

Knight, Lucía

Consumo de marihuana: percepción de riesgo en adolescentes

**Tesis de Licenciatura en Psicología
Facultad de Psicología y Psicopedagogía**

Este documento está disponible en la Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina, repositorio institucional desarrollado por la Biblioteca Central “San Benito Abad”. Su objetivo es difundir y preservar la producción intelectual de la Institución.

La Biblioteca posee la autorización del autor para su divulgación en línea.

Cómo citar el documento:

Knight, L. (2018). *Consumo de marihuana : percepción de riesgo en adolescentes* [en línea]. Tesis de Licenciatura, Universidad Católica Argentina, Facultad de Psicología y Psicopedagogía. Disponible en:
<http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/greenstone/cgi-bin/library.cgi?a=d&c=tesis&d=consumo-marihuana-percepcion-riesgo> [Fecha de consulta:]



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA
SANTA MARÍA DE LOS BUENOS AIRES
Facultad de Psicología y Psicopedagogía

TRABAJO DE INTEGRACIÓN FINAL

Consumo de marihuana: percepción de riesgo en adolescentes.

Alumna: Lucía Knight

N° Registro: 121401151

Directora: Dra. Solange Rodríguez Espínola

Año: 2018

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a los estudiantes de la cátedra de Metodología de la Investigación de 2017 de la carrera de Psicología de la Pontificia Universidad Católica Argentina y a las autoridades y alumnos de las Instituciones que colaboraron para la muestra del presente trabajo.

A mi directora, la Dra. Solange Rodríguez Espínola, por su acompañamiento, apoyo y guía en toda la investigación.

RESUMEN

Es indiscutible que estamos inmersos en una sociedad en la cual el consumo de drogas está cada vez más presente entre personas de todas las edades. Específicamente con respecto al consumo de la marihuana, con el paso del tiempo ha aumentado y se ha naturalizado. No obstante, la bibliografía y las investigaciones de campo muestran que existen consecuencias a causa del consumo de la presente sustancia.

En este sentido, el presente trabajo tiene por objetivo conocer la percepción de riesgo del consumo de marihuana y determinar su asociación con el consumo de dicha sustancia en adolescentes de 13 a 18 años de Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires. Dentro de los objetivos específicos, también se encuentran establecer diferencias entre percepción de riesgo y consumo de marihuana en cuanto a grupos de edad, sexo, residencia e indagar sobre las creencias a favor y en contra del consumo.

Se contó con un total de 389 casos de distintas escuelas. En cuanto a los resultados se encontró que los principales factores de riesgo percibidos por consumo de marihuana fueron: los adolescentes consideran que la marihuana no es siempre beneficiosa, puede llevar a la adicción, perjudica la salud, altera la atención y la consciencia para manejar. Por otra parte, el 14,5% afirma haber probado alguna vez marihuana, asimismo, se encontró una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a los riesgos percibidos entre los no consumidores y los consumidores, siendo que los últimos tienen menos percepción de riesgo. En este sentido, se obtuvo que los consumidores perciben menos riesgo en cuanto a la posibilidad de: adicción, alteración de la atención, dificultad del aprendizaje, problemas de memoria y de salud.

No se encontraron diferencias en la percepción de riesgo en cuanto a sexo y residencia, en el caso de los grupos de edad hubo diferencias pero las mismas no fueron estadísticamente significativas. Considerando estos últimos aspectos, también se obtuvo que los adolescentes entre 17 y 18 años, los hombres y los residentes en CABA consumieron más que los adolescentes entre 13 a 16 años, las mujeres y los residentes en GBA.

Finalmente, en cuanto a las creencias positivas se destacó la idea de que el

consumo relaja, divierte, te aleja de la realidad y ayuda a curar y tratar enfermedades. En cuanto a las creencias negativas se destacó la adicción, que perjudica la salud y que altera las funciones cognitivas.

Palabras clave: Consumo de marihuana, Percepción de riesgo, adolescentes.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	7
1.1	PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	8
1.1.1	Preguntas de investigación	8
1.1.2	Objetivo general	9
1.1.3	Objetivos específicos	9
1.1.4	Hipótesis	9
2.	MARCO TEÓRICO	10
2.1	Introducción	10
2.2	Consumo de marihuana	10
2.3	Consumo en adolescentes	12
2.4	Percepción de riesgo del consumo de marihuana	15
2.5	Cannabis medicinal	20
3.	METODOLOGÍA	25
3.1	Descripción de la muestra	25
3.2	Técnicas para la recolección de datos	25
3.3	Procedimientos para la recolección de datos	25
3.4	Análisis de datos	26
4	RESULTADOS	27
4.1	Resultados descriptivos de la muestra	27
4.2	Factores de riesgo percibidos por consumo de marihuana	30
4.3	Percepción de riesgo y consumo de marihuana	32
4.4	Actitudes y creencias sobre el consumo de marihuana	36
4.5	Factores de riesgo percibidos y consumo de marihuana según residencia	38
4.6	Factores de riesgo percibidos y consumo de marihuana según grupos de edad	41
4.7	Factores de riesgo percibidos y consumo de marihuana según el sexo de los encuestados	44
5	CONCLUSIONES	47
5.1	Discusión	47
5.2	Conclusiones	50
5.3	Recomendaciones	51

6	REFERENCIAS	54
7	ANEXO	58

1. INTRODUCCIÓN

Es indiscutible que estamos inmersos en una sociedad en la cual el consumo de drogas está cada vez más presente entre personas de todas las edades. Específicamente con respecto al consumo de la marihuana, con el paso del tiempo ha aumentado y se ha naturalizado. Esto es demostrado por datos de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR, 2017), la cual refiere que la marihuana es la droga ilegal más consumida en nuestro país y que se la puede conseguir con mayor facilidad que otras drogas.

Dicho consumo cobra relevancia en la adolescencia, etapa vital de cambios, en donde la vulnerabilidad a causa de estos puede aumentar o no la posibilidad de consumir. Los adolescentes refieren a la naturalidad de la sustancia con la creencia de que, como proviene de una planta, sus efectos no serían tan nocivos como otras y, además, desestimando las posibles consecuencias a corto y largo plazo que puede traer dicho consumo. Por otro lado, lo que posibilitaría mantener esta creencia errada sería la presencia de un discurso social, cuyo fin es minimizar todos los efectos que la marihuana posee. Además, los medios de comunicación y la publicidad colaboran para fomentar esta creencia, haciendo referencia a que la marihuana no tendría efectos tan nocivos (Gómez López & Marchioni, 2017).

En este sentido, en el presente estudio se intentó indagar sobre si la falta de percepción de riesgo de consumir marihuana estaría relacionada con el consumo de la misma, lo cual, a su vez, estaría asociado con la naturalización de la sustancia. Asimismo, se propuso conocer que consecuencias conocen los adolescentes de dicha sustancia al consumirla de forma reiterada y por mucho tiempo. Lo anteriormente mencionado será útil para poder tener una mejor comprensión sobre cómo la falta de información respecto de las consecuencias del consumo tiene un rol importante en el mismo.

La investigación tiene relevancia en el ámbito de Políticas de Prevención de Salud debido a que puede dar a conocer como la naturalización tiene un papel importante a la hora de consumir dicha sustancia, lo que facilitaría trabajar de una manera diferente para prevenir el consumo de marihuana. Por otra parte, el estudio

toma importancia debido a que la mayoría de las investigaciones no se basan específicamente en este tipo de sustancia, justamente por esta creencia de que existen otras drogas que tienen efectos más nocivos que la marihuana, sino más bien en el policonsumo de drogas. Por lo tanto, da una visión más específica de la misma.

En cuanto a las limitaciones, es importante mencionar que los adolescentes podrían no responder con total sinceridad, distorsionar la información de lo que realmente piensan o conocen sobre el tema y mencionar el hecho de haber o no consumido debido a la deseabilidad social o al estigma que puede generar el consumo; siendo que estamos insertos en una sociedad donde el consumo no tiene una connotación positiva.

1.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.1 Preguntas de investigación

¿Cuál es la percepción de los factores perjudiciales del consumo de marihuana?

¿Existe una relación entre baja percepción de riesgo de consumo de marihuana y consumo de la mencionada sustancia?

¿Hay diferencias entre la percepción de riesgo de consumo de marihuana y consumo de la mencionada sustancia en adolescentes de Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires?

¿Existen diferencias en cuanto al consumo de marihuana en adolescentes de Capital Federal y Provincia de Buenos Aires?

¿Se pueden observar diferencias en el consumo según las edades de los adolescentes?

¿Podrían encontrarse diferencias sobre las percepciones de riesgo del consumo de marihuana en las diferentes edades y sexos de los adolescentes?

1.1.2 Objetivo general

Conocer la percepción de riesgo del consumo de marihuana y determinar su asociación con el consumo de dicha sustancia en adolescentes de 13 a 18 años de Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires.

1.1.3 Objetivos específicos

1. Identificar los factores de riesgo percibidos por consumo de marihuana.
2. Describir las creencias y actitudes sobre el consumo de marihuana.
3. Determinar si los factores de riesgo percibidos se asocian con el consumo de marihuana.
4. Comparar factores de riesgo percibidos y el consumo de marihuana en adolescentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires.
5. Analizar las diferencias de percepción de los factores de riesgo y del consumo de marihuana según las edades y géneros de los adolescentes.

1.1.4 Hipótesis

H1. Los consumidores perciben menos factores de riesgo que los no consumidores.

H2. Los adolescentes de sexo masculino perciben menor riesgo en el consumo de marihuana que los de sexo femenino.

H3. Los adolescentes de 17 y 18 años consumen más marihuana que aquellos que tienen entre 13 y 16 años.

H4. Existe una menor percepción de los riesgos por consumo de marihuana en adolescentes de 17 y 18 años que en aquellos que tienen entre 13 y 16 años.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Introducción

En la presente sección se dan a conocer los aspectos más importantes del consumo de marihuana. En primer lugar, se describe lo que es dicha sustancia, sus componentes, los principales motivos que llevan a su consumo y se presentan datos estadísticos de Argentina. En segundo lugar, se desarrolla de una manera más exhaustiva las posibles causas del consumo de sustancias en la adolescencia junto con los procesos sociales, psicológicos y físicos que acompañan a esta etapa. En tercer lugar, se pone de manifiesto lo que se entiende por *percepción de riesgo* y las consecuencias que trae el consumo de marihuana. Por último, se abarca un tema bastante discutido en los últimos tiempos que tiene que ver con el cannabis medicinal, enseñando las posibles enfermedades en las cuales podría ser utilizado y la escasa evidencia acerca de su efectividad al día de la fecha.

2.2 Consumo de marihuana

La marihuana es una sustancia que se prepara con las hojas, flores y tallo del cannabis sativa; existen dos tipos de la misma, una femenina y otra masculina, de las cuales la femenina es la que segrega más resina y, por lo tanto, es la más estimada. De esta manera, del cannabis sativa se obtiene la marihuana, el hachís que es una pasta hecha con la resina de la planta hembra y el aceite de hachís, que es un líquido de la resina con un disolutivo en forma de aceite. A causa de sus componentes psicoactivos, está prohibida o restringida en muchos países (Molina, 2008; Rodríguez Carranza, 2012; Gómez López & Marchioni, 2017).

Asimismo, la principal sustancia psicoactiva presente en el cannabis es el THC (tetrahidrocannabinol); sin embargo, esta consta de más de cuatrocientos componentes. La cantidad de THC varía según el origen de la planta, que puede ser un cultivo natural, en huerta pasado a macetas o usando disoluciones minerales en vez de suelo agrícola. En los últimos años las técnicas de mezclado para cultivar la planta han aumentado, lo que hace que el nivel de concentración de THC sea mayor (Gómez López & Marchioni, 2017; Volkow, 2015; Rodríguez Carranza, 2012).

Cuando esta se fuma pasa a los pulmones, luego a la circulación sanguínea hasta llegar al cerebro, por lo que cuando se fuma sus efectos durarán alrededor de tres horas; a diferencia de si esta fuese ingerida en alimentos o bebidas donde sus efectos tardarán más en aparecer, pero durarán alrededor de cuatro horas. En este sentido, la concentración de THC en un cigarrillo de marihuana oscila entre 5 y 150 mg o incluso 300 mg, cuya fracción que pasa del cigarrillo a la sangre está entre el cinco y el veinticuatro por ciento (aproximadamente entre 0,25mg y 30 mg). Se considera que para conseguir un breve efecto en consumidores ocasionales son suficientes entre 2 a 3 mg. Sin embargo, la concentración plasmática de THC está correlacionada con el número de aspiraciones que se hacen del cigarrillo de marihuana y la cantidad de THC que contenga (Gómez López & Marchioni, 2017; Volkow, 2015; Quiroga, 2000).

La gran mayoría de los consumidores de marihuana la fuma en cigarrillos hechos a mano, sin embargo muchos otros la consumen en alimentos o en té. En esta misma línea, el consumo se puede dar también por medio de: pipa, vaporizadores, en forma de gotas (por vía oral) y en aerosoles (por vía nasal) (Volkow, 2005; Gómez López & Marchioni, 2017).

Es de relevancia destacar que las tres principales sustancias psicoactivas que se consumen son: el alcohol, el tabaco y la marihuana, siendo esta última una droga ilegal. El consumo de alcohol y nicotina puede llevar a la posibilidad de consumir marihuana, y, los que consumen marihuana tendrían más probabilidades de los que no consumen de probar otras drogas, tales como la cocaína o la heroína (Becoña Iglesias, 2000).

La principal razón por la cual las personas suelen consumir marihuana se asocia con experimentar su efecto euforizante (*high*), el mismo se logra con dosis de aproximadamente de 2,5 mg por cigarrillo. Se adicionan efectos de estado de alerta, irritabilidad, sensación de bienestar, aumento de la socialización, disminución de ansiedad, entre otros. Los consumidores buscan este efecto tranquilizador que alivia tensiones, relaja y hace que la persona que consume se sienta *bien*. En este sentido los mismos hacen referencia al aumento de placer por comer, escuchar música, reflexionar o mirar películas. Además, se presentan distorsiones en la percepción, lo que hace que las emociones de vivan de una manera más intensa, y alteraciones

temporo-espaciales (Rodríguez Carranza, 2012). Esto se relaciona con la reciente investigación de SEDRONAR (2017), la cual pone de manifiesto que las principales motivaciones hacia el consumo tienen que ver, en primer lugar, con la diversión y el placer, seguido de problemas personales, que sus amigos consuman y, por último, la indiferencia a la información sobre los daños.

Estudios recientes (SEDRONAR, 2017), mostraron que a nivel del país el 15,9% ha probado alguna vez en su vida marihuana. Asimismo, el consumo es mayor a más edad y la edad estimada de comienzo de consumo oscila entre los 14 y los 15 años. Asimismo, el Observatorio Argentino de drogas (2016) dio a conocer que el 16% de los adolescentes de escuela secundaria consumió dicha sustancia alguna vez en la vida y que el 79% de los mismos siguió realizándolo de manera ocasional o frecuente.

En cuanto a las diferencias por sexo, se ha encontrado que los hombres la consumen más que las mujeres, siendo que el 13,2% de las mujeres y el 18,8% de los hombres probaron alguna vez marihuana (SEDRONAR, 2016). Por otro lado, el espacio por excelencia para el consumo es la calle, lugar que parecería ser de liberación en donde se identifican con los amigos, también se puede dar en la casa de algún amigo o en fiestas y boliches. También se pudo observar la facilidad con la que los adolescentes saben y pueden conseguir la sustancia si desean consumir (SEDRONAR, 2017).

En la región de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, los adolescentes de población escolar de nivel medio de entre 15 a 17 años, la droga ilegal que más consumen es la marihuana (SEDRONAR, 2014). En este sentido, resultados recientes de SEDRONAR (2018) afirman que un 11,3% de los adolescentes de Ciudad Autónoma de Buenos Aires consumen marihuana.

2.3 Consumo en adolescentes

La adolescencia es un periodo en el cual se va formando la identidad y la búsqueda de autonomía. Estos dos importantes elementos se verán relacionados con el grupo de pares, el apoyo o no apoyo de su familia, la historia previa, entre otras

variables. Asimismo, los mismos están insertos en una sociedad que ofrece drogas en conjunto con la presencia de industrias que avalan dicho consumo (por ejemplo: revistas y música). Además, las sustancias pueden conseguirse de una manera más rápida y fácil que en otras épocas, lo que dejaría al adolescente en una gran disponibilidad de acceso a ellas. Así, los mismos deberán tomar la decisión de si probar o no alguna sustancia, teniendo en cuenta que, es un hecho habitual que los adolescentes comiencen a experimentar con drogas en este periodo. Es de importancia reconocer lo anteriormente mencionado debido a que cuanto más temprano se empiece a consumir más probabilidad de probar otras drogas posteriormente, por lo tanto, conocer y reconocer este hecho ayuda a prevenir e intervenir de una manera más adecuada (Becoña Iglesias, 2000).

Los cambios corporales que se producen en este periodo evolutivo también son relevantes debido a que los mismos producen modificaciones a nivel psíquico y social. Dichos cambios se producen de una manera rápida lo que dificulta la integración de estos por parte del adolescente. Desde un aspecto neurológico, la corteza prefrontal, encargada de la planificación y la toma de decisiones, es la última en desarrollarse; esto podría explicar por qué los adolescentes tienden a tomar riesgos y por qué son particularmente vulnerables al consumo de drogas (Alejandro, 2011).

En este periodo también existe una disminución de la sustancia gris (cuerpos axonales y dendritas) que se da a causa de la poda neuronal, proceso por el cual las conexiones neuronales que no han sido consolidadas se desechan. Asimismo, se produce un aumento de la sustancia blanca (axones de la neurona), el mismo consiste en el proceso de mielinización donde los axones son cubiertos por una capa de grasa llamada mielina, este proceso permite que las neuronas sean más eficientes en cuanto a la comunicación de información. Ambos procesos (poda neuronal y mielinización) tendrán lugar en las áreas en las que están implicadas el desarrollo de conductas adictivas: el hipocampo y la corteza prefrontal. Por otra parte, los cambios que se producen en la dopamina se relacionan con comportamientos de búsqueda de placer, los cuales podrían conducir fácilmente al consumo de sustancias psicoactivas (Berkinschtein et al, 2017).

Desde una perspectiva social, el adolescente puede comenzar a consumir

debido a su necesidad de reafirmación, es decir, en el periodo de la formación de su identidad comienzan a preocuparse de manera excesiva por su propia imagen y por cómo es percibido por los demás. Por lo tanto, muchas de las conductas que el adolescente tiene van a estar relacionadas a esta imagen, comenzando a consumir drogas por su preocupación acerca de cómo lo perciben los demás, y así poder facilitar la generación de vínculos a través de las mismas. Por lo tanto, aquellos que posean algún desajuste psicoafectivo o de comportamiento y crisis en la construcción de su identidad personal tendrían más riesgo en comenzar a consumir drogas (Moral, Rodríguez & Ovejero, 2010; Alejandro, 2011).

Siguiendo la línea desde la perspectiva social, otro factor importante a tener en cuenta tiene que ver con el grupo de pares. Estos son de gran importancia para la vida del adolescente, lo cual se evidencia en la similitud de sus conductas. En este sentido, muchos de ellos suelen comenzar a consumir drogas a causa de la presión ejercida por el grupo o porque necesitan sentirse parte del mismo. Existen investigaciones que demuestran que un adolescente que consume drogas es más probable que tenga amigos consumidores que aquellos que no consumen. Por lo tanto, para obtener la aceptación del otro pueden realizar conductas sin medir el posible riesgo que puede traer, como lo es la iniciación en el consumo de drogas. Por otra parte, las actividades de ocio (discotecas, bares y salidas nocturnas) para las cuales la mayoría de los adolescentes está disponible, correlacionan con un mayor consumo de sustancias (González Calleja, García Señorán & González González, 1996; Pedrosa, 2009). Esto se relaciona con investigaciones actuales de SEDRONAR (2016), en donde se hace referencia al consumo como forma de socialización, este consumo social es vivenciado por el adolescente como una presión por parte de su grupo de pares que llevaría al posterior consumo.

En cuanto a la familia, los déficits de comunicación, el debilitamiento de apego, el consumir de alguno de los miembros de la familia y las relaciones negativas entre adolescentes y padres son considerados posibles causas por las cuales el adolescente puede iniciar su consumo. Existe evidencia de que aquellos que estén más desvinculados con sus padres y más identificados con sus pares tienen más tendencia a tener conductas más permisivas sobre el consumo (Jiménez, 2009).

Por último, las creencias, valores y actitudes hacia el consumo de drogas juegan un rol importante, ya que lo que el joven piensa sobre las mismas, sus creencias acerca de sus efectos y sobre el acto de consumir van a dar un balance subjetivo (puede ser negativo o positivo) que determinará si consumirá o no. Estos tres vienen determinados por la familia y el grupo de pares, así guían el comportamiento y la conducta. Se podría decir que también tiene que ver con una evaluación previa hacia un objeto determinado. En este sentido, la evidencia muestra que cuanto más permisivo sea el medio social del adolescente aumentará la probabilidad de consumo. Lo que sucede muchas veces, es que los sujetos no cuentan con toda la información referida a la sustancia y sus efectos, por lo que su percepción de riesgo acerca del uso puede verse alterada. Adicionalmente, las decisiones se suelen tomar en función de las consecuencias positivas desestimando las negativas (Laespada, Castillo & Santamaría, 2004; Pedrosa, 2009; Gantiva, Trujillo, Gómez & Martínez, 2007).

En esta línea, en Colombia se realizaron investigaciones haciendo comparaciones entre hombres y mujeres acerca de las actitudes hacia el consumo de cocaína y marihuana. Sus resultados revelan que los hombres tienden a tener una actitud más favorable que las mujeres (Gantiva et al., 2007).

2.4 Percepción de riesgo del consumo de marihuana

En primer lugar, en la presente investigación se refiere a *percepción de riesgo* como un proceso cognitivo en el cual influyen variables personales, creencias, información obtenida, actitudes y motivaciones que le permiten a una persona realizar una valoración subjetiva respecto de un riesgo o beneficio. De esta manera, una alta percepción de riesgo disminuiría la posibilidad de consumo, mientras que, si se percibe un alto beneficio aumentaría la posibilidad de consumo (García del Castillo, 2012). En este sentido SEDRONAR (2017) evidencia que la percepción de riesgo del consumo de marihuana disminuye conforme aumenta la edad, además, pone de manifiesto que existe una percepción de riesgo baja en cuanto al consumo esporádico de marihuana. Esto podría dar cuenta de la naturalización del consumo que se está desarrollando a lo largo de los últimos años en nuestra sociedad. Dicha normalización de la sustancia tiene que ver con el consumo público de la misma (en la calle, en una

fiesta, en un recital, etc), es decir que a pesar de su ilegalidad ya no hay un ocultamiento de fumar marihuana (SEDRONAR, 2016).

Antes de referir a las posibles consecuencias que dicho consumo puede traer, es indispensable referir que el caso extremo por consumo de marihuana sería la dependencia. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994) la define como el estado en el cual se depende de algo que sería necesario para la subsistencia, es decir, la necesidad de consumir dosis repetidas de drogas para sentirse bien. En esta línea, la persona sigue consumiendo la sustancia a pesar de sus condiciones adversas, lo que traerá como consecuencia síntomas fisiológicos, cognitivos y del comportamiento. En adición a lo anteriormente mencionado, la OMS (1994) habla de una dependencia psicológica, que sería la falta del control sobre el consumo de la droga (*craving*), mientras que, también existe una dependencia física, que refiere a la tolerancia y los síntomas de abstinencia. Se estima que un 10% de los consumidores de marihuana termina siendo dependientes. Este riesgo aumentaría si el consumo se comienza en la adolescencia y si es de uso cotidiano (Rodríguez Carranza, 2012). La dependencia favorece la tolerancia, la misma refiere al momento en que las dosis frecuentes de la droga hacen que sus efectos sean menos intensos, por lo tanto se busca aumentar la frecuencia o el tamaño de las dosis para lograr el efecto deseado (Berkinschtein et al, 2017).

Si bien hoy en día se conoce sobre la existencia de diferentes factores de riesgo acerca del consumo de marihuana, es de importancia destacarlos para el presente estudio. Para comenzar, el consumo de marihuana puede producir una serie de cambios a nivel cerebral que pueden llevar a la adicción; esta misma tiene que ver con que la persona no puede dejar de consumir aun sabiendo que el consumo está perjudicando varios aspectos de su vida. Aquellos que comienzan a consumir desde la adolescencia y aquellos que la consumen a diario tienen más probabilidades de volverse adictos a dicha sustancia (Volkow, 2015).

Por otro lado, existen estudios en los cuales se puede observar como el impacto de los cannabinoides (la sustancia activa de la marihuana) repercuten tanto en la memoria a corto plazo como en la de trabajo. En los mismos se destaca que también está implicada la calidad y cantidad de sustancia en los efectos subyacentes. Por otra

parte, en un estudio caso-control, formado por sujetos consumidores y no consumidores, los resultados mostraron que existía una relación entre consumidores y alteraciones en la memoria de corto plazo (Torres & Fiestas, 2012).

En esta misma línea, la afectación de la marihuana en la memoria tiene que ver con que el THC afecta la forma en la cual la información es procesada en el hipocampo, cuya área del cerebro es la encargada de producir *memorias*. Por lo tanto, el estar expuesto de manera crónica al THC podría llegar a apresurar la pérdida de neuronas en el hipocampo (Volkow, 2015).

Otra de las posibles consecuencias de este consumo tiene que ver con el efecto que esta misma tiene en otros procesos cognitivos, tales como: la atención, la toma de decisiones y el aprendizaje. En relación con este último existen estudios que remiten a que los estudiantes que fuman marihuana tienen resultados académicos más bajos que los que no consumen. Asimismo, estudios realizados en Australia y Nueva Zelanda mostraron que los estudiantes que consumen tienen menos posibilidades de recibirse en comparación con los que no consumen marihuana (Volkow, 2015). Por otra parte, en lo que hace a la toma de decisiones, en una serie de estudios se encontró la existencia de consecuencias negativas por el consumo de marihuana en dicho proceso psíquico. La capacidad de toma de decisiones en aquellos que consumen se caracteriza por una confianza en los resultados inmediatos e incoherencia en sus elecciones. Del mismo modo, el consumo crónico de marihuana aumenta la posibilidad de que se inclinen por comportamientos de riesgos (Salgado Carreño, Martínez Sierra y Tami Vargas, 2017; Torres & Fiestas, 2012).

En lo que hace a la atención, puede verse disminuida a causa de que otros procesos, como por ejemplo la memoria, se vean también afectados. Existe evidencia sobre la alteración de la atención ya que al comparar un grupo control y otro consumidor, pudieron observar que existe una alteración de esta función psíquica en los consumidores y que además, esta alteración colabora a que no se dé el aprendizaje de una manera adecuada. En otros estudios realizados con pruebas de respuestas a estímulos auditivos en donde el tono variaba en cuanto a duración, localización e intensidad, los consumidores crónicos presentan diferencias de los no consumidores en la atención focal y la capacidad para captar información importante. Dicho

deterioro aumentaría con la cantidad de años que la persona llevaría consumiendo. Asimismo, el consumo de marihuana desde los 16 años en adelante (de una manera crónica) daría como resultado un déficit en la atención que persiste en la adultez (Torres & Fiestas, 2012; Salgado Carreño et al., 2017; Quiroga 2000).

En cuanto a la habilidad para conducir, hay una doble posibilidad de poder tener un accidente habiendo consumido marihuana a diferencia de aquellos que no la han consumido. En el caso de consumir de alcohol y marihuana, hay una mayor probabilidad de riesgo que al haberlas consumido por separado. Esto se debe a causa de que el consumo de la misma implica una disminución en el juicio, la coordinación motora y reacción (Volkow, 2015). Al mismo tiempo esto se relaciona con las alteraciones en la audición y la percepción visual y táctil; lo que posibilita la aparición de alucinaciones. Esta alteración de la conciencia estará implicada en la incapacidad para conducir, y en la posibilidad de que ocurra un accidente (Gómez López & Marchioni, 2017).

En cuanto a la asociación de marihuana y psicosis, existe un riesgo que aumentaría con el consumo temprano y regular de la sustancia. Este riesgo aumentaría de dos a cuatro veces si el consumo comienza en la adolescencia y juventud temprana, esto se debe a que en dicho periodo se está en pleno desarrollo cerebral, lo que los hace más vulnerables a los efectos de dicho consumo. Sin embargo, es importante tener en cuenta la variable de condiciones genéticas ya que también intervienen en la aparición o no de dicha patología. Es decir, aquellos que tienen algún familiar directo con dicha condición el riesgo de que el consumo de marihuana desencadene en un episodio de psicosis es mayor que en aquellos que no tengan dicha herencia genética (Berkinschtein et al, 2017; Rodríguez Carranza, 2012).

Aguilar, del Carmen y Ugarte Narváez (2015) mencionan al Instituto Nacional de Abuso de Drogas para hacer hincapié en el efecto que tiene la marihuana en los pulmones. Afirmando que es un carcinógeno que afecta a los pulmones mucho más que el tabaco, justificando lo anteriormente dicho con que la marihuana tiene 70 veces más toxinas. Asimismo, la fase de brea del humo del cannabis tiene un 50% más de humo carcinógeno que una cantidad similar de humo de cigarrillo. Además, el humo que produce esta misma produce más carga respiratoria de monóxido de carbono que

fumando tabaco, lo cual se relaciona con bronquitis obstructiva. Sin embargo, todavía no se puede afirmar con certeza que fumar marihuana causa cáncer de pulmones, debido a que no hay un estudio que lo verifique, pero tampoco se puede negar que la misma contiene sustancias que causan cáncer (Quiroga, 2000; Volkow, 2015; Roncoroni, 2003).

En adición a las consecuencias de carácter orgánico, es relevante destacar que fumar esta sustancia puede resultar un riesgo para las personas que padecen hipertensión o enfermedades cerebrovasculares por el aumento de frecuencia y gasto cardiaco producido por el THC (Quiroga, 2000).

Por último, otra de las posibles consecuencias del consumo crónico tiene que ver con la infertilidad. Si bien el consumo al principio puede resultar una variable que posibilite la actividad sexual a causa de la desinhibición, existen evidencias de que puede existir una disminución de los espermatozoides y de la movilidad de los mismos, así como también perturbaciones menstruales en la mujer. Además, el uso reiterado de esta sustancia produce una sedación que dificultará la actividad sexual (Gómez López & Marchioni, 2017).

Teniendo en cuenta estos aspectos es necesario que las instituciones se encarguen de poder transmitir estas consecuencias como una manera de poder prevenir sobre el tema. En este sentido, grupos de adolescentes de 16 a 18 años refieren tener charlas informativas o talleres sobre el consumo de marihuana en las escuelas. Sin embargo, muestran cierto descontento frente a como presentan esta sustancia ya que la enseñan como la menos perjudicial y, además, dichos talleres comienzan en los últimos años donde la problemática del consumo ya está instaurada (SEDRONAR, 2016).

Asimismo, la familia es otro contexto importante en el cual se puede dar conocimiento sobre dicho tema. Si bien algunas consideran a dicho tema como tabú, la mayoría de ellas están abiertas a hablar sobre el uso de la marihuana. Sin embargo, esto tendrá que ver con otras variables, por ejemplo en el caso de que algún familiar consuma, lo que haría que este tema se vuelva más sensible pudiendo provocar que sea tratado con más profundidad. De forma diferente, en la mayoría de las familias se

refieren a la misma con un carácter más superficial donde se habla de alguien en particular y no de forma preventiva, lo que hace que la marihuana quede ajeno al círculo familiar (SEDRONAR, 2016).

2.5 Cannabis medicinal

Es indiscutible que el fenómeno de la marihuana medicinal ha generado debates durante los últimos años. La primera noción que debe quedar clara para adentrarse en dicho tema es que no estamos frente a una sustancia, sino frente a un conjunto de compuestos. Si bien anteriormente se ha mencionado que posee más de cuatrocientos componentes, es interesante resaltar que en 1964 pudieron aislar el THC, el cual es el encargado de la gran mayoría de las propiedades psicoactivas que posee dicha sustancia. Sin embargo, en la planta también existen otros componentes que prácticamente están desprovistos de compuestos psicoactivos, tales como: cannabinol, cannabicromeno, cannabidivarino, cannabigerol y el cannabidiol. Como los cannabinoides tienen un potencial medicinal, es más apropiado utilizar el término de *cannabis medicinal* en vez de *marihuana medicinal*. Así, dichos cannabinoides ejercen sus acciones por medio de la activación de sistemas específicos que, hasta el momento, se han encontrado dos tipos de receptores: CB1, que se encuentra en las células del sistema nervioso central y, por otro lado, el CB2 que estaría presente en la regulación de células autoinmunes (Berkinschtein et al, 2017; Callado & de Salud Mental, 2012). Dichos receptores están relacionados con áreas cerebrales que regulan distintas funciones, por ejemplo: el juicio, la memoria, el pensamiento, la coordinación muscular, entre otras. En este sentido, el sistema endocannabinoide son sustancias producidas por el organismo (similares a las que produce la planta de cannabis) actuando en el cerebro como neurotransmisor. En el sistema nervioso central los endocannabinoides participan de la regulación de la sensación del dolor, actividad motora, memoria, aprendizaje y tiene un papel importante en el desarrollo cerebral. Periféricamente también tiene que ver con la ingesta de comida, secreción gastrointestinal, hipotensión, entre otros. Además estarían implicados en el control de los vómitos, muerte neuronal y neuroprotección (Rodríguez Carranza, 2012; Pérez, Velásquez & Peláez, 2017).

Sin embargo, hay muy pocas investigaciones fiables sobre el tema. Lorenzo y Leza (2000), refiriendo a un informe de la Asociación Médica Británica (1997), concluyen que a causa de la cantidad de compuestos químicos que posee la marihuana esto hace difícil controlar su dosis, y además, si bien algunos de sus compuestos podrían ser terapéuticos en algunas condiciones en otras no.

En el caso de pacientes con cáncer tratados con quimioterapia, si bien pueden ser eficaces como antieméticos, gran parte de las investigaciones han demostrado que las consecuencias adversas, en muchos casos, puede superar su potencial terapéutico. Algunos de ellos podrían ser: somnolencia, ataxia, alteraciones visuales, conductas disfóricas, entre otros. A pesar de ello, muchos pacientes prefieren los cannabinoides pese a los efectos adversos más intensos que los mismos puedan traer. Hoy en día todavía es necesario responder ciertos interrogantes para que haya un uso adecuado del mismo, empezando por las posibles interacciones con otros fármacos, las dosis y qué cannabinoide sería más adecuado para cada tipo de quimioterapia anticancerígena. En resumen, si bien está demostrado la eficacia de algunos cannabinoides en las náuseas y el vómito producido por la quimioterapia, es necesario realizar más investigaciones para obtener un perfil farmacológico, clínico y toxicológico de los compuestos del mismo (Lorenzo & Leza, 2000).

En cuanto al dolor canceroso, existen ensayos clínicos en los que se mostró su efecto analgésico, pese a ello, la respuesta analgésica de los cannabinoides es irregular. Existen variaciones según el tipo de dolor que tenga el paciente, no existe una clara relación dosis-respuesta, los estudios están limitados por el tamaño de muestra y los pacientes reciben su medicación habitual además del preparado de THC. Por otra parte, los pacientes también refieren que presentan sedación, lo que podría limitar su uso. En este sentido, se podría decir que su uso tiene que ser siempre complementario al tratamiento habitual y que se requieren más ensayos clínicos para ver los efectos de dicha sustancia en la presente enfermedad (Avello, Pastene, Fernández & Córdova, 2017).

En el caso de los pacientes con esclerosis múltiple, existen varios ensayos clínicos acerca del uso de cannabinoides como terapia complementaria, los mismos evidencian una disminución en el grado de espasticidad muscular, dolor neurológico y

neuroinflamación. Si bien estos ensayos fueron realizados con un número muy reducido de pacientes y sus resultados no siempre son concluyentes, podrían aliviar los síntomas de dichos pacientes. Sin embargo, también se hallaron efectos adversos como: mareos, náuseas, fatiga y dolencias bucales. Por lo tanto, también se requiere de más estudios a largo plazo que confirmen los beneficios y el grado de tolerabilidad (Mena & Soon-yi, 2018).

Siguiendo con la línea de las enfermedades neurodegenerativas, el Parkinson también tiene resultados contradictorios en cuanto al uso terapéutico de la marihuana, algunos estudios indican que son capaces de mejorar los síntomas mientras que otros llegan a la conclusión de que carecen de efecto alguno. Existen ensayos clínicos realizados con el cannabidiol que han mostrado una mejoría de la distonía en el 20% y el 50% de los casos, pero no experimenta cambios el temblor, el cual en muchos casos puede empeorar. Algo similar sucedería en el caso de la epilepsia, donde los cannabinoides podrían funcionar como anticonvulsivante o proconvulsivante. En el caso de las epilepsias humanas existen pocos datos acerca del efecto terapéutico de los cannabinoides, sin embargo, algunos informes tienen la limitación de que no son contrastados o que sus resultados con pocos pacientes son contradictorios. Esto tiene que ver con que en algunos casos desencadenó cuadros convulsivos, mientras que en otros lo disminuyó (Kairuz Bernate, 2017; Lorenzo & Leza, 2000).

Por otro parte, el cannabis aumenta el apetito por un mecanismo que aún hoy no es bien conocido. Sin embargo, el THC no se muestra eficaz en tratamientos para la anorexia nerviosa ya que el problema de estos enfermos no es la falta de apetito, sino un rechazo compulsivo a la ingesta de alimentos. Lo que suele ocurrir es que el THC aumenta el apetito dejando al paciente en un conflicto en donde tendría que elegir entre saciar su hambre y rechazar el alimento (Lorenzo & Leza, 2000).

Otro punto de vista a tener en cuenta es que el cannabis no cura enfermedades. Muchos jóvenes al conocer que la marihuana podría tener propiedades medicinales piensan que el consumo de marihuana se puede utilizar como cura frente a una enfermedad. Esto implicaría una menor percepción del riesgo pensando de que su consumo no produce daño y seguro para el consumidor (Zavaleta Martínez Vargas, Salas Arruz & Rojas Valero, 2016).

Finalmente, se pueden presentar tres argumentos con respecto a la legalización de dicha sustancia por fines terapéuticos. El primer argumento sostiene la prohibición de la marihuana terapéutica a causa de que la misma daría una imagen positiva del consumo de dicha sustancia, dando como resultado que se le reste importancia a los efectos nocivos que produce. Por otra parte, también hace referencia a los efectos contraproducentes que puede traer la misma por más de que se esté utilizando con fines medicinales (Gómez López & Marchioni, 2017).

El segundo argumento, permitiría su uso sólo en tratamientos paliativos, donde podría contribuir para disminuir el sufrimiento del enfermo. No obstante, proponen que los efectos adversos o beneficiosos son cuestiones que quedan pendientes por resolver. En este sentido, Gómez López y Marchioni (2017) refieren a que la misma no cura enfermedades pero sí puede hacer que la vida de un enfermo crónico sea menos dolorosa. Esto se ve en el caso de, por ejemplo, los pacientes que tienen cáncer donde esta sustancia podría reducir los vómitos que puede producir el tratamiento.

El tercero refiere a su uso en todas las enfermedades en las cuales tenga un efecto terapéutico. Sostiene que la marihuana produce: pocos efectos adversos, menos efectos de dependencia que otros medicamentos de utilización legal y que la cantidad que se utiliza es muy pequeña, por lo tanto, no contraería peligros posteriores (Pérez, Velásquez & Pelaéz 2016).

Sin embargo, en Argentina dicho tema sigue siendo debatido, habiendo diferentes opiniones al respecto de las cuales muchas tienen que ver con los argumentos presentados anteriormente, pero hoy en día se sostiene más el primer argumento.

Como conclusión, a lo largo de toda la bibliografía encontrada y analizada, no se puede discutir que el consumo de marihuana es un hecho que toma cada vez más relevancia con el paso del tiempo. Esto se debe a que se la considera como la sustancia menos peligrosa, sin tener en cuenta que puede ser la puerta de entrada a otras drogas. Asimismo, es interesante analizar el contexto en el que se encuentra el adolescente en dicha etapa, es decir que cuando se habla del consumo en la adolescencia tienen que considerarse las variables de dicha etapa vital que pueden

influir o no en la decisión a probar alguna droga.

Por otra parte, tampoco se pueden negar los posibles efectos adversos que trae el consumo prolongado de dicha sustancia. Existen investigaciones que dan cuenta que esta droga no sería simplemente la de menor importancia, sino que trae efectos que podrían ser irreversibles, provocando dificultades en la vida social, familiar y física del sujeto.

Por último, otro fenómeno que actualmente está instaurado en la sociedad es el de la marihuana medicinal. Si bien existe cierta tendencia a creer que esta sustancia cura enfermedades, la literatura muestra que esto todavía no está comprobado y puede llegar tanto a apaciguar un síntoma o no. Todavía hay resultados contradictorios al respecto y no hay suficiente validez empírica como para considerarlo una opción terapéutica.

3. METODOLOGÍA

El alcance del presente estudio fue no experimental, mixto, exploratorio, descriptivo y correlacional de corte transversal.

3.1 Descripción de la muestra

El universo del estudio fueron adolescentes de sexo femenino y masculino, escolarizados, abarcando la edad de 13 a 18 años de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires. Se utilizó una técnica de muestreo no probabilística por disponibilidad de distintas escuelas públicas y privadas, contando con una muestra de 389 casos.

3.2 Técnicas para la recolección de datos

Se aplicó un Cuestionario de Consumo de Marihuana autoadministrado, el mismo fue construido AD-HOC. De esta manera, éste constó de, en primer lugar, obtener datos sociodemográficos del encuestado (sexo, edad, residencia). En segundo lugar, una serie de preguntas cerradas y abiertas para poder obtener más información ya sea del consumo (si es que lo hubiera) y de lo que conocen acerca de esta droga.

En última instancia, se dio una serie de frases en las que tuvieron que seleccionar a lo largo de un continuo, que se constituyó de una escala Likert de cinco opciones, que tan de acuerdo o en desacuerdo estuvieron; siendo “Totalmente de acuerdo” (5) lo máximo y “Totalmente en desacuerdo” (1) lo mínimo.

3.3 Procedimientos para la recolección de datos

Los datos se recolectaron en distintas instituciones escolares entre 2017 y 2018; en el estudio sólo participaron aquellos que quisieron realizarlo de manera voluntaria. Se les brindó información a través de un consentimiento acerca del instrumento que se utilizó, dando a conocer que el mismo debía ser realizado de forma individual y que los datos que se obtuvieran se utilizarían de forma grupal, es decir, sin un análisis de cada caso particular. Se realizó de manera presencial, durando aproximadamente quince minutos.

3.4 Análisis de datos

Por un lado, se realizó una base de datos SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) en la cual se cargaron los resultados cuantitativos recolectados por medio del instrumento. Luego se llevó a cabo el análisis de datos donde se procesaron los mismos. Los estadísticos que se utilizaron son: Moda, mediana, media, frecuencias, porcentajes, T de Student y χ^2 . Por otro lado, se realizó un análisis cualitativo de las preguntas abiertas por medio del programa Atlas.ti.

4 RESULTADOS

4.1 Resultados descriptivos de la muestra

Descriptivamente se contó con una muestra de 389 casos, de los cuales 224 fueron mujeres, es decir el 57,6%, mientras que los hombres fueron 165, el 42,4% (Figura 1). Del total de la población el 56,4% (216 adolescentes) eran de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el 43,6% (167 adolescentes) eran de Gran Buenos Aires (Figura 2). De los adolescentes participantes en la investigación 37 (9,5%) iban a colegios públicos y 352 (90,5%) a colegios privados.

Figura 1. Sexo del encuestado en porcentaje.

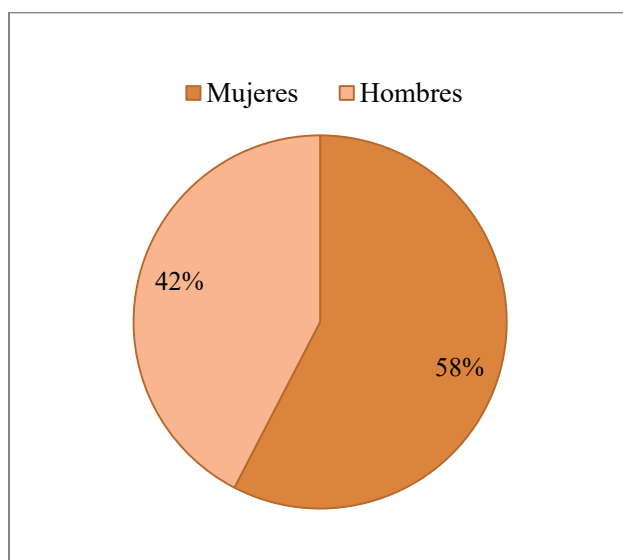
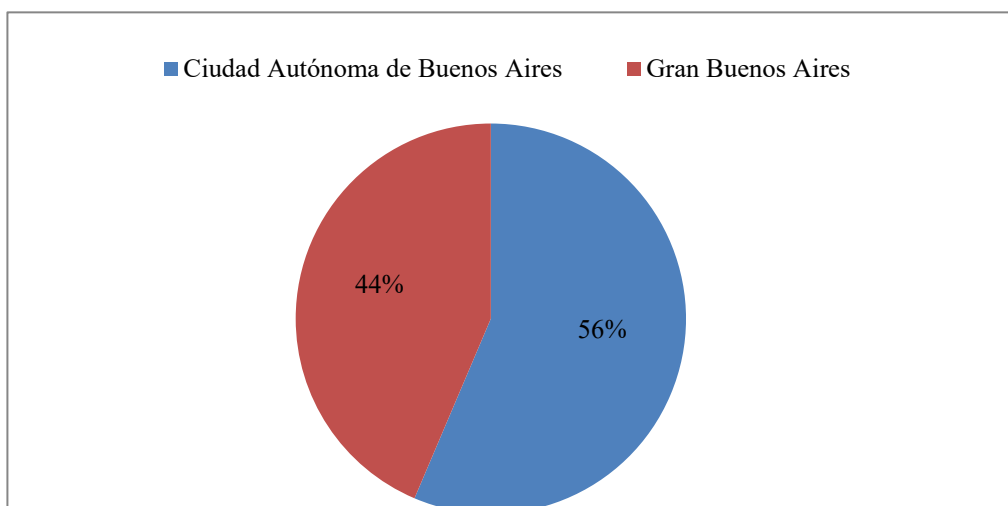
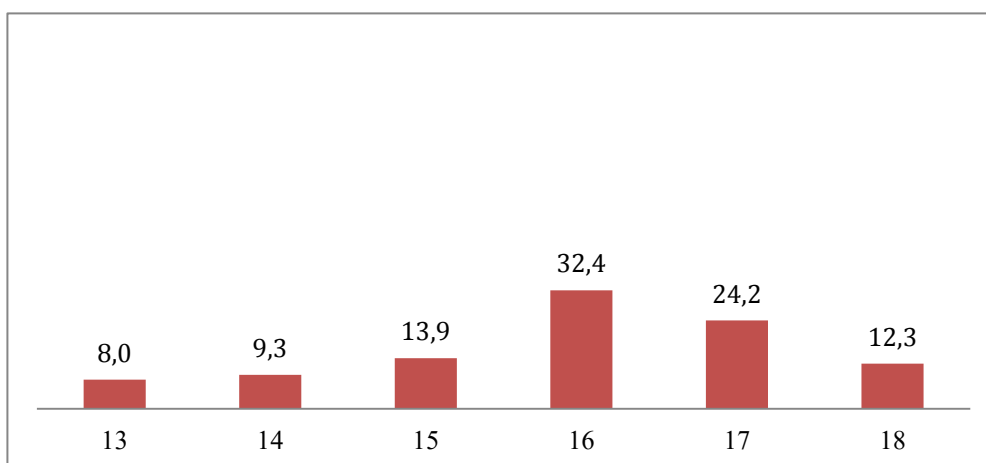


Figura 2. Residencia del encuestado en porcentaje.



Como se puede observar en la Figura 3, los jóvenes que participaron tenían entre 13 y 18 años, siendo la media de la edad 15,9 (DE: 1,400). Se contó con 31 participantes de 13 años (8%), 36 de 14 años (9,3%), 54 de 15 años (13,9%), 126 de 16 años (32,4%), 94 de 17 años (24,2%) y 48 adolescentes de 18 años (12,3%).

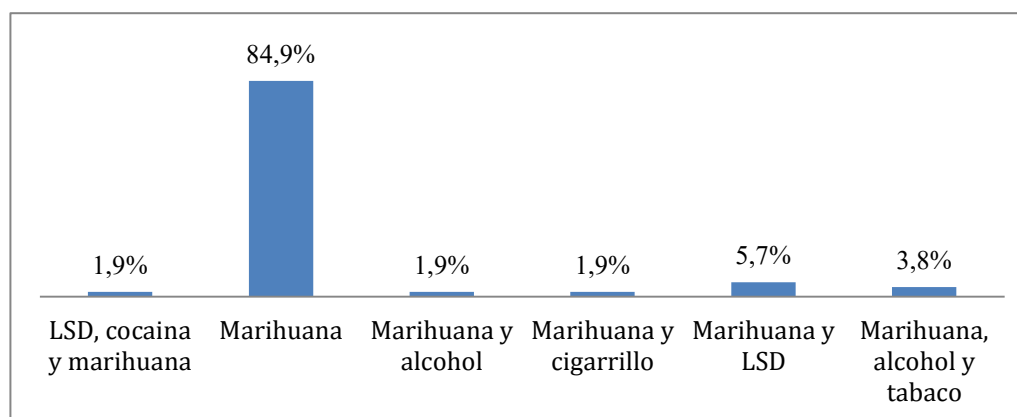
Figura 3. Edad de los encuestados en porcentaje.



Por otra parte, se analizaron las respuestas obtenidas por la pregunta abierta *¿Alguna vez probaste alguna sustancia/droga? ¿Cuáles?*; cuyo objetivo era definir qué sustancias probaron y cuáles de ellas acompañaban al consumo de marihuana. A partir de las respuestas obtenidas por los adolescentes, se categorizaron las mismas según su frecuencia. Las categorías fueron: “marihuana”, “marihuana y LSD”, “marihuana y cigarrillo”, “marihuana y alcohol”, “marihuana, alcohol y tabaco” y “LSD, cocaína y marihuana”. En este sentido, se hicieron análisis descriptivos donde

se encontró que el 18,5% (72 personas) encuestados probó alguna sustancia, mientras que el 81,0% (315 personas) no probó. Del 18,5% que consumió alguna sustancia el 14,5% afirmó haber probado alguna vez marihuana. Se observó que la misma podría ser acompañada o no del consumo de otras sustancias (Figura 4); en este sentido, se dio con más frecuencia el consumo únicamente de marihuana por 45 personas (84,9%), en segundo lugar 3 personas afirmaron consumir marihuana y LSD (5,7%), en tercer lugar con dos personas, la marihuana estaba acompañada por el consumo de alcohol y tabaco (3,8%). Por último, una sola persona se refirió al consumo de marihuana y alcohol (1,9%), lo mismo sucedió con marihuana y cigarrillo (1,9%) y marihuana, LSD y cocaína (1,9%).

Figura 4. Sustancias consumidas por los encuestados en porcentaje.



De aquellos que consumieron alguna vez marihuana, informaron haber comenzado a consumir alrededor de los 15 años. Por otra parte, el 87,5% de los consumidores afirma que consume acompañado, el 6,3% lo hace sólo y el 3,1% afirma que a veces lo hace sólo y otras acompañado (Figura 5). Asimismo, se analizaron los datos obtenidos por la pregunta abierta: *¿En dónde consumís habitualmente?*; con el fin de dilucidar los lugares frecuentes de consumo. Las respuestas se categorizaron según la su frecuencia de aparición, encontrándose: “boliches o previas”, “casa de amigos o novio/a”, “en lugares públicos” (como la calle o plazas), “más de una de las anteriores” y “no responde”. A partir de estos se hicieron análisis descriptivos, donde los datos obtenidos arrojaron que el 38,7% afirma que la consume es en boliches o previas, el 35,5% lo hace en casa de amigos o novio/a, el 16,1% consume en lugares públicos (plazas) y el 6,5% afirma que consume en más de un lugar de los

anteriormente mencionados (Figura 6).

Figura 5. Modalidad de consumo en porcentaje.

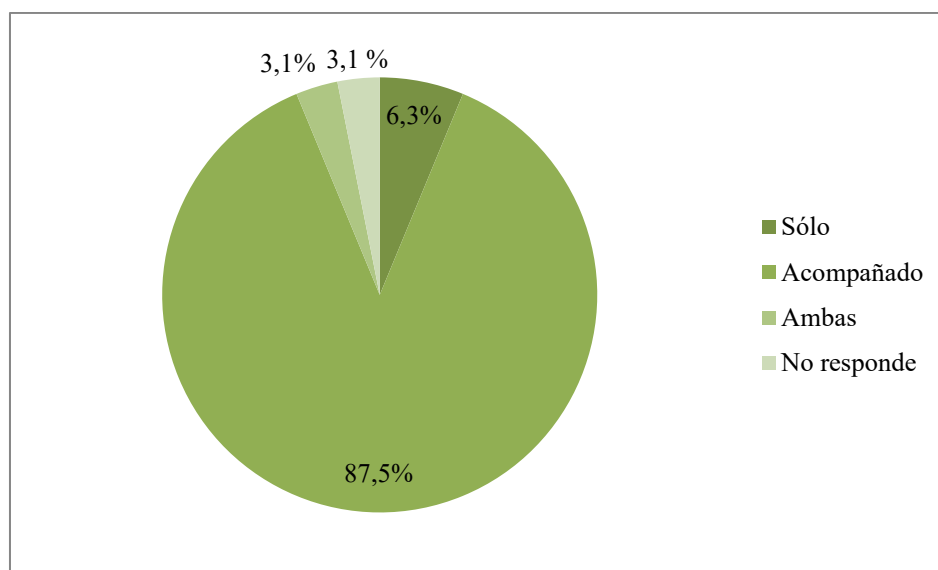
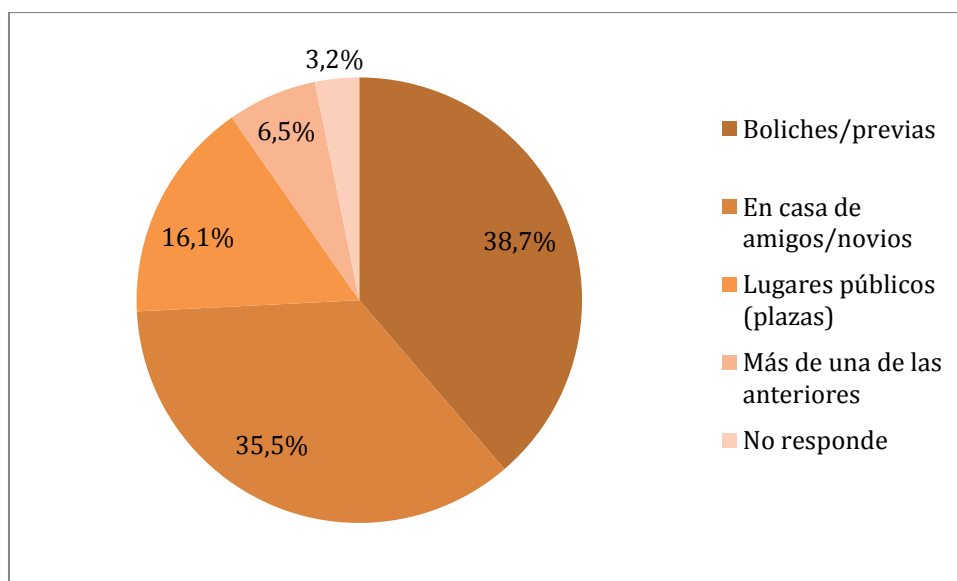


Figura 6. Frecuentes lugares de consumo de marihuana en porcentaje.



4.2 Factores de riesgo percibidos por consumo de marihuana

Para el análisis de la percepción de riesgo se recodificaron las categorías de los ítems que se presentaban en la escala Likert; siendo que “Totalmente de acuerdo” y “De acuerdo” formarán parte de la categoría “De acuerdo”, mientras que, “Indeciso”,

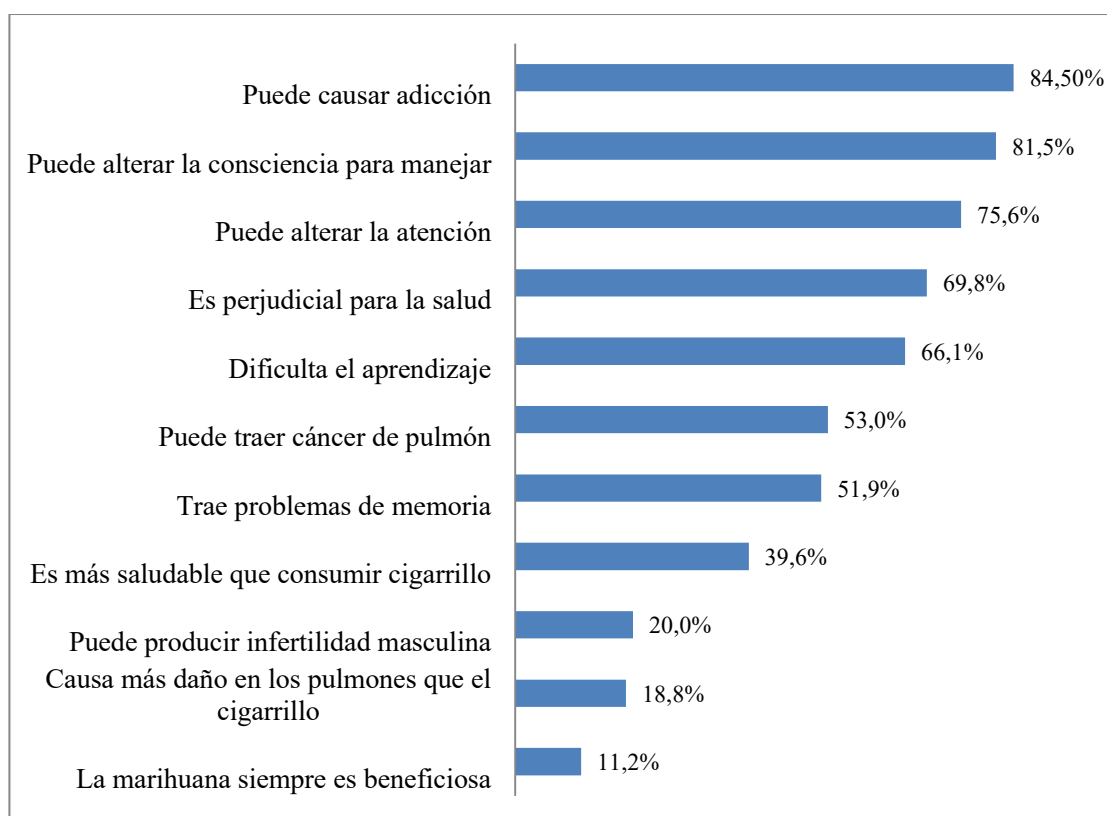
“En desacuerdo” y “Totalmente en desacuerdo” se agruparon formando parte de la categoría “En desacuerdo”.

Los principales factores de riesgo percibidos por el consumo de la mencionada sustancia fueron, en primer lugar que sólo el 11,2% de los adolescentes están en acuerdo con que la marihuana siempre es beneficiosa, sin importar como se presente. El 84,5% está de acuerdo con que puede llevar a la adicción y el 75,6% afirma que puede alterar la atención. Asimismo, el 69,4% considera que es perjudicial para la salud.

El 66,1% reconoce que puede dificultar el aprendizaje y el 51,9% que trae problemas de memoria. Por otra parte, un poco más de la mitad de los adolescentes afirma que puede traer cáncer de pulmón y el 39,6% está de acuerdo con que consumir marihuana es más saludable que consumir cigarrillo.

Entre los menos percibidos se pueden encontrar; la posibilidad de que pueda producir infertilidad masculina y considerar que la marihuana causa más daño en los pulmones que el cigarrillo, ambos con aproximadamente un 20% (Figura 7).

Figura 7. Riesgos percibidos por consumo de marihuana en porcentaje.



4.3 Percepción de riesgo y consumo de marihuana

En cuanto a la percepción de riesgo, se puede mencionar la posibilidad de adicción y el efecto perjudicial de la marihuana en la salud. Ante este último aspecto, más de la mitad de los consumidores y no consumidores presentó estar de acuerdo con dicha afirmación. En lo que hace a la posibilidad de la adicción, el 81,1% de los no consumidores estuvieron de acuerdo con dicha afirmación, mientras que, en el caso de los consumidores hubo un 66,7% de acuerdo. Asimismo, sólo el 17,3% de los consumidores y el 10,4% de los no consumidores consideran que la marihuana siempre es beneficiosa sin importar como se presente.

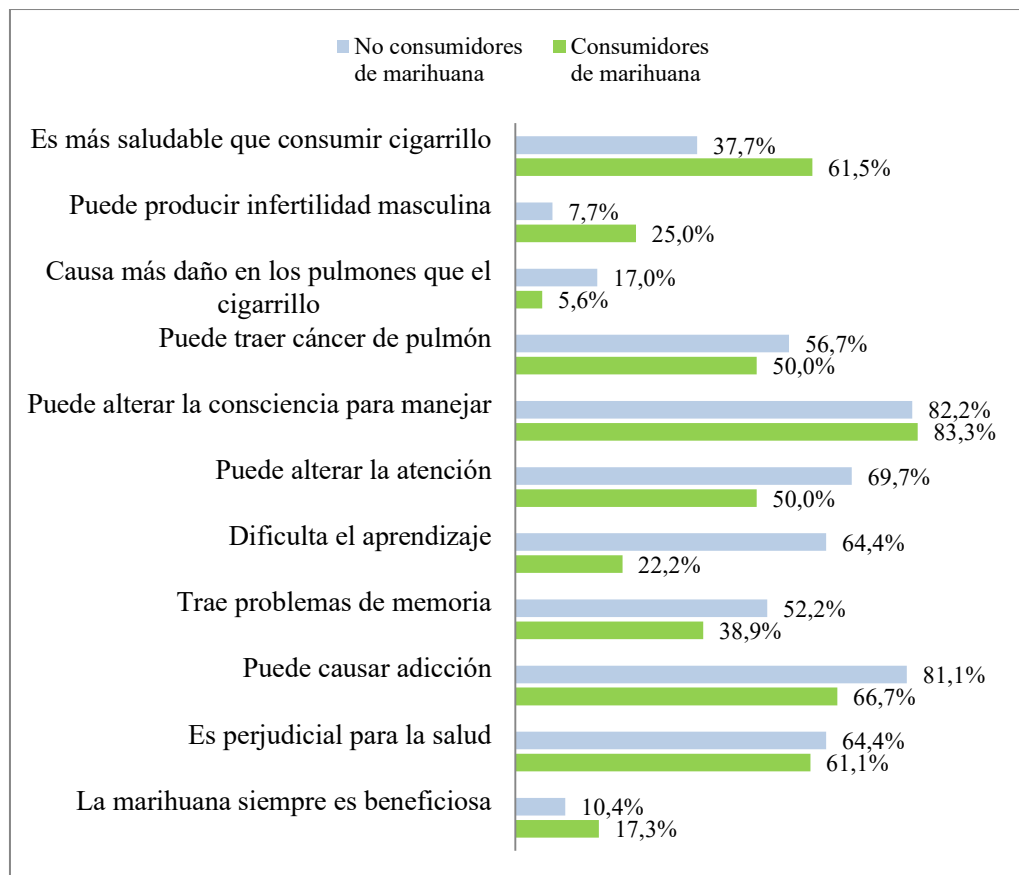
En relación a las funciones psíquicas, el 66,7% de los consumidores afirmó estar de acuerdo con la posibilidad de que el consumo de marihuana puede traer problemas de memoria, mientras que, en el caso de los no consumidores fue del 81,1%. Por otro lado, en el caso de las posibles alteraciones en la atención y el aprendizaje, en la primera se encontró que la mitad de los consumidores está de

acuerdo con la posibilidad de dicha alteración, mientras que en los no consumidores se encontró que el acuerdo de más de la mitad. En el caso de la dificultad del aprendizaje a causa del consumo, de los consumidores el 22,2% afirmó estar de acuerdo, mientras que, en los no consumidores fue del 64,4%. En cuanto a la alteración de la consciencia para manejar, se presentaron resultados similares en ambos grupos (más del 80% en los dos).

Los adolescentes consumidores que perciben que la marihuana causa más daño en los pulmones que el cigarrillo fue el 5,6%, mientras que, en el caso de los no consumidores fue del 17,0%. En relación con lo anteriormente mencionado, el 50,0% de los consumidores afirmaron que el consumo de dicha sustancia puede traer cáncer de pulmón, mientras que en los no consumidores presentaron estar de acuerdo el 56,7%. En este sentido, el 61,5% de los consumidores y el 37,7% de los no consumidores estuvieron de acuerdo con que es más saludable la marihuana que el cigarrillo.

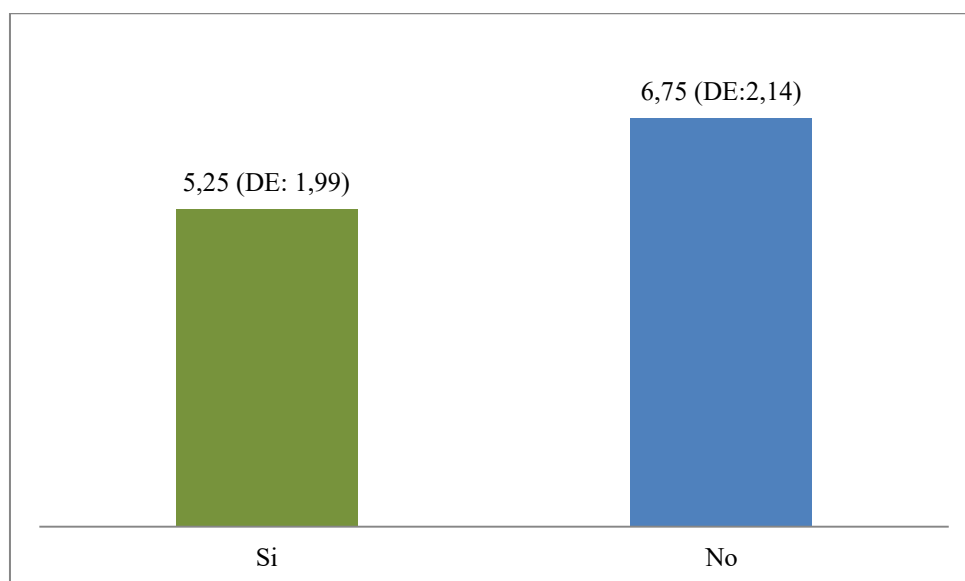
Ante la posibilidad de que pueda producir infertilidad masculina, los no consumidores mostraron que el 7,7% estaba de acuerdo, mientras que en los consumidores fue el 25,0%. Los datos mencionados anteriormente se pueden observar en la Figura 8.

Figura 8. Riesgos percibidos entre consumidores y no consumidores.



A partir de los mencionados ítems se construyó una nueva variable: “factor de riesgo” (variable continua), la misma será la sumatoria de los riesgos percibidos. En este sentido, se aplicó una Prueba T para observar las diferencias de medias de la variable “factor de riesgo” entre los que consumieron marihuana alguna vez en la vida y los que no, obteniendo diferencias estadísticamente significativas ($t=4,71$, $p=0,000$ a un nivel de significación de 0,05), como se puede notar en la Figura 9 los consumidores obtuvieron menor percepción de riesgo ($M= 5,25$, $DE= 1,99$) que los no consumidores ($M=6,75$; $DE=2,14$).

Figura 9. Medias de riesgos percibidos según los que consumieron marihuana alguna vez en la vida y los que no.



Finalmente, se aplicó la prueba χ^2 entre aquellos que consumieron alguna vez en la vida marihuana y aquellos que no lo hicieron en relación con los ítems que remiten a los riesgos (los cuales fueron mencionados anteriormente), con el fin de establecer en cuáles habría una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos (Tabla 1).

En este sentido, se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas en lo que hace a la posibilidad de adicción, la alteración de la atención, el aprendizaje, la consideración de la que marihuana es más saludable que consumir cigarrillo, que es perjudicial para la salud y en que trae problemas en la memoria.

Tabla 1. Pruebas de Chi-Cuadrado.

Riesgos por consumo de marihuana	Chi-cuadrado	Significatividad
Adicción	19,788	0,000
Alteración de la atención	12,209	0,000
Dificulta el aprendizaje	11,140	0,001
Es más saludable que consumir cigarrillo	10,412	0,001
Es perjudicial para la salud	8,131	0,004
Trae problemas de memoria	7,889	0,005

4.4 Actitudes y creencias sobre el consumo de marihuana

En cuanto a las actitudes y creencias a favor del consumo, se analizaron a partir de la pregunta abierta *¿Alguien te habló a favor del consumo de marihuana? ¿Qué te dijeron?*; la intención de la misma era poder conocer lo que los adolescentes valoran como positivo de la sustancia. Las categorías que se establecieron fueron por frecuencia en las respuestas de los adolescentes, siendo estas: “ayuda a tratar enfermedades”, “Es menos perjudicial que el cigarrillo”, “ayuda a curar enfermedades”, “divierte”, “relaja”, “el efecto que produce *está bueno*”, “te aleja de la realidad”, “si se consume con poca frecuencia no trae efectos secundarios”, “Es menos perjudicial que el alcohol”, “no trae efectos adversos”, “beneficia la salud”, “es una sustancia natural” y “es menos perjudicial que el alcohol y el cigarrillo”.

A partir de las categorías anteriormente mencionadas se hicieron análisis descriptivos, cuyos resultados se pueden observar en la Tabla 2. En este sentido, un 29,3% de los adolescentes hicieron referencia a la posibilidad de que la marihuana ayuda a tratar enfermedades, mientras que un 8,3% destacaron que dicha sustancia puede curar enfermedades. Por otra parte, el 8,9% consideran que es menos perjudicial que el cigarrillo, el 5,1% piensa que es menos perjudicial que el alcohol y el 1,3% afirma que es menos perjudicial que el alcohol y el cigarrillo.

Los encuestados también hicieron hincapié en que consumir marihuana divierte (8,3%), relaja (8,3%), te aleja de la realidad (7,0%), que el efecto que produce *está bueno* (8,3%). Otros hicieron referencia a que este tipo de droga es una sustancia natural (2,5%), que beneficia a la salud (3,2%), que si se consume con poca frecuencia no trae efectos adversos (6,4%) y un 3,2% cree que no trae efectos adversos.

Tabla 2. Creencias a favor del consumo de marihuana en porcentaje.

Creencias a favor del consumo	Porcentaje
Ayuda a tratar enfermedades	29,3%
Es menos perjudicial que el cigarrillo	8,9%
Ayuda a curar enfermedades	8,3%
Divierte	8,3%
Relaja	8,3%
Que el efecto que produce <i>está bueno</i>	8,3%
Te aleja de la realidad	7,0%
Si se consume con poca frecuencia no trae efectos secundarios	6,4%
Es menos perjudicial que el alcohol	5,1%
No tiene efectos adversos	3,2%
Beneficia a la salud	3,2%
Es una sustancia natural	2,5%
Es menos perjudicial que el alcohol y el cigarrillo	1,3%

En lo que hace a las actitudes y creencias en contra del consumo, se analizaron en función de la pregunta abierta *¿Alguien te habló en contra del consumo de marihuana? ¿Qué te dijeron?*; cuyo objetivo fue tener conocimiento de los riesgos que puede generar el consumo de la presente sustancia. Se categorizó en función de las frecuencias en las respuestas de los adolescentes, se puede mencionar: “adicción”, “perjudica la salud”, “altera las funciones cognitivas y produce muerte neuronal”, “que está mal consumir/que no consuma nunca”, “puede llevar a drogas más pesadas”, “te arruina la vida”, “depende de la frecuencia con que se la consuma”, “produce daño en los pulmones/cáncer de pulmón”, “no es bueno pero es antes del consumo de alcohol o cigarrillo” y “es tan perjudicial como otras drogas”.

De esta manera se hicieron análisis descriptivos donde se obtuvo que el 55,2% considera que puede causar adicción y el 17,0% afirma que es perjudicial para la salud. El 13,2% reconoce que puede alterar las funciones cognitivas y que produce un debilitamiento a nivel neuronal, además. El 2,8% piensa que es la puerta de entrada a otras drogas más pesadas y el 2,8% afirma que *te arruina la vida*.

Por otro lado, algunos refirieron que podría causar daño o cáncer en los pulmones (0,7%), otros expresaron que si bien no es bueno consumir marihuana es preferible a consumir otras drogas (0,7%) y algunos nuevamente refirieron a que las consecuencias dependen de la frecuencia del consumo (1,7%). Por otra parte, el 0,3%

refirió a que es tan perjudicial como cualquier otra droga. A su vez, es interesante resaltar que un 5,6% expresó que está mal consumir o que alguien le dijo que nunca la consuma (Tabla 3).

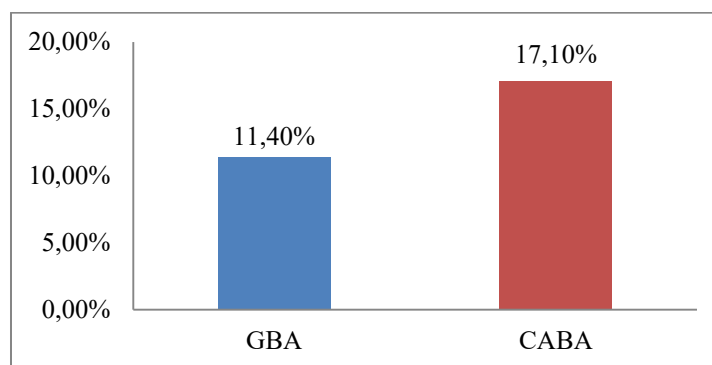
Tabla 3. Creencias en contra del consumo de marihuana en porcentaje.

Creencias en contra del consumo	Porcentaje
Adicción	55,2%
Perjudica la salud	17,0%
Altera las funciones cognitivas y produce muerte neuronal	13,2%
Que está mal consumir/Que no consuma nunca	5,6%
Puede llevar a drogas más pesadas	2,8%
Te arruina la vida	2,8%
Depende de la frecuencia con la que se consuma	1,7%
Produce daño en los pulmones/Cáncer de pulmón	0,7%
No es bueno pero es preferible antes del consumo de alcohol o cigarrillo	0,7%
Es tan perjudicial como otras drogas	0,3%

4.5 Factores de riesgo percibidos y consumo de marihuana según residencia

En primer lugar, se encontró que el 17,1% de los adolescentes de Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) consumieron alguna vez marihuana mientras que en Gran Buenos Aires (GBA) consumió el 11,5%.

Figura 10. Consumo de marihuana según residencia del encuestado en porcentaje.



En la Figura 11 se puede observar que en relación a la percepción de riesgo, casi el 70,0% de ambos grupos afirman estar de acuerdo con que el consumo de marihuana es perjudicial para la salud. El 79,5% del grupo de CABA y el 90,9% del grupo de GBA consideran que puede causar adicción y el 14,6% de aquellos que

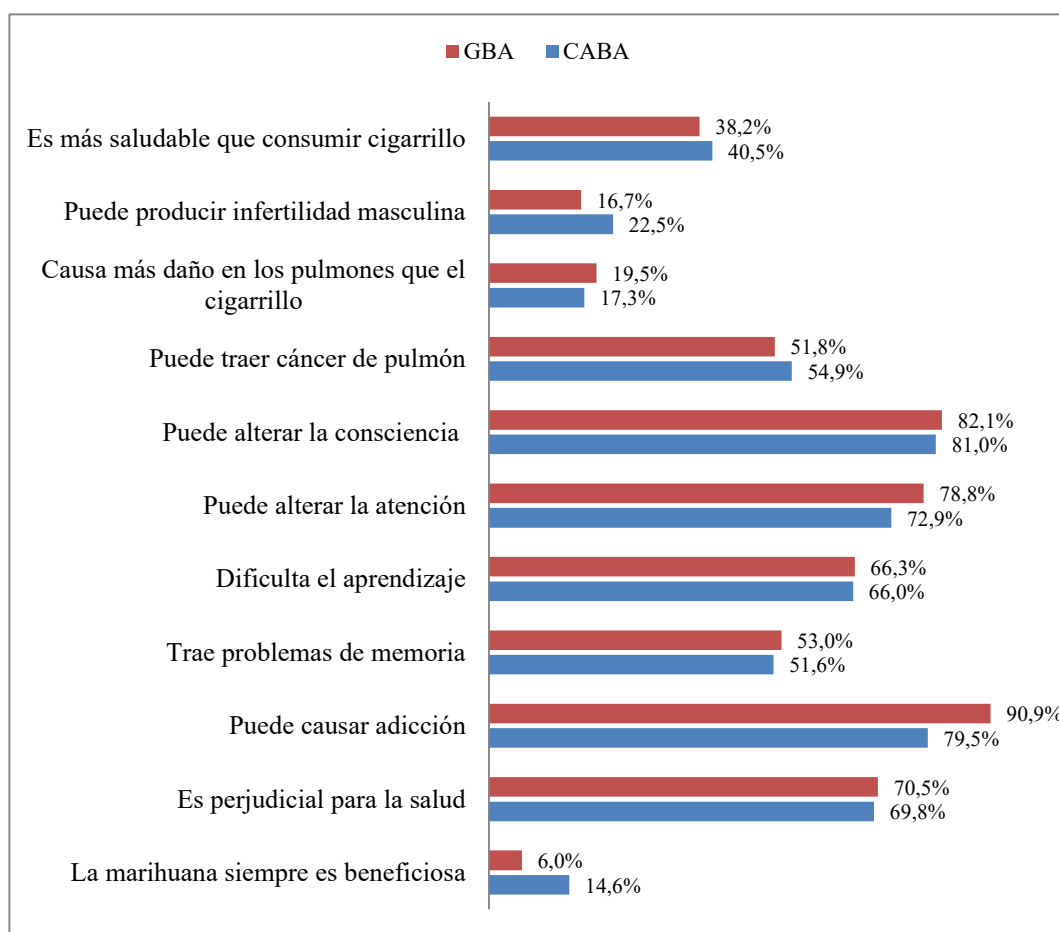
residen en CABA y el 6,0% de los que reside en GBA consideran que la marihuana es siempre beneficiosa sin importar como se presente.

En relación a las funciones psíquicas, se encontró que la mitad de los adolescentes residentes en CABA y GBA afirman que el consumo de la presente sustancia puede traer problemas de memoria. En segundo lugar, en cuanto a la alteración de la atención, el porcentaje para el grupo de CABA que afirma dicha perturbación fue del 72,9% y en GBA fue del 78,8%. En tercer lugar, se encontró que más de la mitad de los adolescentes de ambos grupos afirman que el consumo de marihuana puede generar dificultades en el aprendizaje. En lo que refiere a la alteración de la consciencia para manejar se presentaron resultados similares en ambos grupos; el acuerdo fue de un poco más del 80,0%.

Los adolescentes de CABA que percibieron que la marihuana causa más daño en los pulmones que el cigarrillo fue del 17,3%, mientras que, en el caso del grupo de GBA fue del 19,5%. Sin embargo, menos de la mitad de los adolescentes de CABA y GBA afirman que es más saludable consumir marihuana que cigarrillo.

En el caso de la infertilidad masculina el 22,5% de los adolescentes residentes en CABA estuvieron de acuerdo con dicha posibilidad y el 16,7% de los adolescentes residentes en GBA.

Figura 11. Riesgos percibidos según residencia del encuestado en porcentaje.



Finalmente, al aplicar la Prueba T entre la variable “factor de riesgo” y las presentes categorías de residencia, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($t=-1,24$, $p=0,154$ a un nivel de significación de 0,05), siendo $M=6,41$ ($DE=2,25$) en CABA y $M=6,69$ ($DE=2,08$) en GBA (Tabla 4).

Tabla 4. Tabla de contingencia entre “factores de riesgo” y CABA-GBA en porcentaje.

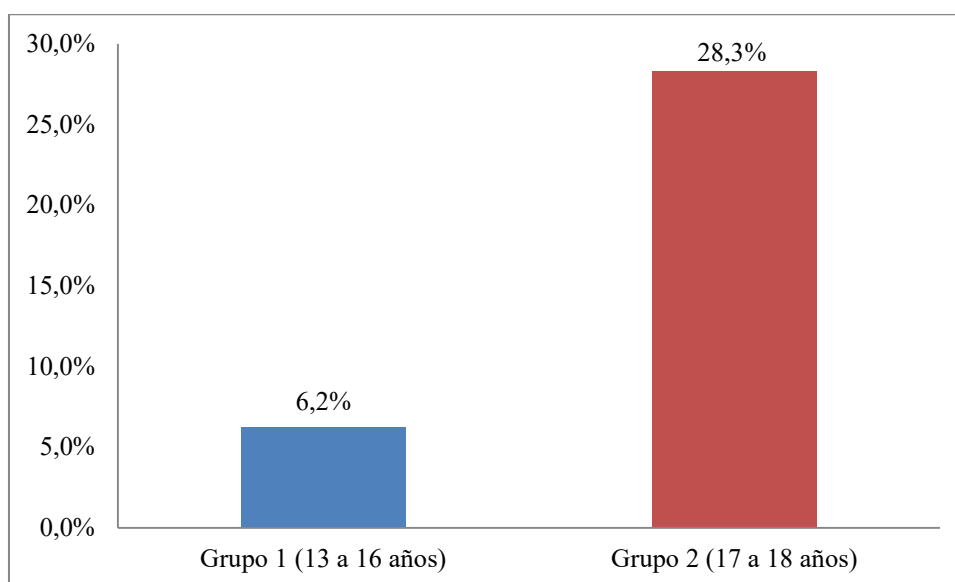
		CABA	GBA
Factores de riesgo	Bajo	20,9%	19,3%
	Medio	40,0%	42,2%
	Alta	39,1%	38,6%
Total		100,0%	100,0%

4.6 Factores de riesgo percibidos y consumo de marihuana según grupos de edad

Para el análisis de los resultados del presente punto se dividió las edades de los adolescentes en dos grupos; el primero compuesto por aquellos que tenían entre 13 y 16 años, mientras que el segundo estaría formado por aquellos que tengan entre 17 y 18 años.

En lo que hace al consumo de marihuana, se encontró que el 6,2% de los adolescentes de menor edad la consumieron alguna vez, en cambio en el caso de aquellos de mayor de edad el resultado del consumo fue de 28,3% (Figura 12).

Figura 12. Consumo de marihuana según grupos de edades en porcentaje.



En cuanto a la percepción de riesgo, como se puede apreciar en la Figura 13, el 12,7% de los adolescentes entre 13 y 16 años y el 8,5% perteneciente a aquellos de entre 17 y 18 años consideran que la marihuana es beneficiosa sin importar como se presente. El 64,8% del grupo de menor edad considera que la marihuana es perjudicial para la salud, en cambio, en el grupo de mayor edad el porcentaje fue de 35,2%. En relación a la adicción el acuerdo fue del 33,1% en el grupo etario anteriormente mencionado, mientras que en el de los de menor edad fue del 66,9%.

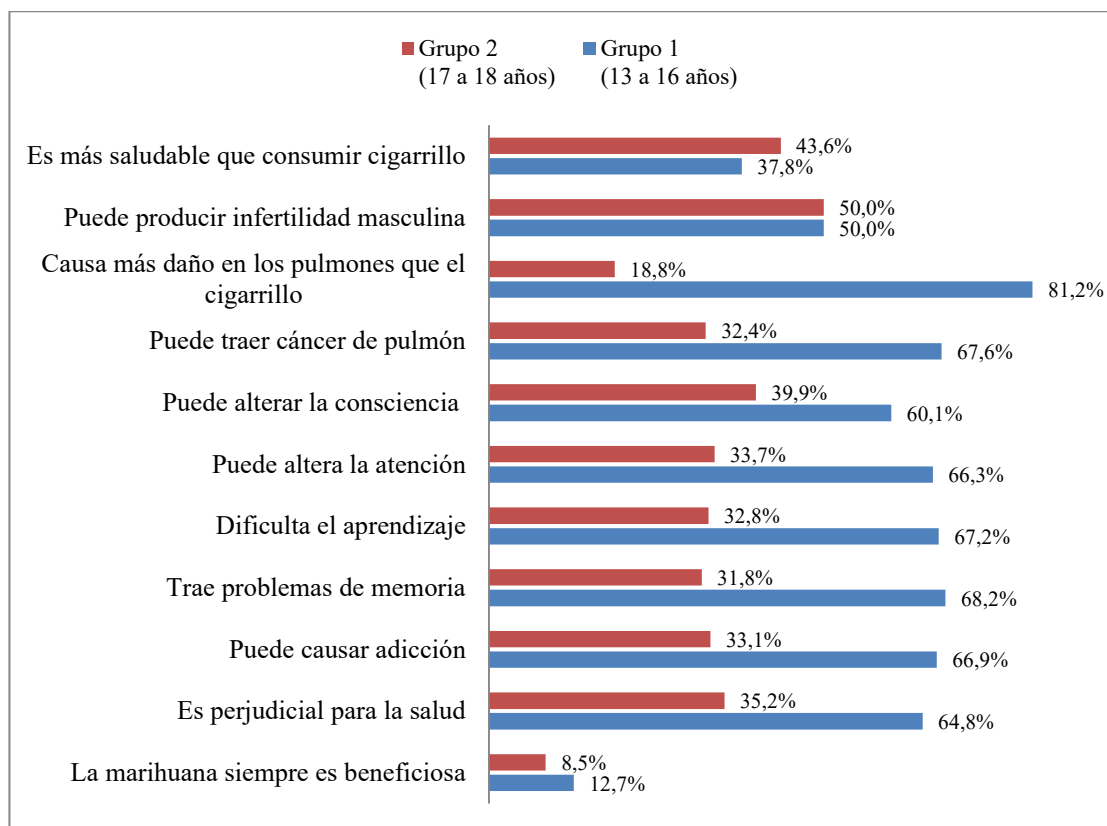
Relacionado a las funciones psíquicas podemos encontrar la posibilidad de alteración en: la memoria, la atención, el aprendizaje y la consciencia. En cuanto a la

primera, el 68,2% de los de menor edad y el 31,8% de los de mayor edad afirman la posibilidad de su alteración. En el caso de las dificultades de la atención, el 66,3% de los adolescentes entre 13 y 16 años y el 33,7% de aquellos entre 17 y 18 años estuvieron de acuerdo; mientras que, más de la mitad del grupo más juvenil y el 32,8% del grupo de mayor edad están de acuerdo con que el consumo pueda derivar en dificultades para el aprendizaje. En cuanto a la alteración de la consciencia para manejar, se encontró que el 39,9% del grupo anteriormente mencionado y el 60,1% de aquellos que tienen mayor edad tiene en cuenta dicha posibilidad.

De modo diferente, el 67,6% de los adolescentes de menor edad y el 32,4% de aquellos de mayor edad consideran que la marihuana puede traer cáncer de pulmón. En este sentido, se encontró que el 81,2% de aquellos que tienen entre 13 y 16 años y el 18,8% de los de los adolescentes de 17 a 18 años consideran que causa más daño en los pulmones que el cigarrillo. Por otra parte, menos de la mitad de ambos grupos afirman que es más saludable consumir marihuana que cigarrillo.

En lo que hace a la posibilidad de infertilidad masculina la mitad de ambos grupos considera posible dicha incapacidad.

Figura 13. Riesgos percibidos por consumo de marihuana según grupos de edad en porcentaje.



Al aplicar la Prueba T para ver las diferencias de media según los grupos de edades en cuanto a la variable “factor de riesgo”, se encontró una media de 6,72 (DE:2,11) en el grupo de adolescentes de menor edad y 6,18 (DE: 2,24) en el caso del grupo de mayor edad (Figura 14 y Tabla 5). Por lo tanto, se evidenció que existen diferencias en cuanto a los grupos de edad pero las mismas no fueron estadísticamente significativas ($t=2,346$, $p=0,294$ a un nivel de significación de 0,05).

Figura 14. Medias y desvío estándar de riesgos percibidos según grupos de edades.

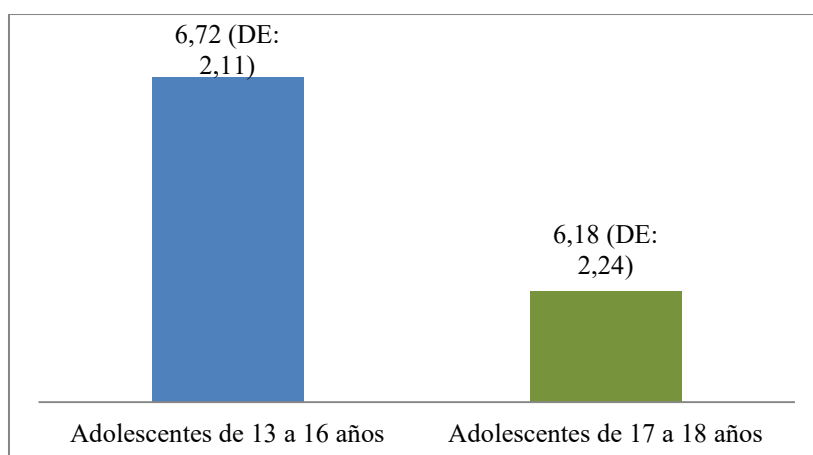


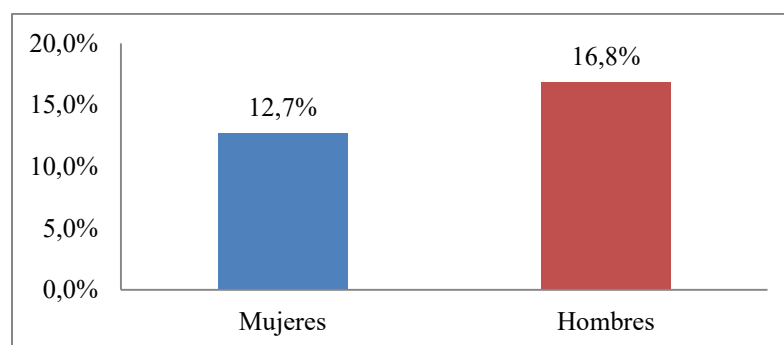
Tabla 5. Tabla de contingencia entre “factores de riesgo” y grupos de edad en porcentaje.

		Adolescentes de 13 a 16 años	Adolescentes de 17 a 18 años
Factores de riesgo	Bajo	17,5%	25,5%
	Medio	41,5%	41,1%
	Alta	41,1%	33,3%
Total		100,0%	100,0%

4.7 Factores de riesgo percibidos y consumo de marihuana según el sexo de los encuestados

Se encontró que el 12,7% de las mujeres y el 16,8% de los hombres consumieron alguna vez marihuana (Figura 15).

Figura 15. Consumo de marihuana según sexo del encuestado en porcentaje.



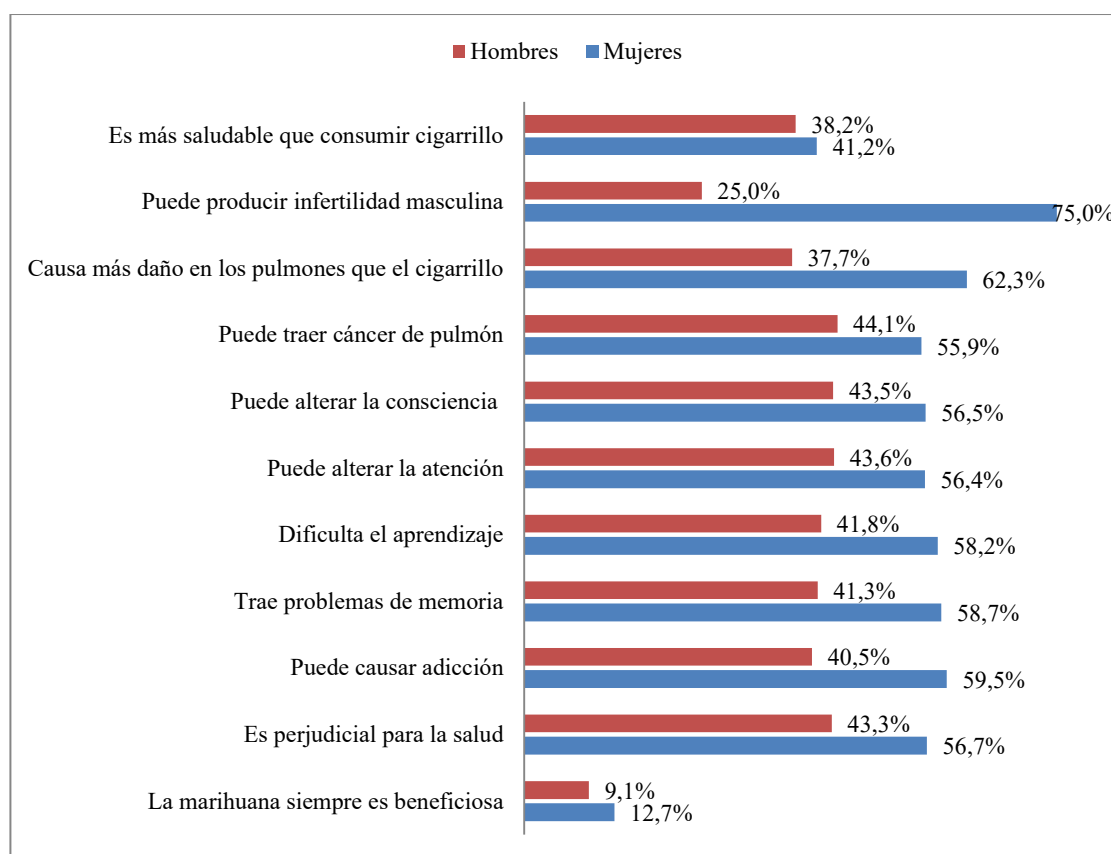
En cuanto a la percepción de riesgo (Figura 16), el 12,7% de las mujeres y el 9,1% de los hombres adolescentes conciben que la marihuana sea beneficiosa sin importar como se presente. En cuanto a que dicha sustancia puede perjudicar la salud estuvieron de acuerdo el 56,7% de las mujeres y el 43,4% de los hombres; asimismo, el 59,5% de las mujeres y el 40,5% de los hombres perciben que el consumo de marihuana podría llevar a la adicción.

En lo que hace a las funciones psíquicas, se observó que el 58,7% de las mujeres y el 41,1% de los hombres afirman que el consumo podría conllevar a problemas de memoria; además, el 56,4% de las mujeres y el 43,6% de los hombres están de acuerdo con que también podría producir alteraciones en la atención. El 58,2% de las mujeres y el 41,8% de los hombres afirman que una de las posibles consecuencias tendría que ver con la dificultad en el aprendizaje. En lo que hace a la alteración de la consciencia a la hora de manejar, el 56,5% de las mujeres y el 43,5% de los hombres están de acuerdo con que el consumo puede causar la mencionada alteración.

Por otra parte, menos de la mitad de ambos grupos considera que la marihuana es más saludable que consumir cigarrillo. Sin embargo, el 62,3% de las mujeres y el 37,7% de los hombres concluyen que consumir marihuana causa más daño en los pulmones que el cigarrillo. Asimismo, el 55,9% de las mujeres y el 44,1% de los hombres afirman que el consumo de la presente sustancia podría traer cáncer de pulmón.

El 55,9% de las mujeres y el 44,1% de los hombres mostraron estar de acuerdo con que la marihuana puede traer infertilidad masculina.

Figura 16. Riesgos percibidos por consumo de marihuana según sexo en porcentaje.



Finalmente, al aplicar la prueba T para comparar las medias de ambos sexos en cuanto a la variable “factor de riesgo”, se encontró que no había diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($t=0,127$, $p=,993$ a un nivel de significación de 0,05). Se obtuvo una $M=6,53$ ($DE=2,18$) en mujeres y $M=6,50$ ($DE=2,16$) en hombres, pudiéndose observar la ausencia de diferencias en la Tabla 7.

Tabla 7. Tabla de contingencia entre “factores de riesgo” y sexo en porcentaje

		Mujer	Varón
Factores de riesgo	Bajo	19,8%	21,2%
	Medio	43,2%	38,8%
	Alta	36,9%	40,0%
Total		100,0%	100,0%

5 CONCLUSIONES

5.1 Discusión

En primera instancia, en referencia a los resultados arrojados de los lugares donde se suele consumir marihuana fueron coincidentes con lo hallado en investigaciones de SEDRONAR (2016). Ambos pusieron de manifiesto que el consumo se suele dar en los boliches, en casas de amigos/as o en lugares públicos tales como una plaza o calle.

Al comparar consumidores y no consumidores, se encontró que los primeros perciben menos riesgos por consumo de marihuana. En este sentido, esto podría tener que ver con lo expresado por Gómez López & Marchioni (2017) acerca de que existe un discurso a nivel social, acompañado de campañas publicitarias y medios de comunicación, que minimizan los efectos que el consumo de la presente sustancia produce; facilitando también la creencia de que consumir marihuana es más beneficioso que consumir tabaco. Con respecto a esta última idea, como refieren Aguilar, del Carmen y Ugarte Narváez (2015), a causa de la falta de filtro y por la cantidad de carcinógenos que posee la marihuana (más de 70 toxinas que el tabaco), esta sería más peligrosa. Lo anteriormente mencionado implicaría que sería necesario, a nivel de políticas públicas, comenzar a dar a conocer que existen investigaciones que muestran cómo el consumo de marihuana podría causar efectos nocivos en la salud, siendo incluso más tóxica que el tabaco. Esto es relevante debido a que un mayor acceso a información fiable para los adolescentes impactará en sus creencias sobre los efectos del consumo, pudiendo modificar su balance subjetivo frente al mismo.

Por otra parte, también cobra importancia que las políticas públicas de información sean otorgadas en edades tempranas y no esperar hasta el final de la adolescencia ya que, como refiere Becoña Iglesias (2000); cuanto más temprano se comience a consumir, más probabilidad se tendrá de volverse adicto a la sustancia o de comenzar a consumir otras drogas más pesadas, por lo tanto más perjudicial será para la salud. Siguiendo en esta línea, existe un estudio en donde se evidenció que aquellos que comienzan a consumir marihuana a partir de los 15 años, tienen una probabilidad mayor de poder desarrollar un trastorno de abuso de la sustancia a los 28

años. Además, el temprano uso del cannabis también estaría asociado a la delincuencia y relaciones con pares que tendrían comportamientos desviados (Rioux et al, 2018).

Por otra parte, otra de las dimensiones que colaboraría con la reducción de riesgos percibidos por consumo de marihuana tiene que ver con la representación social de que, como la marihuana proviene de una planta, ésta es una sustancia natural y no tendría efectos tan nocivos como otras drogas (Gómez López & Marchioni, 2017). La mencionada *naturalidad* podría estar relacionada con lo encontrado por las investigaciones de SEDRONAR (2016), donde refiere que el consumo se puede observar fácilmente en lugares públicos, es decir que como se tiende a disminuir las consecuencias que produce esta droga y por la creencia de su naturalidad, no hay ocultamiento cuando se la consume.

Sin embargo, los adolescentes parecerían tener conocimiento de algunos de los riesgos que produce la sustancia pero los desestiman por una multiplicidad de factores: porque sus pares lo hacen, porque tienen la creencia de que a ellos nunca les sucedería alguna de las consecuencias mencionadas a causa del consumo, porque ponen énfasis en los aspectos positivos que llevan al consumo (por ejemplo, siendo un facilitador para la socialización) o porque están desinformados (SEDRONAR, 2016; Rodríguez Carranza, 2012; Gantiva, Trujillo, Gómez & Martínez, 2017; Pedrosa, 2009).

En lo que hace a las diferencias por sexo, se encontró que los hombres consumen más que las mujeres, lo cual estaría relacionado con los resultados que presenta SEDRONAR (2017). De modo diferente, en cuanto a la residencia, aquellos pertenecientes a CABA consumen más que los de GBA. Este último aspecto podría tener que ver con la facilidad de acceso a la compra de marihuana y con la visibilidad de dicha sustancia a pesar de su ilegalidad.

En cuanto a las diferencias por edades, se halló que a más edad se consume más marihuana, al igual que lo que revelan investigaciones previas (SEDRONAR, 2017), lo cual podría tener que ver con que a más edad se empiezan a experimentar otros contextos para compartir con los pares ya sea boliches o salidas nocturnas;

dichos lugares serían de fácil acceso para conseguir la mencionada droga. A su vez, empieza a cobrar más importancia obtener la aceptación de su grupo de pares o la tensión producida por la presión del grupo, lo que podría influir a que el adolescente consuma, sin medir lo peligroso de dichas conductas (González Calleja, García Señorán & González González, 1996).

En lo que hace a las creencias y actitudes encontradas a favor del consumo, los adolescentes destacaron que la marihuana ayuda a tratar enfermedades y tiene efectos curativos en las mismas. Siguiendo lo encontrado en la literatura, si bien es cierto que el aceite de cannabis podría ayudar a tratar algunas enfermedades, todavía no hay investigaciones fiables de que funcione en todas las personas por igual. Todavía no están claras sus interacciones con otros fármacos, dosis, efectos adversos, en las investigaciones se encuentran resultados contradictorios y están limitadas por el tamaño de la muestra (Lorenzo & Leza, 2000; Avello, Pastene, Fernández & Córdova, 2017; Mena & Soon-yi, 2018).

Se pudo observar que también existe una creencia donde mencionan que el cannabis tendría efecto curativo; esto podría explicarse por lo mencionado al comienzo de la presente sección, donde habría una creencia incorrecta a nivel social sobre el consumo de marihuana y sus efectos. Al mismo tiempo creer que marihuana puede curar enfermedades posibilita a que la percepción de riesgo disminuya, ya que no se consideraría peligrosa una sustancia que podría llegar a curar enfermedades (Zavaleta Martínez Vargas, Salas Arruz & Rojas Valero, 2016). Por lo tanto, en relación a este aspecto y a que se puede tratar enfermedades con la marihuana, es importante que se trabaje a nivel de la psicoeducación con esta población, que tengan datos certeros de la ciencia y que no se dejen llevar por el discurso social.

Por otra parte, los adolescentes también hicieron referencia a que el consumo de marihuana divierte, relaja y te aleja de la realidad; algunos de estos aspectos coinciden con lo encontrado en otras investigaciones sobre la sustancia (Rodríguez Carranza, 2012; SEDRONAR, 2017). Los mismos tendrían que ver con la etapa vital que presenta la población de la muestra; la sustancia justamente divierte y relaja facilitando los vínculos y la aceptación del grupo de pares. Además, también parecería que el consumo de marihuana los aleja de sus problemas

familiares, personales o sociales, buscando no pensar en estos últimos, presentándose la marihuana como su “refugio”.

En cuanto a las actitudes en contra del consumo, se presentaron principalmente: posibilidad adicción, que es perjudicial para la salud y que produce alteraciones a nivel neuronal y de las funciones cognitivas. Además de las mencionadas creencias hay dos aspectos que son interesantes destacar: en primer lugar, hay adolescentes que refieren que está mal consumir o que lo mejor sería no consumir nunca y, en segundo lugar, que te puede arruinar la vida. Es interesante observar la posible contradicción existente entre la presentación implícita del estigma social negativo del consumo de marihuana y la visión social de la misma, donde el conjunto social la considera como una sustancia natural. Por último, también se hace visible la posibilidad de que a partir del consumo de marihuana se pasen a consumir otro tipo de drogas ilegales.

5.2 Conclusiones

Se llegó a las siguientes conclusiones:

- Se encontró que los principales factores de riesgo percibidos por consumo de marihuana fueron: los adolescentes consideran que la marihuana no es siempre beneficiosa, puede llevar a la adicción, perjudica la salud, altera la atención y la consciencia para manejar.
- Se confirma la primera hipótesis ya que se encontró una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a los riesgos percibidos entre los no consumidores y los consumidores, siendo que los últimos tienen menos percepción de riesgo. En este sentido, se obtuvo que los consumidores perciben menos riesgo en cuanto a la posibilidad de adicción, alteración de la atención, dificultad del aprendizaje, problemas de memoria y de salud.
- Los adolescentes consumidores consideran que la marihuana es menos perjudicial que el tabaco. Esto se pudo evidenciar ya que un 38% de los mismos considera que consumir marihuana es más saludable que consumir tabaco y sólo un 6% considera que consumir marihuana causa más daño en los pulmones que el tabaco.
- Entre las creencias a favor del consumo más significativas se encontró que

la marihuana ayuda a tratar y curar enfermedades, lo que todavía no estaría comprobado y se relacionaría con una creencia errónea de la sustancia. Por otra parte, también se mencionó que divierte, relaja, te aleja de la realidad, que su efecto *está bueno* y que si se consume con poca frecuencia no tendría efectos adversos.

- Entre las creencias más significativas en contra del consumo nombraron la posibilidad de adicción, que es perjudicial para la salud, que produce una alteración neuronal y de las funciones psíquicas, que estaría mal consumir y la posibilidad de terminar en drogas más pesadas.

- Los adolescentes que residen en CABA consumieron más marihuana alguna vez en su vida que los que residen en GBA. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a percepción de riesgos entre ambos grupos.

- En cuanto a las diferencias por sexo, los hombres probaron más marihuana que las mujeres. En lo que hace a la percepción de riesgos entre ambos grupos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. De esta manera queda rechazada la hipótesis 2.

- Se encontró que los adolescentes de más edad (entre 17 y 18 años) consumen más que los de menos edad (entre 13 y 16), confirmando la hipótesis 3.

- Finalmente, en lo que hace a la percepción de riesgo, se rechaza la hipótesis 4, siendo que se encontraron diferencias pero las mismas no fueron estadísticamente significativas.

5.3 Recomendaciones

Es relevante que las investigaciones sobre el consumo de marihuana y sus consecuencias sigan en proceso para poder justificar y actualizar lo que ya se investigó sobre este tema. A su vez, la relevancia radica en el sesgo que presentan muchas de las investigaciones por la presencia de policonsumo. En este sentido, es necesario que las mismas permitan poder ampliar teóricamente los déficits que puede conllevar el consumo de marihuana y, además, establecer cómo interactúa con otras sustancias (legales o ilegales). A partir de lo mencionado, poder determinar cuáles métodos de prevención, a nivel de psicoeducación, estarían siendo adecuados con la información que les es brindada a los adolescentes y, por otro lado, identificar aquellos que actualmente no estarían siendo eficaces. Asimismo, sería recomendable

establecer si luego de la adolescencia siguen consumiendo con la misma frecuencia y cuántos de ellos llegan a la dependencia por consumo de marihuana.

Por otra parte, hay dos aspectos que deberían tenerse en cuenta para futuras investigaciones, en primer lugar, relacionado con la actividad física; sería interesante determinar la probable disminución (o no) de consumo de sustancias si las instituciones educativas pusieran más énfasis y estimulación en la realización de deportes dentro de las escuelas. Lo anterior, se podría justificar a partir de lo encontrado en la investigación de González Henríquez & Berger Vila (2002), si bien en la misma tratan la sustancia del tabaco, hacen referencia a que unos de los factores protectores ante el consumo de la presente sustancia es la realización de ejercicio físico, por lo tanto podrían realizarse comparaciones con respecto al consumo de marihuana a partir de este aspecto. En segundo lugar, lo relacionado a la dimensión familiar, algunos de ellos mencionados por Jiménez (2009): los déficits en la comunicación, el apego inseguro, las relaciones negativas entre padres y adolescentes y que alguno de los miembros de la familia sea consumidor como causantes del inicio de consumo de marihuana.

En cuanto a una de las limitaciones metodológicas que tiene la investigación, se puede mencionar que muchos de los adolescentes pueden no haber respondido con total sinceridad o distorsionar la información de lo que realmente piensan o conocen sobre el consumo de marihuana. Además, pueden haber mencionado que no consumían debido a la deseabilidad social o al estigma negativa al cual está asociado el consumo de sustancias ilegales.

De forma diferente, sería relevante que se realicen investigaciones con una muestra mayor de aquellos que han consumido alguna vez marihuana, debido a que en el presente estudio los consumidores fueron sólo el 14,5%. En este sentido, aumentar la cantidad de población consumidora podría dar una perspectiva más amplia, certera y fiable sobre la percepción de riesgo en adolescentes consumidores.

También cabe considerar un análisis sobre las diferencias en el consumo en otras etapas de la vida tales como la juventud y la adultez, y determinar si existen diferencias tanto en el consumo como en la percepción de riesgo de marihuana de

dichas etapas. Esto sería interesante para observar si el discurso social que intenta minimizar las consecuencias que trae el consumo es aceptado no sólo por los adolescentes, sino que también por los adultos.

Por último; actualmente también se podría plantear si existen diferencias en lo que hace a las instituciones públicas y privadas, en este sentido se deberían indagar las discrepancias en consumo de marihuana y percepción de riesgo de dicha sustancia según el tipo de institución a la que asisten. Lo mencionado anteriormente, podría dar cuenta sobre qué tipo de institución estaría fallando más la prevención y, por lo tanto, el planteo modificaciones.

6 REFERENCIAS

- Aguilar, A., del Carmen, A., & Ugarte Narváez, E. C. (2015). *Causas y consecuencias del consumo de alcohol y marihuana como problemática social en la juventud, en edades comprendidas entre 18 y 25 años del barrio San José de Jinotepe en un periodo de agosto a diciembre del 2015*. Disertación doctoral, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Managua, Nicaragua.
- Alejandro, M. H., (2011). Consumo de alcohol y drogas en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 98-109.
- Avello, M., Pastene, E., Fernández, P., & Córdova, P., (2017). Potencial uso terapéutico de cannabis. *Revista médica de Chile*, 145(3), 360-367.
- Becoña Iglesias, E., (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del psicólogo*, (77).
- Berkinschtein, P., et al (2017). *Un libro sobre drogas*. Argentina, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: El gato y la caja/ The negra.
- Callado, L. F., & de Salud Mental, R. (2012). Cuestiones de interés en torno a los usos terapéuticos del cannabis. *Cannabis: usos, seguridad jurídica y políticas*, 75-86. Recuperado el 3 de mayo del 2017 de http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_2771_3.pdf
- Gantiva, C., Trujillo, A., Gómez, W., & Martínez, A. (2007). Actitudes hacia el consumo de cocaína y marihuana en estudiantes universitarios. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 1(2), 61-84.
- García del Castillo, J.J. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Salud y Drogas*, 12(2), 131-155.
- Gómez López, L. & Marchioni, F. (2017). *Drogas: adolescentes en peligro y padres desorientados* (1a.ed.). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- González Calleja, F., García Señorán, M., & González González, S. G., (1996). Consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 8(2), 257-267.
- González Henríquez, L., & Berger Vila, K. (2002). Consumo de tabaco en adolescentes: factores de riesgo y factores protectores. *Ciencia y enfermería*, 8(2), 27-35.
- Jiménez, M. D. L. V. M., (2009). Influencia familiar sobre las actitudes ante el consumo de drogas en adolescentes españoles. *Summa Psicológica UST*, 6(2), 155-176.

- Kairuz Bernate, M. J. F. (2017). *Revisión sistemática de estudios clínicos sobre el consumo de cannabis con fines terapéuticos entre los años 2005-2015*. Disertación doctoral no publicada, Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Laespada, M. T., Castillo, I. I., & Santamaría, E. A. (2004). *Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV. IDD*. Disertación doctoral no publicada, Universidad de Deusto, Bilbao, España.
- Lerner, G., Aiscar S., García M. G., Cuasnicu, A., Morales, M., Cadenas, N., Nadra, G., Dias, J. M. & Ribeiro M. L (2014). *Sexto estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enseñanza media 2014*. SEDRONAR. Recuperado el 3 de Mayo de 2017 de <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/VIZEstudioZNacionalZaZEstudiantesZdeZNivelZMedioZCENTROZ-ZAoZ2014.pdf>
- Lorenzo, P., & Leza, J. C. (2000). Utilidad terapéutica de cannabis y derivados. *Adicciones*, 12(5), 149-168.
- Mena, C., & Soon-yi, K. (2018). *Efectos del cannabis en personas con Esclerosis Múltiple*. Disertación doctoral no publicada, Universidad de las Islas Baleares, Islas Baleares, España.
- Molina, M. M., (2008). El cannabis en la historia: pasado y presente. *Cultura y droga*, 13(15), 107.
- Moral, M. D. L. V., Rodríguez, F. J., & Ovejero, A., (2010). Correlatos psicosociales del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes españoles. *Salud pública de México*, 52 (1), 406-415.
- Observatorio Argentino de Drogas (OAD), (2016). *Análisis del consumo de marihuana en población escolar. 6ta encuesta nacional a estudiantes de enseñanza media*. Buenos Aires: SEDRONAR.
- Organización Mundial de la Salud, (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Recuperado el 26 de Abril de 2018 de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44000/9241544686_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pedrosa, E. P. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Pulso: revista de educación*, (32), 147-173.
- Pérez, G. C., Velásquez, E., & Pelaéz, A. O. (2016). Aportes al debate de legalización del uso medicinal de la marihuana en Colombia. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 35(1), 16-26.

- Quiroga, M., (2000). Cannabis: efectos nocivos sobre la salud física. *Adicciones*, 12(5), 117-133.
- Rioux, C., Castellanos-Ryan, N., Parent, S., Vitaro, F., Tremblay, R. E., & Séguin, J. R. (2018). Comienzo de edad de uso de Cannabis y síntomas de abuso de drogas en adultos: Un estudio prospectivo de factores de riesgo comunes y efectos indirectos. *Revista Canadiense de Psiquiatría*, 63(7), 457-464.
- Rodríguez Carranza, R., (2012). Los productos de Cannabis sativa: situación actual y perspectivas en medicina. *Salud mental*, 35 (3), 247-256.
- Roncoroni, A. J., (2003). Uso médico de la marihuana y cannabinoides sintéticos. *Medicina* (Buenos Aires), 63(6), 748-752.
- Salgado Carreño, A. Y., Martínez Sierra, S. L., & Tami Vargas, V. (2017). *Revisión sistemática de los procesos neuropsicológicos afectados en adolescentes y adultos consumidores de marihuana*. Tesis de maestría no publicada, Universidad Cooperativa de Colombia. Bucaramanga, Colombia.
- Secretaria de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), (2016). *Imaginarios y discursos sociales en torno a las razones de consumo/no consumo de MARIHUANA en jóvenes escolarizados no consumidores residentes de AMBA*. Recuperado el 24 de Mayo de 2018 de <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/imaginariosZcorreccionZ28Zdiciembre.pdf>
- Secretaria de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), (2017). *Análisis de los contextos individuales y socio-familiares en jóvenes escolarizados y su relación con el consumo de alcohol y marihuana*. Recuperado el 24 de Mayo de 2018 de <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/AnlisisZdeZlosZcontextos.pdf>
- Secretaria de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), (2016). *Análisis de consumo de marihuana en población escolar*. Recuperado el 11 de Agosto de 2018 de http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/AnlisisZdelZConsumoZdeZMarihuanaZenZPoblacinZEscolar.Z2016_1.pdf
- Sierra, D. R., Pérez, M., Pérez, A., & Núñez, M. (2005). Representaciones sociales en jóvenes consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas. *Adicciones*, 17(4), 349-360.

- Torres, G., & Fiestas, F. (2012). Efectos de la marihuana en la cognición: una revisión desde la perspectiva neurobiológica. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(1), 127-134.
- Volkow, N. D., (2005). Abuso de la marihuana. *Serie de Reportes de Investigación: Instituto Nacional Sobre el Abuso de Drogas*. Recuperado de:
<http://www.descentralizadrogas.gov.co/wp-content/uploads/2015/02/Serie-Reportes-Investigacion-Abuso-de-la-marihuana-NIDA.pdf>
- Volkow, N. D., (2015). Marihuana. *Serie de Reportes de Investigación: Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, Institutos Nacionales de la Salud: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos*. Recuperado de:
https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/mj_rr_sp_9_2015.pdf

7 ANEXO

Cuestionario de Consumo de marihuana

Sexo:

Edad:

Residencia: CABA-GBA

A. Responde las siguientes preguntas:

1. ¿Alguna vez probaste alguna sustancia/droga? ¿Cuál/es?
.....
2. ¿Alguna vez probaste marihuana? Si – No (Si la respuesta es **negativa** pasar a pregunta 8)

Si la respuesta es **afirmativa**:

3. ¿A qué edad fue la primera vez que consumiste?
4. ¿Actualmente consumís marihuana? Si- No
5. ¿Cuántas veces al día consumís marihuana? Describir
.....
.....
6. ¿Habitualmente consumís sólo o acompañado?
.....
.....
7. ¿En dónde consumís habitualmente?
.....
.....
8. Si querés consumir ¿Sabes dónde podés conseguirla?
.....
.....

B. A continuación se te darán una serie de frases en las cuales tendrás que marcar a lo largo de un continuo que tan de acuerdo o en desacuerdo estás, siendo “Totalmente de acuerdo” lo máximo y “Totalmente en desacuerdo” lo mínimo.

Consumir marihuana...	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
9. Es perjudicial para la salud.					
10. Puede causar adicción.					
11. Trae problemas de memoria.					
12. Dificulta el aprendizaje.					
13. Puede alterar la atención.					
14. Puede producir infertilidad masculina.					
15. Puede traer cáncer de pulmón.					
16. Causa más daño en los pulmones que el cigarrillo.					
17. Es más saludable que consumir cigarrillo.					
18. Puede alterar la conciencia para manejar.					
19. No importa cómo se presente, la marihuana siempre es beneficiosa.					
20. El aceite de marihuana tiene efecto curativo en algunas enfermedades.					

21. ¿Alguien te habló a favor del consumo de marihuana? ¿Qué te dijeron?

.....

.....

.....

.....

22. ¿Alguien te habló en contra del consumo de marihuana? ¿Qué te dijeron?

.....

.....

.....

.....