado por síntomas predominantes en la esfera física, como el que se encuentra en los consumidores de opiáceos y estimulantes, el consumo frecuente de cannabis está asociado a síntomas distinguibles en la esfera mental, y así mismo con la disregulación de los circuitos de recompensa, generando en el consumidor un refuerzo positivo, que es un componente de la transición entre consumo voluntario y consumo compulsivo, (67) por lo que es muy difícil de controlar con un uso de lo que se conoce en el pensamiento común como “la fuerza de voluntad”. Es de anotar que, si los circuitos de recompensa se ven afectados, el ejercicio de la

autorregulación en otras palabras, la voluntad estará inevitablemente afectado. Este desconocimiento de los efectos adictivos de la marihuana y de sus implicaciones biológicas es un caso interesante para identificar la compleja formación de las representaciones sociales del consumo de drogas, en las que se amalgama el saber experto con el conocimiento común, de manera selectiva. En efecto los consumidores habituales tienden a ignorar los resultados de la investigación científica que señalan los aspectos negativos del consumo, en aras de defender el consumo y la relación que han establecido con el cannabis.

Dentro de las motivaciones para el inicio y mantenimiento del consumo se encuentra la búsqueda de sensaciones de relajación y disminución de tensión emocional; lograr sensaciones de bienestar y diversión, así como la potenciación de sensaciones. Este es el hallazgo más frecuente en investigaciones previas.(89) (90)Algunos participantes manifiestan que el consumo posibilita la creatividad o potencia la espiritualidad como modificador de estados de conciencia y creadora de experiencias sensorceptivas, incluso algunos participantes atribuyen a los efectos secundarios del consumo, entre ellos los gastrointestinales, características especiales como purificadoras o catárticas. Importante mención merece la creencia de que la marihuana permite una mejor capacidad de comprensión de sí mismo y autoconocimiento una representación a tener en cuenta por los especialistas que ofrecen apoyo psicológico a las personas que tienen un consumo problemático. Si la persona considera el consumo del producto como una alternativa de trabajo introspectivo, el planteamiento de un trabajo psicoterapéutico como mecanismo de exploración personal puede ser visto con desconfianza o con apatía por estas personas que consideran haber autogestionado procesos de introspección a través del producto.

Así como el consumo es percibido como un facilitador para el conocimiento personal, muchos participantes de la investigación consideran que el consumo posibilita las relaciones interpersonales, aumenta la empatía y agudiza la percepción de características de los demás permitiendo así una mejor comprensión del otro. Este es un resultado que coincide con previas investigaciones(90).(71) Esta representación es también importante de tener en cuenta por parte de los profesionales de la salud que trabajan en el campo de la rehabilitación ya que la marihuana puede ser una forma de “automedicación” para personas que tienen dificultades en el establecimiento de interacciones sociales de manera fluida. Si esta es la ganancia del consumo, es necesario tener en cuenta que esta representación existe y puede ser o un escollo en el establecimiento de un proceso terapéutico o si se tiene en cuenta desde otro punto de vista, una oportunidad para tratar a través de distintas herramientas la dificultad de base y así disminuir los factores perpetuadores del consumo.

Dentro de las opiniones sobre la sexualidad predominan las narrativas en términos positivos como un acrecentador de sensaciones y potenciador del deseo sexual. En la literatura muchos autores apoyan estas representaciones con base en estudio de experiencias y algunas bases biológicas propuestas, mientras que otros, han considerado que en la experimentación de estas sensaciones y la creación de estas representaciones, juegan un papel muy importante las influencias culturales, dentro de estas se encuentran las previas expectativas y la influencia de las creencias populares que sobreestiman los efectos positivos en esta tema en cuestión. (46)(74)

Con respecto a los efectos cognitivos, al contrario de lo descrito en la literatura científica,(67)(31)(43) existen opiniones dentro de los foros revisados que defienden su consumo, manifestando mejorías en concentración, aumento de rendimiento académico global. Y nuevamente aluden a explicaciones fisiológicas y datos obtenidos basados en interpretación de contenidos web disponibles. De nuevo en este punto se encuentra una tensión entre el saber experto y en conocimiento común; tensión que se hace más problemática en los espacios virtuales donde ante la ausencia de regulación y de vigilancia sobre los contenidos de los sitios web, existe una tendencia del público de asumirlos como espacios que contienen información fidedigna. En la mayoría de los foros no existe un distanciamiento con respecto a la información que se encuentra en la red. Este es un fenómeno que debe ser tenido en cuenta por los profesionales de la salud que se enfrentan a la población de consumidores. Si bien en las relaciones tradicionales entre médico y paciente existe un voto de confianza frente a la autoridad del médico dada su experticia avalada en la investigación y la formación científica; este orden de relación puede variar frente a un público que le atribuye autoridad científica a cualquier página de la red.

Las opiniones y percepciones de los sujetos de este estudio y su disponibilidad en la esfera pública hacen que inevitablemente se planteen inquietudes sobre el papel del psiquiatra y los médicos en general para dar respuesta a los modelos culturales de la sociedad actual.

Cada vez la práctica médica viene siendo transformada por el advenimiento de nuevas tecnologías de la información, el uso creciente de comunicación vía web ha contribuido a cambiar las dinámicas médico-paciente. El uso de estas tecnologías ha posibilitado adquisición de la información, contribuyendo a mejores desenlaces en salud, y el uso apropiado de los servicios asistenciales, así como el aumento de la autonomía en toma de decisiones y la generación de apoyo en los mensajes de prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Incluso ha probado actuar como reforzador de mensajes recibidos en la interacción médica. Y desde el punto de vista psicológico la pertenencia a un grupo virtual involucra propiedades comunes como la identificación reciproca basada en al

compartir experiencias con otros se puede evidenciar como las personas pueden enfrentarse de manera más positiva a retos de una condición de enfermedad .(91)

Por otro lado, la comunicación virtual brinda desventajas importantes y en estas se basan algunas de las limitaciones de esta investigación, como la imposibilidad de garantizar la fiabilidad de la información y de identificar la veracidad de los datos del autor. Está circunscrita a personas que puedan hacer uso de un computador o teléfono móvil y posean las habilidades y tengan el deseo de participar en las comunicaciones en línea. Adicionalmente existe el riesgo de que la diferencia de consejos y opiniones pueda causar angustia en los lectores o por otra parte aumentar expectativas y demandas respecto a algunos tratamientos que puedan no ser apropiados o estar disponibles para toda la población y en el caso de la población joven influya en la inclinación hacia una u otra postura sin las adecuadas bases que lo soporten y en la consecuente toma de decisiones. Otra de las limitaciones y específicamente de esta investigación radica en que las personas participantes en los foros de este tipo de contenido pueden ser en su mayor medida consumidores, por lo que sus opiniones pueden ser más extremas o sesgadas hacia la defensa y las percepciones de los no consumidores pueden ser no representativas dentro del contenido

Aunque estas representaciones se establecen en la esfera del mundo virtual, de acuerdo con lo revisado en la literatura disponible, no distan mucho de la percepción de los consumidores y de algunos no consumidores en general. A la luz de los resultados de esta investigación, se aprecia la necesidad de que los profesionales de la salud y de apoyo psicosocial incluyendo psiquiatras y médicos en general, entiendan las representaciones sociales complejas desde las cuales se sustenta el consumo de cannabis y de esta forma encuentren nuevas maneras de aproximarse a los consumidores. Resulta evidente que el análisis de la complejidad de determinantes ligados a los contextos en los que ocurre el consumo, y la multiplicidad de variables individuales y sociales que moldean su práctica, no puede desligarse de la comprensión del fenómeno en su totalidad.

El reto de los profesionales de la salud se encuentra en la creación de nuevas herramientas en el campo la comprensión de un fenómeno tan complejo como lo es el consumo, así como en permitir un acercamiento a develar las características de las variables que influyen en la importante disparidad entre el conocimiento científico y el saber popular.

El conocimiento de las representaciones del consumo se esboza acá como una herramienta que permite al clínico plantearse el desarrollo de nuevas estrategias de comunicación, y también de instrumentos que promuevan el uso y la difusión por parte de profesionales de información dentro de la internet y otros medios de comunicación. Información que sea comprensible, de fácil acceso, pero que fundamentalmente hable un lenguaje cercano a los consumidores y al público no clínico y sea creada con base en el conocimiento profundo de experiencias, motivaciones, inquietudes y necesidades desde puntos de vista individuales y culturales. También supone que, al mismo tiempo, tenga el adecuado sustento y rigor científico, sirviendo así para guiar a las personas en la toma de decisiones.

Por último, el uso por parte del profesional de la salud de las herramientas virtuales puede permitirle ampliar la comprensión de las personas consumidoras y lograr hacer menos distante la interrelación clínico-paciente mejorando la calidad y asertividad de los procesos psicoeducativos y de tratamiento integral.

10 Conclusiones

- Los contenidos que se muestran en foros web conjugan dimensiones individuales y sociales, se conforman por información de carácter personal, que se basa en creencias y percepciones subjetivas, así como la experiencia percibida acerca de este consumo en otros.
- La experiencia de distintos actores se establece en muchas ocasiones a partir de la interpretación de información de carácter científico, intentando respaldo a contenidos afectivos y a creencias profundamente arraigadas a imaginarios individuales ante un público anónimo y protegiendo la propia identidad bajo la protección del anonimato.
- Las personas recurren a los foros de internet buscando compartir emociones, experiencias en términos positivos y negativos, algunos buscando dar legitimidad a su consumo, otros buscando alternativas para lidiar con sus consecuencias. También estos espacios son buscados para encontrar explicación sobre la naturaleza y el origen de las experiencias de consumo, incluso después de acudir a instancias de saber experto de carácter médico y religioso.
- Dentro de los foros se encontraron narrativas diversas con respecto a la nocividad de la marihuana y su capacidad de generar enfermedad. Los discursos oscilan entre extremos casi opuestos que van desde quienes sostienen la seguridad e incluso el beneficio que tiene el uso de marihuana en el mantenimiento de la salud, y quienes la identifican como una causante directa de enfermedades físicas y mentales. La enfermedad mental ocupa un lugar importante en términos de frecuencia de mención.
- En general, la expresión de preocupaciones, opiniones e inquietudes sobre la permanencia de sintomatología que implica disconfort o malestar, es muy común en estos espacios.
- Algunos participantes reconocen la formación de patrones de habituación a la sustancia y la presencia de sintomatología que caracteriza el síndrome de abstinencia y tolerancia, pero en términos generales, prevalece la tendencia a considerar cómo el control a través de la voluntad es la principal herramienta para evitar la adicción. Lo que contrasta con

la investigación médica y los hallazgos bioquímicos que soportan la imposibilidad de este tipo de control.

- En relación con la valoración del riesgo respecto al consumo de otras sustancias, existe una tendencia a considerar a la marihuana como una sustancia con menor probabilidad de producir efectos adversos; se encuentran en mayor cantidad, afirmaciones en defensa de su consumo que incluyen su composición natural, ignorando las modificaciones químicas y la potencia de las actuales preparaciones. Muchos comentarios que se refieren al rechazo social y el estigma estableciendo un paralelo con el consumo legal de drogas como el alcohol y el tabaco. Los argumentos intentan mostrar los beneficios del consumo de cannabis y su inocuidad, en comparación con los riesgos de las sustancias legales, enfatizando sobre las incoherencias del sistema de prohibición
- Dentro de las motivaciones para el inicio y mantenimiento del consumo más encontradas en los relatos, se encuentra la búsqueda de sensaciones de relajación y disminución de tensión emocional; lograr sensaciones de bienestar y diversión, así como la potenciación de sensaciones. Importante mención merece la creencia de que la marihuana permite una mejor capacidad de comprensión de sí mismo y autoconocimiento y las implicaciones que esto conlleva en un proceso terapéutico.
- En esta investigación el consumo de marihuana fue catalogado como un facilitador de relaciones interpersonales, acrecentador de empatía y herramienta que posibilita la comprensión del otro. También con implicaciones importantes en las representaciones que se darán en un proceso terapéutico.

11 Recomendaciones

A la luz de los resultados de esta investigación se aprecia la importancia del conocimiento de las representaciones acerca del consumo de marihuana y de las sustancias psicoactivas en general, y la necesidad de creación de herramientas de comunicación que permitan la difusión de información de carácter científico que se adapte a las necesidades y los patrones de búsqueda de los usuarios, así como que sea comprensible y accesible al público no clínico a través de medios de comunicación como la internet y otros medios de difusión.

El uso por parte del profesional de la salud de las herramientas virtuales puede permitirle ampliar la comprensión de las personas consumidoras, el entendimiento de su percepciones expectativas y motivaciones, logrando hacer menos distante la interrelación clínico-paciente mejorando la calidad y asertividad de los procesos psicoeducativos y de tratamiento integral.

12 Referencias

1. UNODC. World Drug Report 2014. United Nations publication. 2014. Sales No. E.14.XI.7.
2. Mehmedic Z, Chandra S, Slade D, Denham H, Foster S, Patel AS, et al. Potency trends of Δ^9 -THC and other cannabinoids in confiscated cannabis preparations from 1993 to 2008. *J Forensic Sci.* 2010;55(5):1209–17.
3. MINSALUD M de S y PS. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Tomo I. 2015. 384 p.
4. Melorose J, Perroy R, Careas S. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2013. *Statew Agric L Use Baseline* 2015. 2015;1.
5. Tait RJ, Spijkerman R, Riper H. Internet and computer based interventions for cannabis use : 2013;133:295–304.
6. World Internet Users Statistics and 2016 World Population Stats, 2016 [Internet]. 2016. Available from: <http://www.internetworldstats.com>
7. Estadísticas E portal de. Statista <https://es.statista.com/>.
8. Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en Colombia, 2016 [Internet]. 2016. Available from: <http://www.mintic.gov.co/portal/604/w3-article-4425.html>
9. Kam JA, Lee C. Examining the Effects of Mass Media Campaign Exposure and Interpersonal Discussions on Youth’s Drug Use: The Mediating Role of Visiting Pro-Drug Websites. *Health Commun.* 2012;(2007):1–13.
10. Davey Z, Schifano F, Corazza O, Deluca P. e-Psychonauts: Conducting research in online drug forum communities. *J Ment Heal.* 2012;21(4):386–94.
11. Degenhardt L, Whiteford HA, Ferrari AJ, Baxter AJ, Charlson FJ, Hall WD, et al. Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* [Internet]. 2013;382(9904):1564–74. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61530-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61530-5)
12. Carney T, Myers BJ, Louw J, Okwundu CI. Brief school-based interventions and behavioural outcomes for substance-using adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;2016(1).
13. Gates PJ, Sabioni P, Copeland J, Le Foll B, Gowing L. Psychosocial interventions for cannabis use disorder. *Cochrane database Syst Rev* [Internet]. 2016;5(5):CD005336. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27149547>
14. Degenhardt L, Stockings E, Patton G, Hall WD, Lynskey M. The increasing global health priority of substance use in young people. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2016;3(3):251–

64. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00508-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00508-8)
15. Kosterman R, Hawkins JD, Guo J, Catalano RF, Abbott RD. The dynamics of alcohol and marijuana initiation: Patterns and predictors of first use in adolescence. *Am J Public Health*. 2000;90(3):360–6.
 16. Rucker J, Akre C, Berchtold A, Suris J. Problematic Internet use is associated with substance use in young adolescents. *Acta Paediatr* [Internet]. 2015;104(5):504–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25662370>
 17. Stetina, B., Jagsch, R., Schramel, C., Maman, T., & Kryspin-Exner I. Exploring Hidden Populations: Recreational Drug Users. *Cyberpsychology J Psychosoc Res Cybersp* [Internet]. 2015;25(3):145–54. Available from: <https://journals.muni.cz/cyberpsychology/article/view/4208>
 18. Belenko S, Dugosh KL, Lynch K, Mericle AA, Pich M, Forman RF. Online Illegal Drug Use Information: An Exploratory Analysis of Drug-Related Website Viewing by Adolescents. *J Health Commun* [Internet]. 2009;14(7):612–30. Available from: http://resolver.scholarsportal.info/resolve/10810730/v14i0007/612_oiduiaodwvba
 19. Khazaal Y, Chatton A, Cochand S, Zullino D. Quality of web-based information on cannabis addiction. *J Drug Educ*. 2008;38(2):97–107.
 20. Eysenbach G, Powell J, Kuss O, Sa E-R. Empirical Studies Assessing the Quality of Health Information for Consumers A Systematic Review. *JAMA* [Internet]. 2002;287(20):2691–700. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12020305>
 21. Susser M, Susser E. Choosing a Future for Epidemiology: I. Eras and Paradigms [Internet]. [cited 2018 Oct 28]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1380474/pdf/amjph00516-0062.pdf>
 22. Megías E, Elzo J. Jóvenes, valores, drogas [Internet]. [cited 2018 Oct 29]. Available from: <https://www.fad.es/sites/default/files/valores06.pdf>
 23. Lupton D. Risk as Moral Danger: The Social and Political Functions of Risk Discourse in Public Health. *Int J Heal Serv* [Internet]. 1993;23(3):425–35. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.2190/16AY-E2GC-DFLD-51X2>
 24. Flores DMC. El autocontrol y las adicciones. *Elem Cienc y Cult* [Internet]. 2010;17:3–7. Available from: <http://www.elementos.buap.mx/num77/htm/3.htm>
 25. Luisa M, Pereira N. . Introducción: El concepto de motivación MOTIVACIÓN: PERSPECTIVAS TEÓRICAS Y ALGUNAS CONSIDERACIONES DE SU IMPORTANCIA EN EL ÁMBITO EDUCATIVO [Internet]. Vol. 33, *Revista Educación*. 2009 [cited 2018 Oct 26]. Available from:

<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/educacion/article/viewFile/510/525>

26. López Piña JA. Motivación en psicología y salud: motivación no es sinónimo de intención, actitud o percepción de riesgo. *Divers Perspect en Psicol* [Internet]. 2009;5(1):27–35. Available from: <http://revistas.usta.edu.co/index.php/Diversitas/article/view/686>
27. Sánchez de Gallardo M, Pirela de Faría L. Motivaciones sociales y rendimiento académico en estudiantes de educación [Internet]. Vol. 12, *Revista de Ciencias Sociales*. Instituto de Investigación Universidad del Zulia (LUZ) Maracaibo- Venezuela; 2006 [cited 2018 Oct 28]. 158-172 p. Available from: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-95182006000100013
28. Volkow ND, Baler RD, Compton WM, Susan RB. Adverse health effects of marijuana use. *N Engl J Med* [Internet]. 2016;370(23):2219–27. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4827335/pdf/nihms762992.pdf>
29. Clough AR, D’abbs P, Cairney S, Gray D, Maruff P, Parker R, et al. Adverse Mental Health Effects of Cannabis Use in Two Indigenous Communities in Arnhem Land, Northern Territory, Australia: Exploratory Study. *Aust New Zeal J Psychiatry* [Internet]. 2005;39(7):612–20. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1080/j.1440-1614.2005.01634.x>
30. Johns A. Psychiatric effects of cannabis. *Br J Psychiatry*. 2001;178(FEB.):116–22.
31. Kalant H. Adverse effects of cannabis on health: An update of the literature since 1996. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry*. 2004;28(5):849–63.
32. Volkow ND, Swanson JM, Evins AE, DeLisi LE, Meier MH, Gonzalez R, et al. Effects of Cannabis Use on Human Behavior, Including Cognition, Motivation, and Psychosis: A Review. *JAMA psychiatry* [Internet]. 2016;73(3):292–7. Available from: <http://archpsyc.jamanetwork.com.atlantis2.anu.edu.au:2048/article.aspx?articleid=2488041>
33. Ksir C, Hart CL. Cannabis and Psychosis: a Critical Overview of the Relationship. *Curr Psychiatry Rep*. 2016;18(2):1–11.
34. Volkow ND, Swanson JM, Evins AE, DeLisi LE, Meier MH, Gonzalez R, et al. Quality of web-based information on cannabis addiction. *Lancet* [Internet]. 2013;38(2):1564–74. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61530-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61530-5)
35. Hall W, Degenhardt L. Adverse health effects of non-medical cannabis use. *Lancet*. 2009;374(9698):1383–91.
36. Reilly D, Didcott P, Endy W, Ift S, Hall W. Long-term cannabis use: characteristics of users in an Australian rural area. *Addiction*. 1998;93(6):837–46.
37. Risk RTOS. Cannabis use and the risk behavior syndrome in italian university students: are

- they related to suicide risk? *Innamorati et al* 2008. 2008;(1999):577–94.
38. Crippa J. Cannabis and anxiety: a critical review of the evidence. *Hum Psychopharmacol Clin*. 2009;24(SUPPL. 22):515–23.
 39. McGlothlin WH, West LJ. The marijuana problem: an overview. *Am J Psychiatry*. 1968;125(3):126–34.
 40. Macdonald K, Pappas K. Why not pot? A review of the brain-based risks of cannabis. *Innov Clin Neurosci*. 2016;13(3–4):13–22.
 41. Steven Wright. Recreational cannabinoid use : *J Fam Pract*. 2016;65.
 42. Basu D, Ghosh A. Cannabis and psychopathology: The meandering journey of the last decade. *Indian J Psychiatry* [Internet]. 2015;57(2):140. Available from: <http://www.indianjpsychiatry.org/text.asp?2015/57/2/140/158134>
 43. Hall W, Degenhardt L. The adverse health effects of chronic cannabis use. *Drug Test Anal*. 2014;6(1–2):39–45.
 44. Sánchez Lázaro IJ, Almenar Bonet L, José Sancho-Tello M, Martínez-Dolz L. Taquicardia ventricular por cannabis en trasplantado cardiaco. *Rev Esp Cardiol*. 2009;62(4):459–61.
 45. Ramesh, D., Haney, M., & Cooper ZD. Marijuana’s Dose-Dependent Effects in Daily Marijuana Smokers. Ramesh, Divya, Margaret Haney, Ziva D Cooper “Marijuana’s Dose-Dependent Eff Dly Marijuana Smokers” *Exp Clin Psychopharmacol* 214 287–293 PMC Web 3 May 2018. 2013;21(4):287–93.
 46. Pérez F, Mestre M, Francisco G, Burgos P, Terapeuta P, Especialista G. Cómo afectan las diferentes sustancias a la sexualidad . 2012;(1):1–13.
 47. Zuckerman B, Frank DA, Hingson R et al. Effects of maternal marijuana and cocaine use on fetal growth. *N Engl J Med*. 2010;
 48. Macleod J, Oakes R, Copello A, Crome I, Egger M, Hickman M, et al. Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal, general population studies. *Lancet* [Internet]. 2004;363(9421):1579–88. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15145631>
 49. The National Academies of Science Engineering Medicine. The Health Effects of Marijuana: The Current State of Evidence and Recommendations for Research [Internet]. The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids: The Current State of Evidence and Recommendations for Research. 2017. 1-486 p. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK425767/>
 50. Huesca S, Bruno D, Delia A, Mairena F, García G, Abdalá L, et al. El problema del consumo de cannabis: el papel del Sector Salud. *Salud Ment*. 2013;36(2):149–58.

51. Babor TF, Mendelson JH, Uhly B, Kuehnle JC. Social effects of marijuana use in a recreational setting. *Int J Addict*. 1978;13(6):947–59.
52. Del Castillo J, Castillo-López D, López-Sánchez ÁG, Dias CC. Social Representation of Alcohol in Perspective [Internet]. Vol. 3, *J Subst Abuse Alcohol*. 2015 [cited 2018 Oct 14]. Available from: <https://www.jscimedcentral.com/SubstanceAbuse/substanceabuse-3-1036.pdf>
53. Brandt A. The Cigarette Century: The Rise, Fall, and Deadly Persistence of the Product That Defined America [Internet]. [cited 2018 Oct 14]. Available from: <https://bhsecglobal.files.wordpress.com/2014/03/allanbrandtthecigarettecentury-131111013614-phpapp02.pdf>
54. Caudevilla F. Drogas : Conceptos Generales, epidemiología y valoración del consumo. *Grup Interv Drog*. 2013;
55. Chabrol H, Massot E, Mullet E. Factor structure of cannabis related beliefs in adolescents. *Addict Behav*. 2004;29(5):929–33.
56. Mönckeberg B. F. Los pro y contra de la legalización de la marihuana [Internet]. Vol. 85, *Revista Chilena de Pediatría*. 2014 [cited 2018 Oct 15]. p. 229–37. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v85n2/art14.pdf>
57. Fox CL, Towe SL, Stephens RS, Walker DD, Roffman RA. Motives for Cannabis Use in High-Risk Adolescent Users. 2011;25(3):492–500.
58. Tratamiento D. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA gpc [Internet]. [cited 2018 Oct 15]. Available from: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/ISSSTE_256_13_INTOXICACIONETILICA/ISSSTE_256_13_RR.pdf
59. Fitzgerald KT, Bronstein AC, Newquist KL. Marijuana Poisoning [Internet]. Vol. 28, *Topics in Companion Animal Medicine*. Elsevier; 2013. p. 8–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1053/j.tcam.2013.03.004>
60. Turner AR, Agrawal S. Marijuana Toxicity [Internet]. *StatPearls*. StatPearls Publishing; 2018 [cited 2018 Oct 15]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28613573>
61. Of M, Disorders M, American Psychiatric Association. *DSM-5*. 2014. 3-417 p.
62. Escobar Toledo IE, Berrouet Mejía CM, González Ramírez DM. Mecanismos moleculares de la adicción a la marihuana. *Rev Colomb Psiquiat*. 2009;38(1):126–42.
63. Gálvez EM, Alva FB. ESTIGMA Y COGNICION SOCIAL: ESTRATEGIAS PARA PROMOVER EL CAMBIO PERSONAL Y SOCIAL Edwin Manrique Gálvez 1 Francisco Bravo Alva 2. 2004;V:3–16.

64. Olivar Arroyo Á, Carrero Berzal V. Análisis de la intención conductual de consumir cannabis en adolescentes: Desarrollo de un instrumento de medida basado en la teoría de la conducta planificada. *Trastor Adict*. 2007;9(3):184–205.
65. Escotado A. La creación del problema (1900-1929)*. 1929;23–56.
66. Efectos en la Salud | la Marihuana y la Salud Pública | CDC [Internet]. [cited 2018 Oct 26]. Available from: <https://www.cdc.gov/marijuana/spanish/efectos-en-la-salud.html>
67. Curran HV, Freeman TP, Mokrysz C, Lewis DA, Morgan CJA, Parsons LH. Keep off the grass? Cannabis, cognition and addiction. *Nat Rev Neurosci* [Internet]. 2016 May 7 [cited 2018 Oct 18];17(5):293–306. Available from: <http://www.nature.com/articles/nrn.2016.28>
68. Arias-Carrián O, Stamelou M, Murillo-Rodríguez E, Menéndez-González M, Pöppel E. Dopaminergic reward system: A short integrative review. *Int Arch Med*. 2010;3(1):1–6.
69. Pedro Lorenzo Fernandez. Drogodependencias [Internet]. [cited 2018 Oct 9]. Available from: <https://books.google.com.co/books?id=O01ERd98HhC&pg=PT21&lpg=PT21&dq=El+abus+se+define+por+el+Real+Colegio+de+Psiquiatras+Británico+como+“cualquier+consumo+de+droga+que+dañe+o+amenace+dañar,+la+salud+física,+mental+o+el+biene>
70. Ruiz, Alejandra. Prospero O. La MARIHUANA [Internet]. [cited 2018 Oct 29]. Available from: https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/65_1/PDF/Marihuana.pdf
71. Moitra E, Christopher PP, Anderson BJ, Stein MD, Moitra E, Christopher PP, et al. Psychology of Addictive Behaviors Coping-Motivated Marijuana Use Correlates With DSM-5 Emerging Adults Coping-Motivated Marijuana Use Correlates With DSM-5 Cannabis Use Disorder and Psychological Distress Among Emerging Adults. 2015;29(3):627–32.
72. Robert Segarra A, Torres Giménez A, Tejero Pociello A, Campo López C, Pérez de los Cobos J. Efectos esperados y adversos del consumo de cannabis en sujetos dependientes de los tetrahidrocannabinoides. *Trastor Adict* [Internet]. 2006;8(3):148–54. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575097306751157>
73. Peugh J, Belenko S. Alcohol, drugs and sexual function: A review. *J Psychoactive Drugs*. 2001;33(3):223–32.
74. Cohen S. Cannabis and Sex: Multifaceted Paradoxes. *J Psychoactive Drugs* [Internet]. 1982 Jan [cited 2018 Oct 19];14(1–2):55–8. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02791072.1982.10471910>
75. Grotenhermen F. Los cannabinoides y el sistema endocannabinoide. *Cannabinoids*. 2006;1(10):10–4.

76. Mendoza A, Romero JFR, Mendoza GAG, Posada IC. Significados del consumo de sustancias psicoactivas en indígenas estudiantes de una universidad de Medellín, Colombia. *Univ Psychol*. 2015;14(3):975–84.
77. Lubart T. Models of the creative process: Past, present and future. *Creat Res J*. 2001;13(3–4):295–308.
78. Mena I, Dörr A, Viani S, Neubauer S, Gorostegui ME, Dörr MP, et al. Efectos del consumo de marihuana en escolares sobre funciones cerebrales demostrados mediante pruebas neuropsicológicas e imágenes de neuro-SPE. *Salud Ment*. 2013;36(5):367–74.
79. Crawshaw P, Bunton R. Logics of practice in the ‘risk environment.’ *Health Risk Soc*. 2009;11(3):269–82.
80. Averiana POUNJ, Ali C. UNIVERSITARIOS Y SU RELACIÓN DE RIESGO Y PROTECCIÓN CON LOS FACTORES. 2006;5(3):521–34.
81. Hyman S SR. Stress-Related Factors in Cannabis Use and Misuse: Implications for Prevention and Treatment. *J Subst Abus Treat*. 2010;36(4):400–13.
82. Chávez Méndez M et al. Cáncer Cérvico Uterino Por Mujeres Jóvenes De 18 a 29 Años De Edad De Colima, México, a Través De La Aplicación De Las Redes Semánticas Naturales Como Estrategia Metodológica. *Rev Investig Biol Y Medicas [Internet]*. 2010;1–12. Available from: <http://www.oei.es/congresoctg/memoria/pdf/ChavezMendez.pdf>
83. Jodelet D. *Les Représentations Sociales [Internet]*. Press Universitaires de France; 1989. Available from: <http://www.oei.es/congresoctg/memoria/pdf/ChavezMendez.pdf>
84. Borzekowski DLG. Adolescents’ use of the Internet: A controversial, coming-of-age resource. *Adolesc Med Clin*. 2006;17(1):205–16.
85. Boyer EW, Shannon M, Hibberd PL. Internet y el consumo de sustancias psicoactivas entre los usuarios de drogas de diseño. 2005;59(2).
86. Martin J-L, Gadegbeku B, Wu D, Viallon V, Laumon B. Cannabis, alcohol and fatal road accidents. 2017 [cited 2018 Oct 23]; Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187320>
87. Pijlman F, Rigter S, Hoek J, Goldschmidt H, Niesink R. Strong increase in total delta-THC in cannabis preparations sold in Dutch coffee shops. *Addict Biol [Internet]*. 2005 Jun [cited 2018 Oct 18];10(2):171–80. Available from: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1080/13556210500123217>
88. ElSohly MA, Mehmedic Z, Foster S, Gon C, Chandra S, Church JC. Changes in Cannabis Potency Over the Last 2 Decades (1995–2014): Analysis of Current Data in the United States. *Biol Psychiatry [Internet]*. 2016 Apr [cited 2018 Oct 18];79(7):613–9. Available

from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0006322316000457>

89. Castrillo JM, De A, Ortiz C, De K, Rodríguez S, Valencia RE, et al. Conocimientos , actitudes y prácticas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enfermería de una universidad del departamento del Atlántico (Colombia) Knowledge , attitudes and practices related to use of psychoactive sub. 2012;28(2):322–34.
90. Duarte Alarcón C, Varela Arévalo MT, Salazar Torres IC, Lema Soto LF, Tamayo Cardona JA. Motivaciones y Recursos Para el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Universitarios. Hacia la Promoción la Salud. 2012;17(1):92–104.
91. Weiner M, Biondich P. The influence of information technology on patient-physician relationships. J Gen Intern Med. 2006;21(SUPPL. 1):35–9.

13 Anexos

13.1 Anexo 1 Certificado comité de ética



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Sur Occidente E.S.E
Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy

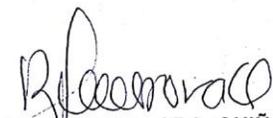
Bogotá, D.C. 13 de Junio de 2017

Doctora
LAURA ANDREA RAMIREZ MEDINA
Residente de Psiquiatría – Segundo Año
Universidad de Rosario
Base USS Occidente Kennedy

Atento saludo:

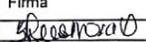
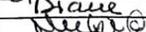
Nos permitimos comunicarle que su Proyecto de Investigación Titulado "ANÁLISIS CUALITATIVO DE CONTENIDO PRO Y EN CONTRA DEL CONSUMO DE THC EN ADULTOS USUARIOS DE FOROS DE DISCUSIÓN VIRTUALES; presentado ante el Comité de Ética en Investigación hoy 13 de Junio de 2017, cumplió con todos los requisitos y por tanto fue aprobado para iniciar su ejecución.

De antemano les felicitamos y les deseamos éxitos en el desarrollo del mismo.


DRA. LUCIA MORA QUIÑONES
Presidenta
Comité de Ética en Investigación
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

Vo. Bp. 
DIANA LUCERO PARDO CAMACHO
Secretaria
Comité de Ética en Investigación

cc. archivo

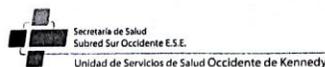
Los abajo firmantes declaramos que hemos proyectado y revisado este documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales, por lo tanto lo presentamos para la firma				
Cargo Funcionario / Contratista	Nombre	Cargo/Actividad	Firma	Fecha
Revisado por:	Dra. Lucia Mora Quiñones	Presidenta del Comité de Ética		20 Junio 2017
Proyectado por:	Jefe Diana Pardo Camacho	Secretaria Comité de Ética		20 Junio 2017
Transcrito por:	Nubia Castañeda	Secretaria		20 Junio 2017

Código: D1-05-120-41-V10

Fecha de emisión: 24-05-2016

Página 1 de 1

Transversal 74 F N°40B 54 Sur
Código postal 111711
Tel.: 448 0030- 448 0700
www.hospitaloccidentekennedy.gov.co



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**