

Universidad de Palermo

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Licenciatura en Psicología

“Problemas derivados del consumo de cannabis y alcohol:

diferencias según sexo, edad y nivel de escolaridad

en población adulta de bajo riesgo”

Alumna: Gagliardi, Micaela Sol

Tutor: Dr. Pablo Gómez

29 de octubre de 2020

## Índice

1. Introducción	4
2. Objetivos	5
2.1. Objetivo general	5
2.2. Objetivos específicos	5
3. Hipótesis	5
4. Marco teórico	6
4.1. Consumo de sustancias	6
4.1.1. Sustancias psicoactivas	6
4.1.2. Consumo de sustancias: breve recorrido histórico	7
4.1.3. Consumo de sustancias problemático y no problemático	8
4.2. Consumo de cannabis	11
4.2.1. Breve recorrido histórico del cannabis	11
4.2.2. Definición y efectos agudos y crónicos del cannabis	12
4.2.3. Trastornos relacionados con el cannabis	14
4.2.4. Consumo de cannabis y diferencias según género, edad y nivel educativo	16
4.3. Consumo de alcohol	18
4.3.1. Breve recorrido histórico del alcohol	18
4.3.2. Definición y efectos agudos y crónicos del alcohol	19
4.3.3. Trastorno por consumo de alcohol	21
4.3.4. Consumo de alcohol y diferencias según género, edad y nivel educativo	23
5. Metodología	25
5.1. Tipo de estudio	25
5.2. Participantes	25
5.3. Instrumentos	25
5.3.1. MSI-X (The Marijuana Screening Inventory)	25
5.3.2. AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)	26
5.4. Procedimiento	26
5.5. Análisis de datos propuestos	27

6. Desarrollo	28
6.1. Diferencias en los problemas derivados del cannabis según género	28
6.2. Asociación entre los problemas derivados del consumo de cannabis y la edad	28
6.3. Diferencias en los problemas derivados del consumo de cannabis según el nivel educativo	28
6.4. Diferencias en los problemas derivados del consumo de alcohol según género	29
6.5. Asociación entre los problemas derivados del consumo de alcohol y la edad	29
6.6. Diferencias en los problemas derivados del consumo de alcohol según el nivel educativo	29
7. Conclusiones	30
7.1. Breve síntesis del desarrollo	30
7.2. Limitaciones	32
7.3. Perspectiva crítica y aporte personal	32
7.4. Nuevas líneas de investigación	33
8. Referencias	36

## 1. Introducción

La práctica en la cual se basó este trabajo fue una investigación que se realizó junto con el profesor Pablo Gómez. El objetivo principal del proyecto fue examinar los efectos neuropsicológicos del uso de sustancias. Para ello, se hizo hincapié en las funciones ejecutivas y en el consumo de sustancias, en especial en el consumo de cannabis y de alcohol. Debido al aislamiento social y a los posibles efectos negativos del mismo, se agregaron otros estudios relacionados a la depresión, a la ansiedad y a la calidad del sueño.

Las tareas que se realizaron tuvieron como finalidad poder llevar a cabo de manera exitosa la investigación. A causa del aislamiento obligatorio, las tareas se realizaron desde el hogar y de manera online. La primera tarea que se ejecutó fue el reclutamiento de participantes, los cuales colaboraron de manera voluntaria y anónima. Debían ser sujetos de entre 18 y 44 años de edad, residentes del Área Metropolitana de Buenos Aires. Su tarea consistió en responder una batería de test a través de Google Forms: el link de acceso se envió, según el caso, vía mail o WhatsApp. Cuando todos los sujetos completaron sus baterías, el coordinador se encargó de enviar una base de datos con todos los resultados obtenidos. A partir de esto, se observaron los datos, se analizaron correlaciones, y se extrajeron objetivos para realizar el trabajo. A su vez, una labor esencial fue la revisión literaria de los temas vinculados a la investigación. Para esto, fue necesaria una exhaustiva recolección de artículos académicos, revistas científicas y/o libros con información certera acerca de las temáticas estudiadas.

Por otra parte, los temas escogidos para el trabajo fueron los problemas derivados del consumo de cannabis y de alcohol y las diferencias según sexo, edad y nivel de escolaridad. Se trabajó con población adulta de bajo riesgo, debido a que se escogieron sujetos con consumo no problemático. Se eligió dicha temática porque se consideró un tema vigente y de gran interés, no sólo para la comunidad científica, sino también para la comunidad en general. Se intentó aportar información acerca del consumo de cannabis y de alcohol, y de las problemáticas que surgen a partir del consumo. Asimismo, se buscó contribuir con información precisa acerca de las diferencias que surgieron a partir del género, la edad, y el nivel de escolaridad. De esta manera, se estimó que la información del trabajo podía ser útil tanto para los sujetos interesados en obtener datos acerca de las problemáticas de consumo, como para los profesionales de la salud que se dediquen a recopilar información valiosa para utilizar en la prevención y en el tratamiento del consumo de dichas sustancias.

## 2. Objetivos

### 2.1. Objetivo general

Determinar si existen diferencias en los problemas derivados del consumo de cannabis y alcohol según sexo, edad y nivel educativo en población adulta de bajo riesgo.

### 2.2. Objetivos específicos

**Objetivo específico 1.** Describir si existen diferencias en los problemas derivados del consumo de cannabis entre hombres y mujeres en población adulta de bajo riesgo.

**Objetivo específico 2.** Analizar si los problemas derivados del consumo de cannabis se encuentran asociados a la edad en población adulta de bajo riesgo.

**Objetivo específico 3.** Determinar si existen diferencias en los problemas derivados del consumo de cannabis según el nivel de escolaridad alcanzado en población adulta de bajo riesgo.

**Objetivo específico 4.** Describir si existen diferencias en los problemas derivados del consumo alcohol entre hombres y mujeres en población adulta de bajo riesgo.

**Objetivo específico 5.** Analizar si los problemas relacionados al consumo de alcohol se encuentran asociados a la edad en población adulta de bajo riesgo.

**Objetivo específico 6.** Determinar si existen diferencias en los problemas derivados del consumo de alcohol según el nivel de escolaridad alcanzado en población adulta de bajo riesgo.

## 3. Hipótesis

**Hipótesis 1.** No existen diferencias en los problemas derivados del consumo de cannabis entre hombres y mujeres en población adulta de bajo riesgo.

**Hipótesis 2.** Los problemas derivados del consumo de cannabis se encuentran asociados negativamente a la edad en población adulta de bajo riesgo.

**Hipótesis 3.** Los sujetos con un nivel académico secundario completo o incompleto desarrollan mayores problemáticas derivadas del consumo de cannabis que los sujetos con un nivel académico terciario o universitario completo o incompleto.

**Hipótesis 4.** No existen diferencias significativas en los problemas que surgen por el consumo de alcohol entre hombres y mujeres en población adulta de bajo riesgo.

**Hipótesis 5.** Los problemas relacionados al consumo de alcohol se encuentran asociados negativamente a la edad en población adulta de bajo riesgo.

**Hipótesis 6.** No existen diferencias significativas en los problemas derivados del consumo de alcohol según el nivel de escolaridad alcanzado en población adulta de bajo riesgo.

## **4. Marco teórico**

### **4.1. Consumo de sustancias**

#### **4.1.1. Sustancias psicoactivas**

El concepto de sustancias psicoactivas refiere al conjunto de sustancias que, al ingresar al organismo, producen efectos psicoactivos a nivel del sistema nervioso central (SNC). Hay que tener en cuenta que las sustancias psicoactivas pueden ser legales -como el alcohol o el tabaco- o ilegales -como el cannabis o la cocaína- (Sánchez Antelo, 2020). En Argentina, según el último estudio nacional realizado por la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas (SEDRONAR), las sustancias psicoactivas más consumidas son dos que se clasifican como legales: el alcohol con un 81% y el tabaco con un 51.3%. En el tercer puesto se ubica la marihuana con un 17.4%, seguida por los analgésicos opiáceos sin prescripción médica (6.3%) y por la cocaína (5.4%). Se afirma entonces que en Argentina la droga legal más utilizada es el alcohol, mientras que la droga ilícita más consumida es el cannabis (SEDRONAR, 2017).

Las sustancias psicoactivas se clasifican teniendo en cuenta el efecto que producen en el sistema nervioso central y en el nivel de la conciencia. Las sustancias estimulantes son aquellas que aceleran el funcionamiento del sistema nervioso central, elevan el estado de alerta, estimulan los procesos psíquicos, aumentan el rendimiento físico, disminuyen la fatiga y el apetito, y en dosis altas pueden desencadenar arritmias y elevación de la temperatura corporal (Morales- Méndez et al., 2019). Algunos ejemplos de estas sustancias son la cocaína, las amfetaminas, la nicotina y las xantinas (cafeína y teína). Por otro lado, las sustancias depresoras son aquellas que enlentecen el funcionamiento del sistema nervioso central, disminuyen la capacidad reflectiva, son calmantes del dolor, producen sueño, y en dosis elevadas pueden

conducir al coma y a la muerte. Dentro de este grupo se encuentran, por ejemplo, el alcohol, los ansiolíticos, los hipnóticos, y los opiáceos (morfina, metadona, heroína) (Frago & Sáez, 2007). Por último, las sustancias alucinógenas son aquellas que producen estados de alteración de la conciencia, provocando distorsiones en los sentidos y cambios en la percepción. En general, suelen producir alucinaciones que pueden resultar placenteras o displacenteras, dependiendo de la sustancia, la dosis, y el organismo. Entre estas sustancias se encuentran el LSD, el éxtasis o MDMA y el THC -presente en el cannabis y en el hachís- (López, 2017).

Si bien las sustancias anteriormente nombradas son diferentes en su composición y sus efectos, también poseen ciertas similitudes. Primero, todas disponen de propiedades de refuerzo, lo que significa que son capaces de producir deseos de consumir nuevamente para obtener efectos similares. Segundo, todas estas sustancias generan modificaciones en la liberación o la síntesis de los neurotransmisores. Por último, a pesar de estar involucrados diferentes mecanismos de acción, todas poseen algunos efectos comunes; entre ellos: la reexperimentación de la gratificación, la posibilidad de desarrollar adicción (sobre todo en sujetos vulnerables), y el surgimiento de estados emocionales negativos luego de su retiro (Damín, 2017).

#### **4.1.2. Consumo de sustancias: breve recorrido histórico**

El consumo de sustancias psicoactivas es una práctica humana ancestral. Tanto comunidades indígenas como comunidades antiguas provenientes de todo el mundo, han utilizado dichas sustancias no sólo como medicina tradicional sino también como un medio para transitar actividades espirituales (Calderón Romero & Cáliz Romero, 2015).

En la década de 1930, los científicos comenzaron a estudiar la conducta adictiva. Hasta ese momento, se pensaba que las personas con problemáticas de adicción no sólo carecían de fuerza de voluntad, sino que también tenían una moralidad insuficiente. Por consiguiente, la adicción se consideraba un problema moral y no de salud; y, en vez de desarrollar planes preventivos y terapéuticos, la sociedad optaba por el castigo y la discriminación. A partir de la década de 1990, grandes descubrimientos científicos han transformado la comprensión de las adicciones y del sujeto adicto. Se comenzó a estudiar la relación entre las drogas y las diversas zonas cerebrales, y, de esta manera, se encontró la causa física de la dependencia de las sustancias psicoactivas. Debido a estos descubrimientos, actualmente la adicción se considera

una patología, puesto que son capaces de producir modificaciones en la química, la estructura y el funcionamiento del cerebro (Guerrero Mothelet, 2013).

Siguiendo esta línea de pensamiento, en la actualidad coexisten diversas teorías neuropsicológicas que se dedican a investigar el inicio y el mantenimiento de las conductas adictivas. Todas tienen la idea común de que el consumo de sustancias psicoactivas produce modificaciones neuroanatómicas y neuropsicológicas que influyen en el funcionamiento diario y en la calidad de vida de los sujetos dependientes. Entre algunas de las funciones alteradas se encuentran la atención, la velocidad de procesamiento, la memoria, la ejecución de planes de acción, y las funciones ejecutivas (toma de decisiones, control inhibitorio, control impulsividad) (García Fernández, García Rodríguez, & Secades Villa, 2011).

El comportamiento adictivo puede entenderse como un acto que obedece a un impulso intenso e irreprímible por consumir, que se produce de manera constante o periódica (Lara & Takahashi, 2008). Hoy en día el término de adicción se utiliza, no sólo para los trastornos por abuso y dependencia de sustancias químicas, sino también para las adicciones comportamentales. Estas últimas se refieren a un conjunto de comportamientos patológicos disruptivos para el sujeto, como, por ejemplo, las ludopatías, las compras sin control, y el sexo compulsivo, entre otros (Bobes, Casas, & Gutiérrez, 2011).

#### **4.1.3. Consumo de sustancias problemático y no problemático**

Para realizar una distinción entre el consumo problemático y el consumo no problemático, primero es necesario diferenciar los conceptos uso, abuso y dependencia; entendiendo al primero de ellos como no patológico, y a los últimos dos como consumos problemáticos. El uso se refiere al consumo situacional, el cual tiene una temporalidad azarosa. Un claro ejemplo de uso es el consumo de alcohol en eventos sociales: gran cantidad de personas lo experimentan, y, sin embargo, en la mayoría de ellas no se evidencia un trastorno por consumo de sustancias. Por otro lado, el abuso se define como un consumo esporádico, con la presencia de episodios de intoxicación. Hay que tener en cuenta que, si bien aparece cierta frecuencia de uso, el sujeto puede realizar breves suspensiones de consumo. Por último, la dependencia se entiende como un consumo compulsivo y de frecuencia habitual y continua. Asimismo, la suspensión del consumo produce padecimientos en el sujeto. En la dependencia aparecen tanto el síndrome de abstinencia como el fenómeno de la tolerancia (De Leonadis, 2016).



Según la “Ley de Consumos Problemáticos” (Ley 26.934, 2014), se entiende por consumo patológico a todo aquel que afecta de manera negativa, de forma crónica, a la salud física, psíquica, y/o social; el cual se puede manifestar como adicción a sustancias legales o ilegales. Cuando se instala este tipo de consumo y se desarrolla una relación de dependencia entre el sujeto y la sustancia psicoactiva, la droga comienza a ocupar un lugar primordial en la vida cotidiana del individuo. En un principio, la persona encuentra en la sustancia un camino de alivio y satisfacción; pero, en la medida en que la adicción se vuelve indispensable, comienza a afectar tanto sus áreas vitales, como sus intereses y funciones (Goldstein & Bordoni, 2015).

Debido al consumo, el individuo puede comenzar a incumplir con tareas fundamentales en ámbitos laborales, académicos, y/o domésticos. El consumo recurrente no sólo puede desencadenar problemáticas en su esfera interpersonal, sino que también puede originar abandonos en actividades relevantes como las sociales, familiares y/o recreativas. De esta manera, a causa del consumo sistemático, el sujeto va perdiendo importantes áreas de su vida cotidiana. En los casos más severos, las actividades cotidianas del sujeto giran directamente en torno a la sustancia, dedicando gran cantidad de horas a consumir la sustancia o a recuperarse de sus efectos (American Psychiatric Association, 2014).

Teniendo en cuenta las estadísticas de consumo problemático en Argentina, se estima que la incidencia del consumo patológico varía según el área de residencia: mientras que en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) se registra un 2.2% de adicciones severas, en el Conurbano Bonaerense y en el Resto Urbano Interior se señala un ascenso de un 4% (Salvia, Bonfiglio, & Rodríguez Espínola, 2016). Hay que tener en cuenta que el consumo patológico es una de las problemáticas de salud más relevantes a nivel mundial: se halla entre los primeros 20 factores de riesgo de discapacidad y muerte. En Argentina, las muertes relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas representan un 18% en la población de 15 a 64 años de edad (Bugge et al., 2017).

Además del consumo problemático, existe otro tipo de consumo que se denomina consumo no patológico, el cual puede definirse como un consumo recreativo, en donde el sujeto se encarga de autorregular el uso de las sustancias. Este proceso de autorregulación de consumo implica considerar constantemente los beneficios y las consecuencias negativas de la sustancia.

Entre los aspectos positivos se encuentran, por ejemplo, el placer y las experiencias que el sujeto obtiene al consumir, y entre los aspectos negativos se hallan los efectos nocivos de la sustancia, tanto físicos como psicológicos. Durante el consumo, los individuos experimentan tanto vivencias positivas como negativas; y la calidad de estas experiencias suelen configurar el uso de las sustancias. De esta manera, frente a situaciones positivas que brindan placer, el sujeto mantiene el consumo; y frente a vivencias negativas, el individuo trata de adaptarse para eliminar aspectos negativos, o bien, abandona la conducta (Souza Cruz & Machado, 2010).

Hay que tener en cuenta que, si bien se trata de un consumo casual, puede llegar a convertirse en un consumo patológico. A través del estudio de los factores protectores y los factores de riesgo, se logran identificar elementos individuales, relacionales, y/o sociales que pueden influir en el desarrollo de conductas problemáticas. Mientras un factor de riesgo se entiende como una característica que aumenta la probabilidad de la aparición de una condición desfavorable, un factor protector es aquel que disminuye esa posibilidad (Varela, 2011). Los factores individuales se refieren a aquellas características intrínsecas, vinculadas a la manera de ser, sentir y actuar. Entre ellos se destacan la edad, el sexo, las creencias y valores, las habilidades sociales, la autoestima y el autocontrol. En este caso, la etapa de la adolescencia, el sexo masculino, el déficit de habilidades sociales y la baja autoestima, son algunos de los factores de riesgo individuales. Por otro lado, los factores relacionales se refieren a la interacción específica del sujeto con su entorno más próximo. Entre ellos se encuentran tanto las relaciones con su familia y amigos, como el contexto escolar y laboral. En este aspecto, experiencias escolares negativas, fracaso escolar, grupo de pares que incita a consumir, ausencia de lazos familiares y déficit o exceso de disciplina, son algunos de los factores de riesgo relacionales (Peñañiel Pedrosa, 2009).

Por otro lado, ciertos autores sostienen la existencia de una correspondencia entre las características de personalidad y la probabilidad de desarrollar un consumo patológico. Esto quiere decir que, antes de empezar a consumir, los sujetos vulnerables a desplegar una adicción ya cuentan con signos y síntomas definidos. Entre algunos rasgos de personalidad vinculados al desarrollo de un trastorno por consumo, se encuentran la impulsividad (responder a un estímulo sin reflexión previa) y la agresividad (responder de manera violenta ante diversos estímulos). Asimismo, algunas entidades etiológicas suelen acompañar los trastornos de

consumo de sustancias. Por ejemplo, la psicopatía, el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, el trastorno bipolar y el trastorno límite de personalidad, son algunos de los cuadros comórbidos (Méndez-Díaz, Romero Torres, Cortés Morelos, Ruíz-Contreras & Prospéro-García, 2017).

## **4.2. Consumo de cannabis**

### **4.2.1. Breve recorrido histórico del cannabis**

Los usos médicos y eufóricos del cannabis se remontan a siglos anteriores. Algunos antropólogos afirman que aproximadamente en el año 6000, el cannabis comenzó a formar parte de la medicina oriental para aliviar enfermedades como la malaria o el reumatismo (Merino, 2000). Un dato relevante es que prácticamente todas las culturas antiguas utilizaron el cannabis como medicina: en India la empleaban para aliviar dolores de cabeza, dolores de oído e insomnio; en África la usaban para combatir el paludismo y la fiebre; y en Europa la recomendaban para atacar quistes y tumores. Aproximadamente en el año 1800, en Europa comenzó a utilizarse como sedativo y calmante, y se señalaron los primeros casos de su uso como estimulante (Osorio & Tangarife, 2009).

En la segunda mitad del siglo XX, especialmente a partir del 1960, el cannabis comenzó a expandirse hasta convertirse en la droga ilegal más consumida en los países occidentales (Calafat et al., 2000). En esta época, surgió una verdadera rebelión cultural: el movimiento “hippie”. Este movimiento estuvo integrado principalmente por jóvenes de clase media que se negaban a los valores tradicionales. La conformación de dichos grupos alrededor del mundo, contribuyó con la expansión del uso indiscriminado de las sustancias (Gangli, 2020). Asimismo, en esta segunda mitad del siglo XX, en la mayor parte del mundo se comenzó a considerar ilegal el uso y la posesión de productos que contenían cannabis (Betancourt, De la Moneda Güillerme, & Hernández Veliz, 2014). De todos modos, fue justamente en la década del 60, en Israel, cuando el Dr. Mechoulam se convirtió en el primer científico capaz de identificar y sintetizar el “delta-9- tetrahidrocannabinol” (THC). A partir de este primer descubrimiento, su equipo científico continuó investigando la planta, y, en la década del 90, descubrieron el sistema endocannabinoide, el sistema fisiológico conformado por receptores de cannabis que se hallan en gran cantidad de áreas del cuerpo humano (Gazmuri, 2014; Pisanti

& Bifulco, 2017). Según el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), el consumo de cannabis aumentó durante la década del 1990 y comienzos de la década del 2000. En el año 2008 y de manera global, se estimó que el consumo se estabilizó. Sin embargo, en el informe del año 2010 se afirmó que el cannabis era la droga ilegal más consumida a nivel mundial (OEDT, 2010).

En la actualidad, el cannabis es la sustancia ilegal más consumida alrededor del mundo: se estima que entre el 3% y 4% de la población mundial consume dicha sustancia (Suárez Daroca, Reyes Abreu, & Quintero Febles, 2018). Aunque actualmente está demostrado que su consumo se encuentra asociado con diversas consecuencias negativas tanto físicas como psicológicas y sociales, la creencia generalizada de que el cannabis es menos dañino que otras drogas ilegales favorece su consumo y propagación. Hay que tener en cuenta que se trata de un grave problema de salud pública, especialmente en poblaciones de riesgo como los jóvenes y adolescentes (Rodríguez-Carranza, 2012).

#### **4.2.2. Definición y efectos agudos y crónicos del cannabis**

El cannabis es un arbusto anual de la familia de las “cannabaceae”. Esta familia abarca diferentes especies, de las cuales el “cannabis sativa” (conocido como “camaño”) y el “cannabis indica” poseen propiedades psicoactivas. Las formas de presentación de la planta más comunes son la marihuana y el hachís (Caudevilla Gállico & Cabrera Majada, 2008). Mientras la marihuana está compuesta por semillas, hojas, tallos y flores del cannabis sativa, el hachís está constituido por la resina de la misma planta. En cualquiera de sus formas, el cannabis es una sustancia psicoactiva porque en su composición incluye THC, el componente más activo del cannabis (Gutiérrez-Rojas, De Irala, & Martínez-González, 2006).

El THC forma parte de los “cannabinoides”, los cuales se definen como compuestos psicoactivos que se encuentran presentes en el cannabis y que tienen la capacidad de actuar sobre el sistema nervioso central (Navarro & Rodríguez de Fonseca, 2000). El cuerpo humano tiene receptores específicos para el acople de los “cannabinoides”. Estos receptores se conocen como “CB1” y “CB2”, y están situados tanto en el sistema nervioso central como en varios tejidos y órganos periféricos. Además, el mismo organismo produce “endocannabinoides”, neuronas que son capaces de acoplarse a los receptores previamente nombrados. De esta manera, los “receptores cannabinoides” y los “endocannabinoides” conforman lo que se

conoce como el “sistema endocannabinoide”. El THC se acopla a ambos tipos de receptores, y dicha activación es la que desarrolla los diferentes efectos de la sustancia sobre el organismo: entre otros, la euforia, la relajación muscular, la reducción del dolor y la ansiedad (Grotenhermen, 2006).

La marihuana puede consumirse a través de diferentes vías. La vía más común es la inhalación del humo de su combustión. El humo llega a los pulmones, y, gracias a la gran liposolubilidad de sus componentes (especialmente del THC), rápidamente atraviesa la membrana capilar y comienza la circulación pulmonar y sistémica. Cuando alcanza el sistema nervioso central, empieza a producir sus efectos principales. Por otro lado, se investigan otras vías de administración como la ocular, la sublingual, la dérmica, la oral y la rectal. Para uso terapéutico, se estima que las dos últimas son las más eficaces (Rodríguez- Carranza, 2012).

En cuanto a los efectos del cannabis, un dato relevante es que su intensidad se relaciona, no sólo con la dosis administrada y la riqueza en cannabinoides, sino también con la frecuencia de uso, la personalidad del consumidor y el entorno donde se realiza el consumo. En relación a los efectos agudos orgánicos, es común la taquicardia, la sequedad bucal, la hipotonía muscular y la disminución de la presión intraocular. Por su parte, los efectos cognitivos están vinculados a la modificación del estado general de la consciencia. De esta manera, algunos de los síntomas que aparecen son: incremento de la percepción sensorial visual, auditiva y gustativa; mayor fluidez de las ideas; hilaridad; retardo psicomotor y, en algunos casos, alucinaciones visuales (Caudevilla Gálligo & Majada, 2008). Sin embargo, que el consumo de cannabis genera una mayor fluidez de ideas es, como mínimo, discutido (Bourassa & Vaugeois 2001; Kowal et al., 2014). Lo mismo ocurre con el "incremento de la percepción sensorial", puesto que varios autores prefieren denominarlo como “distorsión de la percepción sensorial” (Calderón, Pareja, Caicedo, & Chica, 2017; Venegas, 2014). Por otro lado, los efectos crónicos del consumo de cannabis incluyen problemáticas relacionadas con la concentración, la memoria, los cambios de humor, y el comportamiento agresivo; lo cual se refleja en dificultades individuales, sociales, laborales y/o académicas (Lagae, 2020).

Por otra parte, se ha estudiado la relación entre el consumo de cannabis y los trastornos mentales. Los trastornos psicóticos, los trastornos afectivos y los trastornos neurocognitivos, pueden desarrollarse o exacerbarse con el consumo de la sustancia. En cuanto a los trastornos

psicóticos, se estima que el consumo es un factor predisponente para el desarrollo de síntomas psicóticos. Si bien no existe una relación causal entre el consumo de cannabis y el desarrollo de sintomatología psicótica, se considera que el consumo contribuye al desarrollo del trastorno en sujetos vulnerables al mismo. En relación a los trastornos afectivos, las investigaciones no han sido tan abundantes ni concluyentes. Sin embargo, se indica una leve asociación entre el consumo de cannabis y sintomatología depresiva. Además, la ideación y conductas suicidas resulta mayor entre los consumidores habituales. Por último, el deterioro cognitivo se asocia con el consumo de cannabis, debido a que la sustancia suele tener efectos sobre el rendimiento cognitivo y el funcionamiento neuropsicológico. Entre las áreas más afectadas, se encuentran la atención, la memoria, la velocidad de procesamiento, las funciones ejecutivas, y el control motor. Si bien se considera que la mayoría de las áreas recuperan su funcionamiento normal luego de un período largo de abstinencia, cierta preocupación recae en los consumidores jóvenes habituales que, debido al consumo de la sustancia, presentan capacidades cognitivas disminuidas en una etapa crucial de aprendizaje (Fernández- Artamendi, Fernández-Hermida, Secades & García-Portilla, 2011).

#### **4.2.3. Trastornos relacionados con el cannabis**

Según la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5; American Psychiatric Association, 2014), coexisten varios desórdenes mentales relacionados con el consumo de cannabis. Entre ellos, se encuentran el trastorno por consumo de cannabis, la intoxicación por cannabis, la abstinencia de cannabis, y otros trastornos inducidos por el cannabis.

Se entiende al trastorno por consumo de cannabis como un patrón problemático de consumo que provoca un malestar clínicamente significativo en la persona. Dentro de los criterios diagnósticos, se encuentran el deseo persistente por consumir y el consumo recurrente que lleva a la persona a sufrir problemas laborales, académicos y/o sociales. Además, se destacan la aparición de la abstinencia y de la tolerancia (American Psychiatric Association, 2014). La abstinencia se define como un conjunto de signos y síntomas, tanto físicos como psicológicos, que aparecen a partir del cese de consumo de la sustancia (Corvalán, 2017). Por otra parte, la tolerancia se refiere a la disminución de los efectos de la sustancia psicoactiva

sobre el sistema nervioso del sujeto, lo cual lo lleva a aumentar la periodicidad o la cantidad de dosis para alcanzar los efectos deseados (Minor Granados, Domínguez Estrada, & Simón Hernández, 2019).

La intoxicación por cannabis se caracteriza por la presencia de alteraciones clínicamente significativas que se desarrollan durante o poco tiempo después del consumo de cannabis. Estas alteraciones pueden ser conductuales o psicológicas, como, por ejemplo: la euforia, la descoordinación motora, el aislamiento social y la alteración del juicio. Estas variaciones se encuentran acompañadas por taquicardia, boca seca, aumento de apetito e inyección conjuntival. En general, los efectos suelen durar entre tres y cuatro horas, aunque ocasionalmente pueden persistir o reaparecer durante 12 a 24 horas luego del consumo (American Psychiatric Association, 2014). La intoxicación aguda por consumo de cannabis puede presentar un episodio psicótico agudo, caracterizado por la aparición de delirios y alucinaciones. Asimismo, el sujeto puede sentir agitación, ansiedad y un estado de confusión. Las alteraciones suelen finalizar cuando el organismo logra eliminar el THC (Atance, 2007).

La abstinencia de cannabis se manifiesta a partir del cese del consumo intenso y prolongado de cannabis. Debido a esto, aparecen diferentes síntomas psicológicos y físicos. Entre la sintomatología principal, se encuentran: dificultades para dormir, irritabilidad o agresividad, ansiedad, pérdida de apetito o de peso y estado de ánimo deprimido. Además, suelen desencadenarse síntomas físicos como dolor abdominal, temblores, sudoración, fiebre o cefalea (American Psychiatric Association, 2014). El síndrome de abstinencia del cannabis varía según el sujeto, la frecuencia, y la cantidad de consumo. Los consumidores crónicos son los más propensos a padecer abstinencia. Si un consumidor habitual deja de consumir abruptamente, es probable que surjan uno o más de los síntomas físicos y cognitivos anteriormente descritos. Por otro lado, el síndrome de abstinencia también puede provocar deterioros a nivel social, académico y/o laboral, y, de esta manera, puede llegar a disminuir la calidad de vida del sujeto (Gutiérrez-Rojas, De Irala & Martínez-González, 2006).

Por último, hay ciertos trastornos mentales inducidos por el consumo de cannabis. Según la undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11; Organización Mundial de la Salud, 2019), en este grupo de patologías se encuentran los

“trastornos debidos al consumo de cannabinoides sintéticos” y el “consumo peligroso de cannabis”. Los trastornos debidos al consumo de cannabinoides sintéticos se caracterizan por las consecuencias derivadas de dicho consumo: la intoxicación, la inducción a la dependencia, y el síndrome de abstinencia. Asimismo, los cannabinoides sintéticos producen daños que afectan a la mayor parte de los órganos y sistemas del cuerpo humano. Por otro lado, el consumo peligroso de cannabis se refiere al patrón de consumo que aumenta el riesgo de padecer las consecuencias físicas y mentales derivadas del consumo de la sustancia. Estos riesgos están vinculados con la frecuencia y cantidad de consumo, y pueden estar asociados con los efectos a corto plazo o con los efectos crónicos sobre la salud física y mental del sujeto.

#### **4.2.4. Consumo de cannabis y diferencias según género, edad y nivel educativo**

En cuanto al consumo de cannabis y las diferencias que surgen según el género, se afirma que, similar a lo que sucede con la mayoría de las sustancias, los hombres consumen cannabis de manera más frecuente que las mujeres. Además, consumen mayor cantidad y suelen experimentar más de una vía de consumo (Hemsing & Greaves, 2020). Sin embargo, ciertos estudios afirman que, si bien tradicionalmente los hombres han consumido más cannabis que las mujeres, actualmente no se hallan diferencias significativas ligadas al género del sujeto (Matheson et al., 2020). A partir de un estudio sobre el consumo de cannabis y las diferencias que surgen a partir del género, se asegura que no existen diferencias significativas ni en la frecuencia ni en la cantidad de consumo entre hombres y mujeres (Sherman et al., 2017). Por otra parte, si bien existen estudios que afirman que las mujeres suelen ser más propensas a sufrir las consecuencias negativas derivadas del consumo de cannabis (Greaves & Hemsing, 2020; Herrmann, Weerts & Vandrey, 2015), también coexisten estudios que refutan este dato. Por ejemplo, según Noorbakhsh, Afzali, Boers y Conrod (2020), se hallan diferencias respecto al género y al deterioro cognitivo que surge a partir del consumo temprano de la sustancia. De este modo, afirman que el consumo de cannabis puede afectar la memoria de trabajo de las mujeres, y, por consiguiente, producir dificultades en su entorno académico. En contraste, Guerrero-Martelo et al. (2015), aseguran que no se encuentran diferencias significativas entre el género y las problemáticas que surgen a nivel académico. Afirman que, no sólo las mujeres sino también los hombres, describen complicaciones académicas como calificaciones bajas y dificultad para controlar el comportamiento dentro de instituciones educativas. Por otro lado,



en el estudio de Amado, Villanueva, Vidal- Infer e Isorna (2020) se hallan convergencias entre ambos géneros respecto a las problemáticas psicosociales y a los trastornos que surgen a partir del consumo de cannabis. Si bien los hombres son más propensos a desarrollar síntomas psicóticos o problemáticas vinculadas al comportamiento debido al consumo de cannabis, las mujeres son proclives a la sintomatología distímica o ansiosa. En este punto, los autores coinciden en que tanto hombres como mujeres poseen la misma vulnerabilidad para desarrollar problemáticas derivadas del consumo (Bachetti et al., 2020).

Respecto al consumo de cannabis y a las diferencias que pueden surgir según la edad, es importante destacar que el consumo de la sustancia se presenta cada vez más temprano. Según estudios, la edad de inicio de consumo se sitúa entre los 13 y 14 años de edad; un dato preocupante teniendo en cuenta que, a menor edad de inicio de consumo, mayor probabilidad de desarrollar adicción. Adicionalmente, hay que tener en cuenta que la edad de inicio de consumo puede exacerbar las problemáticas físicas y mentales. Dentro de los síntomas más habituales derivados del consumo, se presentan el déficit neurocognitivo, el desarrollo de los trastornos mentales, el desarrollo de dependencia a la sustancia y bajas respuestas a tratamientos de deshabitación (Simón Saiz et al., 2020). Por otra parte, según el último estudio realizado en Argentina por SEDRONAR (2017), mientras que el consumo más alto de cannabis se ha detectado en jóvenes de 18 a 24 años con una tasa del 29,3%, el consumo más bajo se ha detectado en la población de 50 a 65 años con un 5%. En el medio se encuentran los sujetos de 25 a 34 años con un 26,8%, y los individuos de 35 a 49 años con un 15,5%. Asimismo, en otros trabajos se han reportado diferencias entre la cantidad de cannabis que los sujetos consumen: los usuarios más jóvenes suelen consumir mayor cantidad de sustancia que los adultos de más de 31 años (Haug et al., 2017). Por lo tanto, debido a la frecuencia y a la cantidad de consumo, los sujetos jóvenes han demostrado una mayor prevalencia a sufrir problemáticas físicas y mentales, y a desarrollar trastornos relacionados al consumo. Por ejemplo, según Leadbeater, Ames, y Linden-Carmichael (2018), los síntomas psicóticos han alcanzado sus niveles más altos en la adolescencia y han disminuido conforme aumenta la edad; y tanto los síntomas depresivos como ansiosos también han aumentado significativamente hasta aproximadamente los 18 años y luego se mantuvieron estables.

Respecto al consumo de cannabis y el nivel educativo alcanzado, estudios demuestran que los sujetos con nivel universitario completo consumen menos cantidad de cannabis que los sujetos con niveles de educación inferiores (Han et al., 2016). En la misma línea, otro estudio afirma que los sujetos que alcanzaron el nivel universitario completo consumen menos cannabis que aquellos con nivel secundario completo (Arias-de la Torre et al., 2020). Asimismo, Gerra et al. (2018) aseguran que un alto nivel de educación funciona como un factor protector, debido a que disminuye el riesgo de consumo de cannabis. En este caso, los autores destacan que tanto el nivel universitario como la obtención de una maestría o un doctorado, reducen significativamente el riesgo de consumo. Por otra parte, se hallan asociaciones significativas entre el bajo rendimiento académico y el consumo de cannabis, teniendo en cuenta, no solo la frecuencia, sino también la cantidad y la edad de inicio del consumo (Broyd, Van Hell, Beale, Yucel, & Solowij, 2016). Siguiendo esa línea, si se compara jóvenes consumidores con jóvenes que nunca han ingerido la sustancia, se estima que los sujetos que consumen cannabis no sólo son más propensos a dejar sus estudios, sino que también poseen más dificultades para ingresar a la universidad u obtener un título universitario (Fergusson, Horwood & Beutrais, 2003). En conclusión, todos los estudios demuestran que la población que consume se encuentra asociada a menores niveles académicos y/o a dificultades y problemáticas académicas.

### **4.3. Consumo de alcohol**

#### **4.3.1. Breve recorrido histórico del alcohol**

El alcohol es una de las sustancias psicoactivas más antiguas: a lo largo de los siglos, culturas como la egipcia, la griega, la romana y la árabe, fueron utilizando el alcohol con fines médicos, religiosos y/o recreativos. En la civilización egipcia, el vino era utilizado casi exclusivamente por las clases sociales superiores, sobre todo en las reuniones religiosas y en las grandes fiestas anuales. Por otro lado, los griegos eran más sobrios y bebían vino diluido con agua. Asimismo, ya se dedicaban a escribir acerca del vino y sus efectos: sabían que el vino provocaba alteraciones en el organismo, pero también decían que poseía propiedades curativas. Los griegos solían usar el vino para eventos denominados “simposium”: reuniones sociales donde se juntaban no sólo a beber cerveza y vino, sino también a realizar distintas actividades culturales. Por otra parte, los romanos fueron los encargados de realizar las

primeras leyes de cultivo y de comercio del vino; de esta manera, fueron los pioneros en difundir el vino alrededor del mundo. Años más tarde, los árabes descubrieron la destilación del vino, y, de esta manera, comenzaron a obtener bebidas con más alto contenido de alcohol (Martínez Ruiz & Rubio Valladolid, 2002; Muñoz de Cote Orozco, 2010).

Se considera que la Edad Media fue una época abstemia; los sujetos no solían consumir alcohol más allá del vino en celebridades religiosas. En la Edad Moderna, alrededor del siglo XVII, en Europa se comienza a producir vino estable: se empieza a envasar en botellas o toneles, y, de esta manera, se encuentra la manera de conservar y transportar el alcohol alrededor del mundo. Al final de la Era Moderna y el comienzo de la Era Posmoderna, el alcohol disparó su consumo, convirtiéndose en un hábito inconsciente para la sociedad (Kontxi, 2001). En nuestro país, entre el 1970 y el 1990, se produjo un verdadero ascenso en el consumo de alcohol. En esta época se desplazaron las bebidas vínicas por otras nuevas bebidas: se destacó principalmente el impacto de la cerveza. Asimismo, los sujetos no sólo comenzaron a consumir más cantidad de alcohol, sino también con mayor frecuencia, lo cual derivó en consumos problemáticos. A partir de esto, se originaron grandes problemáticas a nivel social, político y económico (Gangli, 2020).

Hoy en día el consumo de alcohol se considera una de las problemáticas más prevalentes a nivel mundial. Asimismo, se asocia con gran cantidad de enfermedades y con una alta mortalidad (Carvalho, Heilig, Pérez, Probst, & Rehm, 2019). En Argentina, según el último estudio realizado por SEDRONAR (2017), el 81% de los sujetos tomaron alguna bebida alcohólica en su vida. Actualmente, en nuestro país el consumo de alcohol alcanza una tasa del 53%.

#### **4.3.2. Definición y efectos agudos y crónicos del alcohol**

El alcohol etílico o etanol es una sustancia obtenida a partir de la fermentación anaeróbica de los hidratos de carbono. El etanol es una sustancia depresora del sistema nervioso central, y es capaz de provocar diferentes alteraciones conductuales y cognitivas dependiendo la dosis consumida (Alfonso Velasco, 2014). El nivel de etanol en sangre determina la intensidad y la gravedad de los signos y los síntomas. Cuando las concentraciones de etanol en sangre son entre 20- 30 mg/dl, el sujeto experimenta un estado de bienestar, acompañado del

enlentecimiento en el tiempo de reacción y de algunas alteraciones en la atención y en la memoria. Concentraciones de etanol mayores (entre 30 y 300 mg/dl) ya se relacionan con depresión central: dependiendo de la dosis en sangre, el sujeto presenta sintomatología como: desinhibición, sedación, exaltación, alteración en la marcha y coordinación, dificultad para actividades mentales, deterioro en funciones intelectuales y físicas, sentimiento de confusión, imposibilidad de bipedestación, o disminución en la percepción y la comprensión. Cuando las concentraciones alcanzan o superan los 400 mg/dl, el sujeto finaliza en un estado de coma o en muerte por depresión respiratoria (Núñez Gaviño, Piñeiro López & Chillón Arce, 2016).

El etanol es tóxico para la mayoría de los tejidos del organismo. Por esto, los efectos derivados de su consumo son múltiples. Mientras que un consumo esporádico y en dosis bajas desarrolla efectos rápidamente recuperables, el consumo en altas dosis o sostenido en el tiempo, puede producir consecuencias irreversibles. En cuanto a los efectos agudos sobre el sistema nervioso, se destaca lo que se conoce como la intoxicación alcohólica aguda; un conjunto de signos y síntomas que se correlacionan con las concentraciones de etanol en sangre. Dependiendo de la dosis consumida, el sujeto puede atravesar una fase de hiperexcitabilidad, un síndrome confusional, o puede desencadenar un coma etílico (Merchán-Clavellino, Ribeiro Do Couto & Alameda-Bailén, 2019). Asimismo, la intoxicación se encuentra asociada a problemáticas como el aumento de accidentalidad, violencia y conflictos sociales (Ochoa Mangado, Madoz-Gúrpide, Vicente Muelas, 2009).

El consumo excesivo y habitual de alcohol produce efectos negativos no sólo a nivel físico, sino también a nivel neurológico y cognitivo. Entre los efectos crónicos físicos, se pueden destacar los efectos negativos producidos sobre el sistema cardiovascular. Entre las consecuencias más frecuentes se encuentran: el incremento de la mortalidad global, el aumento de accidentes cardiovasculares isquémicos y hemorrágicos, el desarrollo de miocardiopatía alcohólica, la insuficiencia cardíaca, las arritmias, y la muerte súbita (Cedeño-Zambrano, Vásquez-Jaramillo & Roca-Lino, 2016).

Uno de los cuadros más graves vinculados al consumo de alcohol es el síndrome de Wernicke-Korsakoff, una patología frecuente en los sujetos alcohólicos. Aunque sus manifestaciones son variadas, se estima que alteran principalmente a las áreas neurológica y

psiquiátrica. Estas afecciones surgen debido a la insuficiencia de la vitamina B1 (también conocida como tiamina) en el organismo. Por esto mismo, una de las poblaciones más riesgosas es la de los sujetos adictos al alcohol debido a su inadecuada alimentación y a su frecuente insuficiencia de vitaminas en el organismo (Sotomayor Álvarez & Zambrano Vera, 2007). El síndrome de Wernicke-Korsakoff se puede definir como un continuo que comienza con la encefalopatía de Wernicke y prosigue con la demencia de Korsakoff. Generalmente, estos cuadros se presentan de manera secuencial, con un inicio agudo (síndrome de Wernicke), y un estado residual (síndrome de Korsakoff). De todos modos, actualmente todavía coexisten ciertas controversias con respecto a la definición y correlación de dichos cuadros (Cabaynes-Truffino, 2004). La encefalopatía de Wernicke es un cuadro agudo neurológico que se define a partir de una tríada sintomática: alteraciones en el estado mental, trastornos en la movilidad ocular -nistagmo y oftalmoplejía- y cambios en la marcha (Ibáñez-Santana, Peña-Otero, & Visiers-Jiménez, 2020). Por su parte, el síndrome de Korsakoff se caracteriza fundamentalmente por una alteración desproporcionada de la memoria en relación con otras funciones cognitivas. Los pacientes presentan, principalmente, un grave deterioro en la memoria anterógrada. Asimismo, pueden manifestarse fabulaciones, lagunas amnésicas, alteraciones en la memoria episódica, dificultades para el aprendizaje, y amnesia retrógrada. El síndrome de Korsakoff se considera crónico y suele desarrollarse cuando desaparece la sintomatología del síndrome de Wernicke (Saad Lapka & Llorens, 2015) Si bien ambos cuadros pueden confundirse con la demencia, hay que tener en cuenta que en el síndrome de Wernicke-Korsakoff las funciones cognitivas se encuentran relativamente preservadas (Canedo Magariños, 2011).

#### **4.3.3. Trastorno por consumo de alcohol**

Al igual que sucede con los trastornos relacionados con el consumo de cannabis, el DSM-5 describe distintos trastornos relacionados con el consumo de alcohol. Entre ellos, se especifican el trastorno por consumo de alcohol, la intoxicación por alcohol y la abstinencia de alcohol (American Psychiatric Association, 2014).

El trastorno por consumo de alcohol se define como un patrón problemático de consumo que provoca un malestar o un deterioro significativo. Esto se manifiesta a partir del consumo

frecuente en grandes cantidades o en tiempo prolongado, debido a que existe un deseo persistente de consumir. El sujeto continúa ingiriendo la sustancia a pesar de que el consumo provoque problemáticas de distinta índole (incumplimiento de deberes fundamentales; problemas sociales; abandono de actividades interpersonales, profesionales o de ocio; consumo en situaciones físicamente peligrosas; entre otras). Además, se destaca la presencia del fenómeno de tolerancia y del síndrome de abstinencia característico del alcohol (American Psychiatric Association, 2014).

La intoxicación por alcohol se determina por comportamiento problemático o cambios psicológicos derivados de la ingesta reciente de alcohol. Entre estas alteraciones se encuentran los cambios de humor, el juicio alterado, conductas agresivas o comportamiento sexual inapropiado. Asimismo, se presentan diferentes signos y síntomas como el habla disártrica, la descoordinación, la marcha insegura, el nistagmo y las alteraciones en la atención o en la memoria. En relación a la memoria, la intoxicación por alcohol muchas veces produce una amnesia en los acontecimientos ocurridos durante la intoxicación, produciendo lo que se conoce como lagunas mentales. Hay que tener en cuenta que, si la intoxicación es intensa, puede provocar estupor o coma (American Psychiatric Association, 2014). La intoxicación etílica aguda se considera el trastorno orgánico más frecuente inducido por alcohol; se estima que afecta al 1,1% de la población, especialmente a hombres de 19 a 30 años. La intoxicación aguda se encuentra determinada por la concentración de etanol en sangre. Se considera que, con el estómago vacío, el nivel máximo de alcohol en sangre se produce a los 30 a 60 minutos luego de la ingesta (Núñez Gaviño, et al., 2016)

La abstinencia de alcohol se desencadena a partir del cese o reducción del consumo intenso y prolongado de alcohol. La abstinencia ocasiona la aparición de distintos signos y síntomas. Entre ellos se encuentran: hiperactividad del sistema nervioso autónomo, temblor de las manos, insomnio, náuseas o vómitos, alucinaciones transitorias, agitación psicomotora, ansiedad, o convulsiones (American Psychiatric Association, 2014). El cuadro más grave derivado de la abstinencia de alcohol es el delirium tremens, el cual se observa en aproximadamente del 5 al 10% de los pacientes con trastorno por consumo de alcohol. Los sujetos suelen requerir hospitalización debido a la gravedad de la sintomatología. Entre las alteraciones más frecuentes se encuentran el delirio hipercinético, la desorientación y agitación graves, los temblores

severos, la inestabilidad autonómica marcada, la hiperpirexia y las alucinaciones (Chakrabarti & Ghosh, 2016).

Por último, hay ciertos trastornos mentales derivados del consumo de alcohol. Según la CIE-11 (Organización Mundial de la Salud, 2019), dentro de este grupo se encuentran el “trastorno amnésico debido al consumo de alcohol” y la “demencia por consumo de alcohol”. El primero se refiere a la aparición de síntomas amnésicos que se consideran efecto directo del consumo de alcohol. Si bien el consumo de alcohol suele traer aparejadas alteraciones mnésicas, en este caso la intensidad y duración de la sintomatología es superior a las alteraciones normalmente asociadas. Por otro lado, la demencia por consumo de alcohol se define por la aparición de deficiencias cognitivas que se consideran consecuencia del consumo de alcohol. La sintomatología persiste más allá de la embriaguez o del síndrome de abstinencia; la pérdida de memoria, la disminución del lenguaje, y la incapacidad de realizar actividades motoras complejas, son algunos de los síntomas más comunes.

#### **4.3.4. Consumo de alcohol y diferencias según género, edad y nivel educativo**

En cuanto al alcohol y las diferencias que surgen según género, las mujeres han demostrado menos consumo y menos problemáticas relacionadas al consumo que los hombres (Cáceres Krüger & López, 2018; Pérez, 2020). Sin embargo, es importante destacar que algunos autores sostienen que la desigualdad de consumo según género ha descendido a lo largo del tiempo y que, actualmente, el consumo de hombres y mujeres se encuentra equiparado (Cabanillas-Rojas, 2020; Vinet & Faúndez, 2012). En esta misma línea de pensamiento, Mendoza Mojica, Moreno López y Ramos-Lira (2018) afirman que tanto hombres como mujeres muestran un patrón de consumo muy similar. Asimismo, afirman que tampoco se encuentran diferencias significativas respecto al género y a las dificultades que surgen a partir del consumo de alcohol. De esta manera, evidencian que tanto hombres como mujeres se han sentido enfermos, se han desmayado o han experimentado algún tipo de amnesia a partir del consumo de la sustancia. Adicionalmente, Pilatti et al. (2014) dejan en evidencia que los hombres y las mujeres experimentan un número similar de consecuencias negativas en base al consumo.

Respecto al consumo de alcohol y la edad, según el informe de SEDRONAR (2017), el mayor consumo de alcohol se encuentra en los jóvenes de 18 a 24 años, disminuyendo de

manera significativa pasados los 35 años de edad. Asimismo, los adolescentes también consumen gran cantidad de alcohol: según la Tercera Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE; Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, 2018), más de la mitad de los estudiantes de 13 a 17 años había consumido alguna bebida alcohólica en el último mes. Es importante destacar que la edad de inicio de consumo ha ido disminuyendo a lo largo de los años (Salguero, Leiva, Luque, & Pautassi, 2020). Estudios han manifestado que la edad media del primer consumo se ha situado entre los 13 y 14 años (Rial Boubeta, Golpe, Barreiro, Gómez, & Isorna Folgar, 2018; Simón Saiz et al., 2020). Actualmente, el alcohol es la droga más consumida por adolescentes y jóvenes, y esto se relaciona con grandes problemáticas: problemas de salud física y psíquica, efectos negativos en el desarrollo cerebral, bajo rendimiento académico, relaciones sexuales de riesgo, lesiones y accidentes, conductas delictivas y trastornos por abuso de alcohol en la edad adulta (Arrieta Vergara, Díaz Cárdenas, & González Martínez, 2011; Leal-López, Sánchez-Queija, Rivera, & Moreno, 2019).

En relación al consumo de alcohol y el nivel educativo alcanzado, SEDRONAR (2017), asegura que el 33% de los sujetos que consumen alcohol regularmente pertenecen al nivel terciario o universitario completo o incompleto. En contraste, el 67% restante pertenece a niveles académicos inferiores. En la misma línea de pensamiento, Arriola Morales et al. (2017) sostienen que el consumo de alcohol se asocia de manera significativa e inversa con el nivel académico alcanzado; esto significa que, a menor nivel educativo, mayor consumo de alcohol, y viceversa. Asimismo, otro estudio demuestra que, dentro de una muestra de sujetos abstemios, el 60% posee un nivel educativo técnico (Osorio, Alvarado, & Rodríguez, 2020). Por otro lado, en cuanto a las problemáticas asociadas al consumo de alcohol, dos problemas recurrentes son el abuso y la dependencia, los cuales son más frecuentes en sujetos con educación secundaria incompleta que en individuos con un mayor nivel académico alcanzado (Ward et al., 2008). Otros problemas habituales en sujetos inmersos en el ámbito educativo son: las alteraciones de la conducta, la presencia de trastornos mentales -como trastornos de ansiedad y del estado de ánimo-, el déficit de habilidades sociales, los problemas familiares, la falta de motivación y compromiso con actividades académicas, los problemas en el comportamiento social, y el déficit del buen uso del tiempo libre (Paucar Gómez & Miranda Limachi, 2015). Debido a las problemáticas que surgen por el consumo de alcohol, en ciertas



ocasiones es necesario hospitalizar al sujeto. Un estudio expone que este tipo de hospitalización es más común en sujetos con nivel secundario completo o incompleto, que en sujetos con nivel universitario completo (Conde, Remaggi, Peltzer, Lichtenberguer & Cremonte, 2016). Por último, y en contraste con todos los estudios anteriormente mencionados, un estudio respecto al consumo de alcohol en pacientes con tuberculosis, expone que no se encuentran diferencias significativas en el consumo de alcohol respecto al nivel académico alcanzado (Wessels, Walsh, & Nel, 2019).

## **5. Metodología**

### **5.1. Tipo de estudio**

Correlacional y de diferencia de grupos.

### **5.2. Participantes**

La muestra estuvo constituida por 147 participantes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires, con una media de 25,96 años de edad. El 34% de la muestra estuvo conformada por hombres y el 66% por mujeres. Respecto al nivel de escolaridad formal, el 23% alcanzó el nivel universitario o terciario completo, el 57% universitario o terciario incompleto, el 16% secundario completo y el 4% secundario incompleto. Los participantes fueron voluntarios, no recibieron retribución ni devolución, y su participación fue anónima. Se trató de una muestra no probabilística, y fue recopilada tanto por el coordinador como por los alumnos participantes de la práctica.

### **5.3. Instrumentos**

#### **5.3.1. MSI-X (The Marijuana Screening Inventory)**

Este instrumento de medición fue desarrollado por Alexander y Leung (2004); y por el momento no cuenta con validación en español. Es un instrumento autoadministrable, breve, fácil de utilizar, confiable, válido, y de puntuación rápida. Consta de 31 ítems con formato de respuesta dicotómico (sí/no).

Este instrumento de rastillaje, consistente con las definiciones y criterios del DSM-IV-TR, se utiliza para la detección precoz de problemáticas derivadas del consumo de cannabis.

Se emplea para identificar tanto el consumo esporádico, como el abuso y la dependencia de cannabis. Para ello, incluye preguntas acerca de la cantidad, frecuencia, y posibles dificultades que surgen a partir del consumo. Para calificar las respuestas, se contabilizan las respuestas positivas de los 31 ítems, y se obtiene una puntuación final. Sus resultados se clasifican en ausencia de problemas, uso experimental, sugerencia de riesgo, o riesgo de relación problemática con la marihuana.

Dicho instrumento cuenta con una excelente consistencia interna según el Alpha de Cronbach ( $\alpha= 0,90$ ) y una adecuada validez de constructo según el análisis factorial (los 31 ítems consiguen cargas de  $\geq .39$ , con 26 ítems que logran cargas más altas de  $\geq .54$  y contribuyen la mayor correlación) (Alexander & Leung, 2004).

### **5.3.2. AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)**

Este instrumento de medición ha sido desarrollado por Saunders, Aasland, Babor, De La Fuente y Grant (1993) y adaptado al idioma español por Rubio (1998). Es un instrumento autoadministrable, breve, y fácil de utilizar. Consta de 10 ítems: cada ítem contiene 5 respuestas posibles que puntúan de 0 a 4, exceptuando los ítems 9 y 10 que cuentan únicamente con 3 posibilidades de respuesta que puntúan 0-2-4.

Esta técnica, consistente con las definiciones de la CIE-10 de consumo y dependencia de alcohol, se utiliza para la detección precoz de problemáticas derivadas del consumo. Para ello, evalúa el consumo de alcohol en el último año, y explora tanto la cantidad como la frecuencia de consumo, así como conductas de dependencia y dificultades relacionadas al consumo del alcohol. De este modo, los tres primeros ítems exploran el consumo de riesgo, los tres posteriores examinan posible sintomatología de dependencia y los cuatro últimos evalúan el consumo perjudicial. La puntuación final posibilita identificar, a partir del punto de corte, tanto los consumos de riesgo como la dependencia alcohólica.

Dicho instrumento posee una adecuada consistencia interna según el Alfa de Cronbach ( $\alpha= 0,75$ ). Cuenta con una adecuada validez de contenido, la cual se evaluó a partir de la comparación de las puntuaciones medias en estudiantes con consumo de alcohol de riesgo moderado y elevado. En el grupo con consumo de riesgo moderado, la puntuación media del AUDIT fue de 9,45 para los varones y de 7,92 para las mujeres. Por otra parte, en el grupo con

consumo de riesgo elevado, la puntuación media del AUDIT fue de 15,19 para el género masculino y 13,09 para el género femenino. Debido a que se detectan puntuaciones medias diferentes en el AUDIT con valores estadísticamente significativos para las diferentes modalidades de consumo ( $p < ,001$ ), se asegura que el contenido del mismo es válido para discriminar grupos de sujetos con distintos consumos. Además, cuenta con una adecuada validez de criterio, la cual se evaluó a partir de la comparación del diagnóstico proporcionado por AUDIT con los valores de ingesta de alcohol por semana como patrón de referencia. La validez de criterio del AUDIT para “Bebedor sin problemas”, “Bebedor de riesgo”, y “Bebedor con problemas físico-psíquicos y probable SDA”, ha presentado un alto valor K en ambos géneros: 0,83; 0,83; 0,92 en hombres y 0,88; 0,88; 0,90 en mujeres; lo cual demuestra una fuerte concordancia y justifica su adecuada validez de criterio (García Carretero, Novalbos Ruiz, Martínez Delgado & O’Ferrall González, 2016).

### **Procedimiento**

Para realizar dicho trabajo, se repartió una batería de test que incluyó instrumentos que midieron funciones ejecutivas y consumo de cannabis y de alcohol. Debido al aislamiento obligatorio, en la batería se incluyeron instrumentos que midieron sintomatología depresiva, ansiosa, y calidad de sueño. Si bien se contó con esta amplia gama de instrumentos, teniendo en cuenta los objetivos de la investigación, se utilizaron únicamente los resultados de los test que midieron consumo de alcohol (AUDIT) y consumo de cannabis (MSI-X). Los instrumentos de evaluación se administraron a sujetos adultos entre 18 y 44 años de edad, residentes del Área Metropolitana de Buenos Aires. Los participantes completaron los test mediante Google Forms, y recibieron el link del formulario vía WhatsApp y mail. Posteriormente, los resultados obtenidos se cargaron en una base de datos previamente creada. Los datos se analizaron estadísticamente, y se utilizaron para la creación de los objetivos e hipótesis del trabajo. En simultáneo se realizó una lectura exhaustiva de artículos académicos y libros que incluyeron información acerca de las temáticas incluidas en la batería.

### **5.4. Análisis de datos propuestos**

Para el análisis estadístico, se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows, versión 14.0. En el caso de los objetivos de correlación (objetivos 2 y 5), se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson, y para los objetivos de diferencias entre dos grupos (objetivos 1, 3,4 y

6), se utilizó la prueba t de Student. En ambos casos, se señalan valores significativos a nivel de 0.05.

## **6. Desarrollo**

### **6.1.Diferencias en los problemas derivados del cannabis según género**

Con el fin de verificar si existen diferencias en los problemas derivados del consumo de cannabis según el género en población adulta de bajo riesgo, se calculó una prueba t de Student para muestras independientes. No se obtuvieron diferencias significativas al comparar ambos géneros respecto de la variable en estudio ( $t= .524$ ;  $114df$ ;  $p= .601$ ). Los resultados obtenidos siguen la misma línea que los datos reportados por Amado et al., (2020); Bachetti et al., (2020); Guerrero-Martelo et al., (2015); Matheson et al., (2020); Sherman et al., (2017).

### **6.2.Asociación entre los problemas derivados del consumo de cannabis y la edad**

Para verificar si existe alguna asociación entre la edad y los problemas derivados del consumo de cannabis en población adulta de bajo riesgo, se calculó el coeficiente de correlación r de Pearson. Se obtuvo una asociación estadísticamente significativa e inversa ( $r= -.233$ ;  $p= .012$ ). Esto significa que, a menor edad, se evidencian mayores problemáticas derivadas del consumo de cannabis, y viceversa, es decir, a mayor edad, se demuestran menores problemáticas derivadas del consumo de cannabis en población adulta de bajo riesgo. Los resultados obtenidos siguen la misma línea que los reportados por Haug et al., (2017); Leadbeater et al., (2018); SEDRONAR (2017); Simón Saiz et al., (2020).

### **6.3.Diferencias en los problemas derivados del consumo de cannabis según el nivel educativo**

Con el fin de verificar si existen diferencias en los problemas derivados del consumo de cannabis según el nivel educativo en población adulta de bajo riesgo, se calculó una prueba t de Student para muestras independientes. En este punto, es relevante aclarar que se recategorizó la variable “nivel educativo” y se conformaron dos grupos: “nivel educativo inferior” (constituido por sujetos con secundario completo o incompleto), y “nivel educativo superior” (formado por individuos con terciario o universitario completo o incompleto). Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo con niveles

académicos inferiores ( $t= 3,184; 114df; p= .002$ ). Esto quiere decir que, los sujetos con niveles académicos inferiores (secundario completo o incompleto), presentan mayores problemáticas derivadas del consumo de cannabis que los sujetos con niveles académicos superiores (terciario o universitario completo o incompleto) en población adulta de bajo riesgo. Los resultados obtenidos persiguen la misma línea que los reportados por Arias- de la Torre et al., (2020); Broyd et al., (2016); Fergusson et al., (2003); Gerra et al., (2018); Han et al., (2016).

#### **6.4.Diferencias en los problemas derivados del consumo de alcohol según género**

Para dar respuesta a si existen diferencias en los problemas derivados del consumo de alcohol según el género en población adulta de bajo riesgo, se calculó una prueba t de Student para muestras independientes. No se obtuvieron diferencias reveladoras al comparar ambos géneros respecto de la variable en estudio ( $t= .341; 114df; p= .734$ ). Los resultados obtenidos siguen la misma línea que los reportados por Cabanillas-Rojas, (2020); Mendoza Mojica et al., (2018); Pilatti et al., (2014); Vinet & Faúndez, (2012).

#### **6.5.Asociación entre los problemas derivados del consumo de alcohol y la edad**

Para verificar si existe asociación estadística entre los problemas derivados del consumo de alcohol y la edad en población adulta de bajo riesgo, se calculó el coeficiente de correlación r de Pearson, obteniendo una asociación estadísticamente significativa e inversa ( $r= -.221; p= .017$ ). Esto significa que, a menor edad, se evidencian mayores problemáticas derivadas del consumo de alcohol, y viceversa, es decir, a mayor edad, se evidencian menos problemas derivados del consumo de alcohol en población adulta de bajo riesgo. Los resultados obtenidos siguen la misma línea que los reportados por Arrieta Vergara et al., (2011); Leal-López et al., (2019); Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, (2018); Rial Boubeta et al., (2018); Salguero et al., (2020); SEDRONAR, (2017); Simón Saiz et al., (2020).

#### **6.6.Diferencias en los problemas derivados del consumo de alcohol según el nivel educativo**

Con el fin de verificar si existen diferencias en los problemas derivados del consumo de alcohol según el nivel educativo en población adulta de bajo riesgo, se calculó una prueba t de Student para muestras independientes. No se obtuvieron diferencias significativas al comparar

niveles académicos inferiores (secundario completo o incompleto) y niveles académicos superiores (terciario o universitario completo o incompleto). Los resultados obtenidos siguen la misma línea que los reportados por Wessels et al., (2019); pero difieren con los resultados reportados por Arrijo Morales et al., (2017); Conde et al., (2016); Osorio, et al., (2020); SEDRONAR, (2017); Ward et al., (2008). Algunos de estos autores proponen que el consumo de alcohol se encuentra asociado inversamente con el nivel académico alcanzado. Arrijo Morales et al., (2017) aseguran que el consumo de alcohol se asocia de manera significativa e inversa con el nivel académico alcanzado; esto quiere decir que, a menor nivel educativo, mayor consumo de alcohol, y viceversa. Asimismo, SEDRONAR (2017) propone que, mientras el 33% de los sujetos que consumen alcohol regularmente pertenecen al nivel terciario o universitario completo o incompleto, el 67% restante pertenece a niveles académicos inferiores. En la misma línea de pensamiento, Osorio, et al., (2020) demuestran que, dentro de una muestra de sujetos abstemios, el 60% posee un nivel educativo técnico. Por otro lado, otros autores aseguran que las problemáticas derivadas del consumo de alcohol son más frecuentes en sujetos con un nivel educativo inferior. Por ejemplo, Conde et al., (2016) sostienen que la hospitalización por problemas de sustancias es más común en sujetos con nivel secundario completo o incompleto, que en individuos con nivel universitario completo; y Ward et al., (2008) afirman que tanto el abuso como la dependencia son más frecuentes en sujetos con educación secundaria incompleta que en individuos con un mayor nivel académico alcanzado.

## **7. Conclusiones**

### **7.1. Breve síntesis del desarrollo**

En este trabajo se propuso determinar si existen diferencias en los problemas derivados del consumo de cannabis y alcohol según sexo, edad, y nivel educativo en población adulta de bajo riesgo. Para esto, se utilizaron dos instrumentos de medición: el AUDIT para puntuar las problemáticas que surgen a partir del consumo de alcohol, y el MSI-X para medir las dificultades derivadas del consumo de cannabis.

En primer lugar, se buscó indagar si existen diferencias en los problemas derivados del consumo de cannabis según el género. Debido a los resultados obtenidos, se puede corroborar la primera hipótesis del trabajo, la cual propuso que no existen diferencias significativas en las

problemáticas que surgen del consumo de cannabis entre hombres y mujeres en población adulta de bajo riesgo. Esta hipótesis presta congruencia con los hallazgos previos de Amado et al., (2020); Bachetti et al., (2020); Guerrero-Martelo et al., (2015); Matheson et al., (2020); Sherman et al., (2017).

Luego se propuso determinar si existe algún grado de asociación entre los problemas derivados del consumo de cannabis y la edad. A partir de los resultados obtenidos, se puede confirmar que las variables se encuentran asociadas negativamente. Es decir, a menor edad, mayor cantidad de problemáticas derivadas del consumo de cannabis, y viceversa. Esta hipótesis es congruente con estudios anteriormente realizados por Haug et al., (2017); Leadbeater et al., (2018); SEDRONAR (2017); Simón Saiz et al., (2020).

Posteriormente se buscó indagar si existen diferencias en los problemas derivados del consumo de cannabis según el nivel educativo. En función de los resultados obtenidos, se puede confirmar la tercera hipótesis propuesta, la cual expone que los sujetos con un nivel académico secundario completo o incompleto desarrollan mayores problemáticas derivadas del consumo de cannabis que los sujetos con un nivel académico terciario o universitario completo o incompleto. Esto mismo se encuentra respaldado con estudios previos realizados por Arias- de la Torre et al., (2020); Broyd et al., (2016); Fergusson et al., (2003); Gerra et al., (2018); Han et al., (2016).

Por otro lado, también se buscó analizar las diferencias en las problemáticas derivadas del consumo de alcohol según género. Teniendo en cuenta los resultados que se obtuvieron, se puede afirmar la cuarta hipótesis planteada, la cual propone que no existen diferencias significativas en los problemas que surgen por el consumo de alcohol entre hombres y mujeres en población adulta de bajo riesgo. Esto presta congruencia con estudios previamente realizados por Cabanillas-Rojas, (2020); Mendoza Mojica et al., (2018); Pilatti et al., (2014); Vinet & Faúndez, (2012).

Adicionalmente, se propuso indagar acerca de la existencia de algún grado de asociación entre los problemas derivados del consumo de alcohol y la edad. En base a los resultados obtenidos, se valida la quinta hipótesis de la investigación, la cual propone que las variables se encuentran asociadas negativamente. Esto quiere decir que, a menor edad, mayor cantidad de problemáticas derivadas del consumo de alcohol, y viceversa. Esto es congruente con hallazgos previos de Arrieta Vergara et al., (2011); Leal-López et al., (2019); Ministerio de Salud y

Desarrollo Social de la Nación, (2018); Rial Boubeta et al., (2018); Salguero et al., (2020); SEDRONAR, (2017); Simón Saiz et al., (2020).

Por último, se buscó indagar si existen diferencias en los problemas derivados de consumo de alcohol según el nivel de escolaridad. A partir de los resultados obtenidos, se valida la sexta hipótesis de la investigación, la cual afirma que no existen diferencias significativas en los problemas derivados del consumo de alcohol según el nivel de escolaridad alcanzado en población adulta de bajo riesgo. Estos resultados prestan congruencia con los hallazgos previos de Wessels et.al., (2019), aunque difieren de los resultados encontrados por Arrijo Morales et al., (2017); Conde et al., (2016); Osorio, et al., (2020); Paucar Gómez & Miranda Limachi, (2015); SEDRONAR, (2017); Ward et al., (2008), los cuales sostienen que, los sujetos con niveles de escolaridad inferiores (secundario completo o incompleto) presentan mayor cantidad de problemáticas derivadas del consumo de alcohol que los individuos con niveles de escolaridad superiores (terciario o universitario completo o incompleto).

## **7.2.Limitaciones**

En cuanto a las limitaciones de este trabajo, se pueden mencionar varias cuestiones. Respecto a las limitaciones teóricas, se puede destacar la dificultad para encontrar material bibliográfico de ciertas temáticas. Por ejemplo, si bien hay suficiente información acerca del consumo problemático, aún no se cuenta con una gran cantidad de estudios relacionados al consumo no patológico. Además, debido al contexto de aislamiento en el cual se realizó la investigación, se puede remarcar la imposibilidad de acceder al material físico en las bibliotecas. Como consecuencia, gran cantidad de libros que aún no se encuentran digitalizados, han quedado por fuera del repertorio teórico.

En consideración a las limitaciones metodológicas, se puede mencionar que el MSI-X, la prueba utilizada para evaluar las problemáticas derivadas del consumo de cannabis, aún no cuenta con su validación en español. Asimismo, es necesario destacar que ambos test que formaron parte de las baterías fueron diseñados para responderse en lápiz y en papel, y aún no se han realizado investigaciones que corroboren la validez y la confiabilidad de su versión online. Por otro lado, también se puede manifestar la dificultad para medir la cantidad de consumo de alcohol y de consumo de cannabis. Debido a esto, a través de estos instrumentos, se mide el consumo a partir de la frecuencia del mismo.



Por último, se puede mencionar que la muestra no incluyó participantes con estudios primarios completos o incompletos. Asimismo, se contó con un mínimo porcentaje de sujetos con estudios secundarios incompletos. De esta manera, la mayoría de los individuos se encontraron dentro de los rangos académicos de secundario completo y universitario completo. Se puede manifestar que, no sólo no se obtuvo una muestra equilibrada respecto a los niveles académicos, sino que tampoco se pudo indagar acerca de las problemáticas del consumo de alcohol y de cannabis en sujetos con un nivel primario completo o incompleto. A partir de esto, se puede pensar que, si se hubiera contado con una muestra más equitativa respecto a los niveles educativos, se podrían haber encontrado resultados diferentes. Por ejemplo, se podrían haber hallado diferencias significativas en los problemas derivados del consumo de alcohol según el nivel académico alcanzado.

### **Perspectiva crítica y aporte personal**

Teniendo en cuenta los resultados expuestos anteriormente, se pueden analizar distintas cuestiones. En primer lugar, como se ha detectado una asociación inversa entre la edad y las problemáticas que surgen a partir del consumo de cannabis y de alcohol, se podría considerar que los adolescentes y los jóvenes conforman una población de riesgo (Arrieta Vergara et al., 2011; Leal-López et al., 2019; Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, 2018; Rodríguez-Carranza, 2012). En consecuencia, se podría pensar en informar y educar a los más jóvenes en dichas temáticas. Una sugerencia podría ser la obligación de las escuelas de brindar talleres regulares acerca del consumo problemático y no problemático. Los mismos deberían estar a cargo de profesionales idóneos, los cuales sean capaces de brindar información clara y confiable acerca de los riesgos que implica el consumo de sustancias. Además, se podría sugerir la asistencia de los padres a dichos talleres, para que adquieran herramientas respecto al manejo de dicha problemática.

En segundo lugar, cabe mencionar que gran cantidad de estudios expusieron que los sujetos con niveles académicos inferiores (nivel primario o secundario completo o incompleto) desarrollan mayores problemáticas derivadas del consumo de sustancias que aquellos con niveles educativos superiores (nivel terciario o universitario completo o incompleto) (Arriola Morales et al., 2017; Conde et al., 2016; Osorio, et al., 2020; Paucar Gómez & Miranda Limachi, 2015; SEDRONAR, 2017; Ward et al., 2008). A partir de esto, se podría pensar que la educación actúa como un factor protector, considerando que aquellos sujetos con niveles

académicos superiores tendrían mayor acceso a la información, y podrían obtener más cantidad de datos acerca de los efectos negativos y de los riesgos que conlleva el consumo de sustancias. Asimismo, dichos individuos podrían acceder de manera más fácil a datos vinculados a los hábitos perjudiciales y saludables para el organismo. Por esto, se afirmaría la importancia que la información y la educación tienen frente a los problemas del consumo de sustancias. Debido a la gran cantidad de sujetos que quedarían por fuera del sistema educativo, se sugeriría el dictado de talleres acerca del consumo problemático y no patológico en distintos establecimientos que sean accesibles para todos los sectores de la sociedad. Por ejemplo, se podrían brindar talleres en hospitales públicos, o en barrios marginados, con el objetivo de informar a los sujetos, y de prevenir consumos problemáticos.

Por otro lado, a partir de una revisión exhaustiva acerca del consumo problemático y no problemático de alcohol y de cannabis, se puede asegurar la importancia que dichas temáticas tienen en el área de la psicología. Por un lado, el consumo de sustancias puede producir grandes problemáticas tanto en lo personal y familiar, como en lo laboral y/o académico. Por el otro, el consumo de sustancias es un factor esencial a la hora de realizar diagnósticos diferenciales con otros trastornos mentales (American Psychiatric Association, 2014). Es por esto que, una sugerencia podría ser evaluar la inclusión de una materia especializada en estas temáticas en el currículum obligatorio de las carreras de psicología. Si bien la mayoría de las carreras de psicología en Argentina poseen una materia de este estilo, en general, se trata de una materia optativa. Asimismo, se podría dirigir el programa de la materia, no sólo al conocimiento de las distintas sustancias y sus efectos, sino también a la práctica clínica. De este modo, se estaría formando a profesionales que tengan, al menos, un mínimo conocimiento acerca de estas temáticas, y que puedan detectar cuándo el consumo se vuelve patológico y comienza a interferir en la vida del paciente.

Por último, actualmente, el consumo de sustancias se conceptualiza como una de las mayores problemáticas de salud a nivel mundial debido a que se considera uno de los 20 factores de riesgo de discapacidad y muerte (Bugge et al., 2017). Por esto, se puede afirmar que la presente investigación aporta al campo científico datos relevantes y actuales. En primer lugar, y teniendo en consideración que no se cuenta con gran cantidad de estudios acerca del consumo no patológico, dicho estudio es novedoso debido a que se realizó con población de bajo riesgo. Por otra parte, si bien se cuenta con gran cantidad de estudios que indagan acerca

del consumo de sustancias y su asociación con distintas variables sociodemográficas, estas últimas suelen estudiarse por separado. Por el contrario, lo interesante de esta investigación, es que reúne en un solo estudio todas aquellas diferencias y asociaciones que se encontraron a partir del género, la edad, y el nivel académico de los participantes. En la misma línea de pensamiento, una problemática actual y preocupante para la sociedad es el consumo de sustancias en adolescentes y jóvenes (Arrieta Vergara et al., 2011; Leal-López et al., 2019; Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, 2018; Rodríguez-Carranza, 2012). En este caso, este trabajo cuenta con datos actualizados acerca de esta cuestión, los cuales incluyen datos actualizados. En conclusión, los datos que se encuentran en esta investigación pueden ser útiles tanto para profesionales como no profesionales para, no sólo sumar conocimiento respecto de estas temáticas, sino también para lograr prevenirlas.

### **7.3.Nuevas líneas de investigación**

Respecto a las nuevas líneas de estudio, se pueden mencionar varias temáticas. En primer lugar, teniendo en cuenta que la edad de inicio de consumo de sustancias es cada vez más temprana (Simón Saiz et al., 2020), podría resultar interesante estudiar el consumo de alcohol y de cannabis en niños y/o en preadolescentes. De esta manera, no sólo podrían detectarse consumos de sustancias en sujetos de corta edad, sino que también podrían desarrollarse estrategias de prevención.

Por otro lado, otra temática relevante podría ser investigar las problemáticas que conlleva el consumo de otras sustancias psicoactivas, como por ejemplo el tabaco, la cocaína, o las sustancias alucinógenas. A su vez, una cuestión interesante podría ser estudiar la relación entre el consumo de diversas drogas. En este caso, sería relevante investigar si existe alguna asociación entre el consumo de alcohol y el consumo de cannabis.

Otra línea de pensamiento podría ser el estudio de la asociación entre los trastornos por consumo de sustancias y otro tipo de trastornos. Por ejemplo, se podría investigar si existe una asociación entre el consumo de alcohol y los trastornos de ansiedad; o si existe una asociación significativa entre el consumo de cannabis y los trastornos del estado de ánimo; entre otras posibles asociaciones.

Por último, debido al contexto en el cual se realizó la investigación, un estudio futuro podría estar relacionado con el consumo de sustancias en situación de aislamiento. Se podría

estudiar si aumentaron la frecuencia o la cantidad de consumo, si se intensificaron las problemáticas derivadas del uso o abuso de la sustancia, y si se acrecentaron los niveles de consumo patológico.

## 8. Referencias

- Alexander, D. E., & Leung, P. (2004). The Marijuana Screening Inventory (MSI-X): Reliability, Factor Structure, and Scoring Criteria with a Clinical Sample. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30 (2), 321-351. doi: <https://doi.org/10.1081/ada-120037381>.
- Alfonso Velasco, M. (2014). Farmacología y toxicología del alcohol etílico, o etanol. *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía*, 51, 242-248.
- Amado, B. G., Villanueva, V. J., Vidal-Infer, A., & Isorna, M. (2020). Diferencias de género entre autocultivadores de cannabis en España. *Adicciones*, 32 (3), 181- 192.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*, 5ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Arias-de la Torre, J., Orosa, F. J. E., Molina, A. J., Colell, E., Dávila-Batista, V., Moreno-Montero, F., ... & Martín, V. (2020, en prensa). Relación del consumo problemático de cannabis en la población joven de España con el riesgo percibido, los factores ambientales y los factores sociodemográficos. *Adicciones*.
- Arrieta Vergara, K., Díaz Cárdenas, S., & González Martínez, F. (2011). Consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes de una universidad pública de Cartagena. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40 (2), 215-228.
- Arriola Morales, G., Galera, S. A. F., Torres Reyes, A., Aguila, S. G. R., Avila Arroyo, M. L. D., & Morales Castillo, F. A. (2017). Factores de riesgo para el consumo de alcohol en adolescentes estudiantes. *SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 13 (1), 22-29. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v13i1p22-29>

- Atance, J.A.R. (2007). *Aspectos psiquiátricos del consumo de Cannabis*. Madrid: Sociedad Española de Investigación en Cannabinoides (SEIC).
- Bachetti, M. C., Lanzi, R., Menculini, G., Scopetta, F., Tortorella, A., & Moretti, P. (2020). Cannabinoid-induced psychosis: a cross-sectional gender study. *Psichiatria Danubina*, 32 (1), 200-206.
- Betancourt Torres, I., De La Moneda Güillerme, M. E., & Hernández Veliz, D. (2014). Cannabis en la historia, el arte y la medicina. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 11 (1), 1-6.
- Bobes, J., Casas, M., & Gutiérrez, M. (2011). *Manual de trastornos adictivos*. 2º edición. Madrid: Enfoque Editorial.
- Bourassa, M., & Vaugeois, P. (2001). Effects of Marijuana Use on Divergent Thinking. *Creativity Research Journal*, 13 (3-4), 411-416. doi: [https://doi.org/10.1207/s15326934crj1334\\_18](https://doi.org/10.1207/s15326934crj1334_18).
- Broyd, S. J., Van Hell, H. H., Beale, C., Yucel, M., & Solowij, N. (2016). Acute and chronic effects of cannabinoids on human cognitional systematic review. *Biological Psychiatry*, 79 (1), 557-567.
- Bugge, M., Fontana F., Ortiz de Latierra, S., Sarcona, E., Wydler, C., Aguilera, V., ... Viñas, A. (2017). Prevalencia del uso de sustancias específicas potencialmente nocivas en adultos de 18 a 60 años. *Revista Argentina Médica*, 5 (3), 159-167.
- Cabanillas-Rojas, W. (2020). Consumo de alcohol y género en la población adolescente escolarizada del Perú: evolución y retos de intervención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37 (1), 148-154. doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.371.5151>.
- Cabaynes-Truffino, J. (2004). Neuropsicología del síndrome de Korsakoff. *Neurología*, 19 (4), 183-192.

- Cáceres Krüger, G., & López, M. B. (2018). Relaciones entre consumo de alcohol, empatía y prosocialidad: diferencias por sexo en adultos jóvenes argentinos. *Revista de Psicología, 14* (28), 22-33.
- Calafat, A., Fernández, C., Becoña, E., Gil, E., Juan, M., & Torres, M.A. (2000). Consumo y consumidores de cannabis en la vida recreativa. *Adicciones, 12* (2), 197-230.
- Calderón Romero, E. A., & Cáliz Romero, N.E. (2015). Juventud y universidad: sujetos y escenarios para el debate crítico y autorreflexivo sobre el consumo de sustancias psicoactivas de uso legal e ilegal. *Revista Gerencia y Políticas de Salud, 14* (28), 123-141. doi:<http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyyps18-28.juse>.
- Calderón, G.A., Pareja, L.M., Caicedo, C., & Chica, R.A. (2017). Regulación del uso de marihuana en Colombia con fines medicinales. *Hacia la Promoción de la Salud, 22* (1), 43-55. doi: 10.17151/hpsal.2017.22.1.4.
- Canedo Magariños, M. A. (2011). Alcoholismo: perspectiva psiquiátrica para clínicos. *Galicia Clínica, 72* (1), 7-10.
- Carretero, M.A.G., Novalbos Ruiz, J. P., Martínez Delgado, J. M., & O'Ferrall González, C. (2016). Validación del test para la identificación de trastornos por uso de alcohol en población universitaria: AUDIT y AUDIT-C. *Adicciones, 28* (4), 194- 204.
- Carvalho, A. F., Heilig, M., Pérez, A., Probst, C., & Rehm, J. (2019). Alcohol use disorders. *The Lancet, 394* (10200), 781-792. doi: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)31775-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)31775-1).
- Caudevilla Gálligo, F., & Majada, A. (2008). Efectos psicológicos del cannabis. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria, 15* (5), 282-90.
- Cedeño-Zambrano, J.E., Vásquez-Jaramillo, P.A., & Roca-Lino, V.E. (2016). Riesgo cardiovascular relacionado con el consumo de alcohol. *Dominio de las Ciencias, 2* (4), 17-27.

- Chakrabarti, S., & Ghosh, A. (2016). La psiquiatría de enlace y el diagnóstico del delirium tremens. *Salud(i)Ciencia*, 22, 236-249. doi: [www.dx.doi.org/10.21840/siic/150004](http://www.dx.doi.org/10.21840/siic/150004).
- Conde, K., Remaggi, M. L., Peltzer, R. I., Lichtenberguer, A., & Cremonte, M. (2016). Registro de información en pacientes con trastornos por uso de alcohol en Mar del Plata, Argentina. *Pensando Psicología*, 12 (20), 43- 52. doi: <https://doi.org/10.16925/pe.v12i20.1562>.
- Corvalán, M. P. B. (2017). El tabaquismo: una adicción. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 33 (3), 186-189. doi: <https://doi.org/10.4067/s0717-73482017000300186>.
- Damín, C. (2015). Consumo de sustancias psicoactivas: cuándo es un problema. *Voces del Fénix*, 42, 10-19.
- De Leonardis, M. (2016). Usos de drogas en la Argentina del final de siglo y milenio. *Drugs and Addictive Behavior*, 1 (1), 114-125. doi:10.1684/epd.2019.1126.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Beautrais, A. L. (2003). Cannabis and educational achievement. *Addiction*, 98, 1681–1692.
- Fernández-Artamendi, S., Fernández-Hermidal, J. R., Secades-Villa, R., & García-Portilla, P. (2011). Cannabis y Salud Mental. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39 (3), 180- 190.
- Frago, S., & Sáez, S. (2007). Drogas y sexualidad. Repercusiones en la vida erótica. *Revista Sal de Dudas*, 5, 133–152.
- Gangli, C. I. (2020). El tóxico en la historia de la humanidad. Repositorio Hipermedial de la Universidad Nacional de Rosario. Recuperado de: <https://rehip.unr.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/2133/18229/El%20t%C3%B3xico%20en%20la%20historia%20de%20la%20humanidad.pdf?sequence=3>.
- García Fernández, G., García Rodríguez, O., & Secades Villa, R. (2011). Neuropsicología y adicción a drogas. *Papeles del Psicólogo*, 32 (2), 159- 165.

- Gazmuri, A. M. (2014). Plantas maestras y Cannabis. Historias y mitos. *Psiquiatría y Salud mental*, 2 (31), 57- 64.
- Gerra, M. C., Jayanthi, S., Manfredini, M., Schroeder, J., Phillips, K. A., Cadet, J. L., & Donnini, C. (2018). Gene variants and educational attainment in cannabis use: mediating role of DNA methylation. *Translational Psychiatry*, 8 (1), 1-11. doi: <https://doi.org/10.1038/s41398-017-0087-1>.
- Goldstein, B., & Bordoni, M. F. (2015). Conferencia: El sujeto y el consumo. Adicciones y Terapia Ocupacional. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 1 (1), 39-46.
- Greaves, L., & Hemsing, N. (2020). Sex and Gender Interactions on the Use and Impact of Recreational Cannabis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (509), 1-15. doi: //doi.org/10.3390/ijerph17020509.
- Grotenhermen, F. (2006). Los cannabinoides y el sistema endocannabinoide. *Cannabinoids*, 1 (1), 10- 14.
- Guerrero Mothelet, V. (2013). El cerebro adicto. *Revista ¿Cómo ves?*, 177, 10-14.
- Guerrero-Martelo, M., Galván, G., Pinedo-López, J., Vásquez-De la Hoz, F., Torres-Hoyos, F., & Torres-Oviedo, J. (2015). Prevalencia de vida de uso de cannabis y rendimiento académico en adolescentes. *Salud Uninorte*, 31 (3), 467-678.
- Gutiérrez-Rojas, L., De Irala, J., & Martínez-González, M. A. (2006). Efectos del cannabis sobre la salud mental en jóvenes consumidores. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 50 (1), 3- 10.
- Han, B. H., Sherman, S., Mauro, P. M., Martins, S. S., Rotenberg, J., & Palamar, J. J. (2016). Demographic trends among older cannabis users in the United States, 2006-13. *Addiction*, 112 (3), 516-525. doi: <https://doi.org/10.1111/add.13670>.
- Haug, N. A., Padula, C. B., Sottile, J. E., Vandrey, R., Heinz, A. J., & Bonn-Miller, M. O. (2017). Cannabis use patterns and motives: A comparison of younger, middle-aged,



- and older medical cannabis dispensary patients. *Addictive Behaviors*, 72, 14-20. doi: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.03.006>.
- Hemsing, N., & Greaves, L. (2020). Gender Norms, Roles and Relations and Cannabis-Use Patterns: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (947), 1- 31. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17030947>
- Herrmann, E. S., Weerts, E. M., & Vandrey, R. (2015). Sex differences in cannabis withdrawal symptoms among treatment-seeking cannabis users. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 23, 415-421. doi:10.1037/pha0000053.
- Ibáñez-Santana, S., Peña-Otero, D., & Visiers-Jiménez, L. (2020). Encefalopatía de Wernicke-Korsakoff: a propósito de un caso. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 51, 27-36. doi: <https://doi.org/10.1016/j.sedene.2019.02.001>.
- Kontxi, G. (2001). Antecedentes históricos, situación actual y tendencias de consumo. *Osasunaz*, 4, 139- 158.
- Kowal, M. A., Hazekamp, A., Colzato, L. S., Van Steenbergen, H., Van der Wee, N. J. A., Durieux, J., Manai, M., & Hommel, B. (2014). Cannabis and creativity: highly potent cannabis impairs divergent thinking in regular cannabis users. *Psychopharmacology*, 232 (6), 1123-1134. doi: <https://doi.org/10.1007/s00213-014-3749-1>.
- Lagae, L. (2020). Long-term effects of cannabinoids on development/behaviour. *Epileptic Disord*, 22 (1), 33- 37.
- Lara, P., & Takahashi, H. (2008). ¿Qué es adicción? *Revista LiberAddictus*, 36, 1-7.
- Leadbeater, B. J., Ames, M. E., & Linden-Carmichael, A. N. (2018). Age-varying effects of cannabis use frequency and disorder on symptoms of psychosis, depression and anxiety in adolescents and adults. *Addiction*, 114 (2), 278-293. doi: <https://doi.org/10.1111/add.14459>.

- Leal-López, E., Sánchez-Queija, I., Rivera, F., & Moreno, C. (2019). Tendencias en el consumo de alcohol en adolescentes escolarizados en España (2010-2018). *Gaceta Sanitaria*, 1791, 1-7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.07.011>.
- Ley N° 26.934. Plan integral para el abordaje de los consumos problemáticos, Buenos Aires, Argentina, 30 de abril de 2014.
- López, S. J. A. (2017). *Los alucinógenos*. Madrid: Editorial CSIC Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Martínez Ruiz, M., & Rubio Valladolid, G. (2002). *Manual de Drogodependencias para Enfermería*. Madrid: Diaz de Santos.
- Matheson, J., Sproule, B., Di Ciano, P., Fares A., Le Foll, B., Mann, R. E., & Brands, B. (2020). Sex differences in the acute effects of smoked cannabis: evidence from a human laboratory study of young adults. *Psychopharmacology*, 237, 305–316. doi: <https://doi.org/10.1007/s00213-019-05369-y>.
- Méndez-Díaz, M., Romero Torres, B. M., Cortés Morelos, J., Ruíz-Contreras, A. E., & Prospéro-García, O. (2017). Neurobiología de las adicciones. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 60 (1), 6- 16.
- Mendoza Mojica, S. A., Moreno López, M., & Ramos-Lira, L. (2018). Eventos potencialmente traumáticos y sintomatología postraumática asociada con el consumo de alcohol en hombres y mujeres estudiantes de bachillerato. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 4 (1), 12-24. doi: <https://doi.org/10.28931/riiad.2018.1.3>.
- Merchán-Clavellino, A., Ribeiro Do Couto, B., & Alameda-Bailén, J. R. (2019). Descripción de los efectos neuropsicológicos en la adolescencia asociados al consumo de alcohol y/o tabaco. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28 (4), 409-417. doi: <https://doi.org/10.24205/03276716.2019.1136>.
- Merino, P. P. (2000). Vieja historia del cannabis y recientes prácticas preventivas en Europa. *Adicciones*, 12 (2), 275- 280.

- Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (2018). Encuesta Mundial de Salud Escolar. Recuperado de: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001787cnt-emse-2018.pdf>
- Minor Granados, M. O., Domínguez Estrada, F. J., & Simón Hernández, J. A. (2019). Salud mental y drogas. *TEPEXI Boletín Científico de la Escuela Superior Tepeji del Río*, 6 (12), 48-53. doi: <https://doi.org/10.29057/estr.v6i12.4307>
- Morales- Méndez, A., Espinoza- Céspedes, M., Franz-Chacón, M., Solano-Garita, N., Campos-Arroyo, X., & Alfaro-Mora, R. (2019). Prevalencia del consumo de estimulantes por parte de estudiantes universitarios y factores asociados. *Revista Salud Pública*, 21(3), 1-6.
- Muñoz de Cote Orozco, J. (2010). Las bebidas alcohólicas en la historia de la humanidad. *AAPAUNAM*, 2 (5), 42- 52.
- Navarro, M., & Rodríguez de Fonseca, F. (2000). Cannabinoides y conducta adictiva. *Adicciones*, 12 (2), 97-108.
- Noorbakhsh, S., Afzali, M. H., Boers, E., & Conrod, P. J. (2020). Cognitive Function Impairments Linked to Alcohol and Cannabis Use During Adolescence: A Study of Gender Differences. *Frontiers in Human Neuroscience*, 14, 1-11. doi: <https://doi.org/10.3389/fnhum.2020.00095>.
- Núñez Gaviño, P., Piñeiro López, A., & Chillón Arce, R. (2016). *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 23 (2), 97-102.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT). (2010). El problema de la drogodependencia en Europa. Recuperado de: [https://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_120104\\_ES EMCDDA\\_AR2010\\_ES.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_120104_ES EMCDDA_AR2010_ES.pdf)
- Ochoa Mangado E., Madoz-Gúrpide, A., & Vicente Muelas, N. (2009). Diagnóstico y tratamiento de la dependencia de alcohol. *Medicina y seguridad del trabajo*, 55 (214), 26-40.

- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-11)*, 11ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Osorio A., Alvarado A., Rodríguez E. (2020). Consumo de alcohol en profesionales de la salud en una institución prestadora de servicios de salud en Bogotá en el año 2019. *Revista RECIEN*, 9 (2), 1- 13.
- Osorio, J. H. & Tangarife, H. F. (2009). Cannabis, una opción terapéutica. *Biosalud*, 8, 166-177.
- Paucar Gómez, R.B., & Miranda Limachi, K. E. (2015). Factores de riesgo que influyen al consumo de alcohol en los estudiantes del nivel secundario de la I.E. José Faustino Sánchez Carrión de Carapongo, Lima, Perú, 2014. *Revista de Investigación Universitaria*, 4 (1), 65-73.
- Peñañiel Pedrosa, E. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Revista Pulso*, 32, 147- 173.
- Pérez, F. B. (2020). Consumo de drogas en estudiantes de centros escolares en San Salvador. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)*, 23, 47-64. doi: 10.17561/reid. n23.3
- Pilatti, A., Read, J. P., Vera, B. V., Caneto, F., Garimaldi, J. A., & Kahler, C. W. (2014). The Spanish version of the Brief Young Adult Alcohol Consequences Questionnaire (B-YAACQ): A Rasch Model analysis. *Addictive Behaviors*, 39 (5), 842-847. doi: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.01.026>.
- Pisanti, S., & Bifulco, M. (2017). Modern History of Medical Cannabis: From Widespread Use to Prohibitionism and Back. *Trends in Pharmacological Sciences*, 38 (3), 195-198. doi: <https://doi.org/10.1016/j.tips.2016.12.002>.

- Rial Boubeta, A., Golpe, S., Barreiro, C., Gómez, P., & Isorna Folgar, M. (2018). La edad de inicio en el consumo de alcohol en adolescentes: implicaciones y variables asociadas. *Adicciones*, 32 (1), 52- 62. doi: <https://doi.org/10.20882/adicciones.1266>.
- Rodríguez- Carranza, R. (2012). Los productos de Cannabis sativa: situación actual y perspectivas en medicina. *Salud Mental*, 35 (3), 247-256.
- Saad Lapka, Y., & Llorens, M. (2015). Encefalopatía Wernicke - Korsakoff: revisión de un caso clínico. *Revista de Patología Dual*, 2 (4), 1-4. doi: <https://dx.doi.org/10.17579/RevPatDual.02.24>.
- Salguero, A., Leiva, L., Luque, M., & Pautassi, R. M. (2020). Consumo de alcohol en niños y adolescentes: prevalencia en países del cono sur de América Latina, factores de protección y factores de vulnerabilidad. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 12 (1), 26-39.
- Salvia, A., Bonfiglio, J. I., & Rodríguez Espínola, S. (2016). *Percepción de adicciones severas a sustancias psicoactivas en hogares urbanos de la Argentina: la situación de los jóvenes de barrios vulnerables*. Observatorio de la Deuda Social Argentina. Barómetro del Narcotráfico y las Adicciones en la Argentina, Informes Temáticos. Universidad Católica Argentina. Recuperado de: <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/8174/1/percepcion-adicciones-severas-argentina.pdf>
- Sánchez Antelo, V. (2020). Mujeres argentinas y usos de drogas: análisis sociohistórico del uso femenino de sustancias psicoactivas en Argentina (1860-1930). *Salud Colectiva*, 16 (2446), 1-19. doi: <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2446>
- Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR). (2011). Una mirada específica sobre la problemática del consumo y abuso de Marihuana. Recuperado de: <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/miradaZmarihuana-.pdf>

- Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR). (2017). Estudio nacional en población de 12 a 65 años, sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas. Recuperado de: <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/miradaZmarihuana-.pdf>
- Sherman, B. J., McRae-Clark, A. L., Baker, N. L., Sonne, S. C., Killeen, T. K., Cloud, K., & Gray, K. M. (2017). Gender differences among treatment-seeking adults with cannabis use disorder: Clinical profiles of women and men enrolled in the achieving cannabis cessation-evaluating N-acetylcysteine treatment (ACCENT) study. *The American Journal on Addictions*, 26 (2), 136-144. doi: <https://doi.org/10.1111/ajad.12503>.
- Simón Saiz, M. J., Fuentes Chacón, R. M., Garrido Abejar, M., Serrano Parra, M. D., Díaz Valentín, M. J., & Yubero, S. (2020). Perfil de consumo de drogas en adolescentes. Factores protectores. *Medicina de Familia. Semergen: Revista Española de Medicina de Familia*, 46 (1), 33-40. doi: <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2019.06.001>.
- Sotomayor Álvarez, M. J., & Zambrano Vera, D. G. (2007). Déficit de Tiamina: Beriberi y síndrome de WernickeKorsakoff. *Medicina*, 13 (2), 137- 139.
- Souza Cruz, O., & Machado, C. (2010). Consumo ñão problemático de drogas ilegais. *Revista Toxicodependências*, 16 (2), 39-47.
- Suárez Daroca, P.I., Reyes Abreu, G., & Quintero Febles, J. M. (2018). Cannabis: desde sus orígenes hasta la actualidad. *Revista Egle*, 12, 19- 29.
- Varela, J. (2011). Juventud, violencia y delincuencia desde una mirada de la prevención social del delito. *Revista Observatorio de Juventud*, 29, 39- 54.
- Venegas Silva, V. (2014). Legalización de la marihuana, la libertad que amenaza la salud pública. *Revista chilena de pediatría*, 85 (6), 653-657. doi: <https://doi.org/10.4067/s0370-41062014000600001>
- Vinet, E. V., & Faúndez, X. (2012). Consumo de alcohol y drogas en adolescentes evaluado a través del MMPI-A. *Salud Mental*, 35, 205-213.

- Ward, C. L., Mertens, J. R., Flisher, A. J., Bresick, G. F., Sterling, S. A., Little, F., & Weisner, C. M. (2008). Prevalence and Correlates of Substance Use Among South African Primary Care Clinic Patients. *Substance Use & Misuse*, 43 (10), 1395-1410. doi: <https://doi.org/10.1080/10826080801922744>
- Wessels, J., Walsh, C. M., & Nel, M. (2019). Smoking habits and alcohol use of patients with tuberculosis at Standerton Tuberculosis Specialised Hospital, Mpumalanga, South Africa. *Health SA Gesondheid*, 24, 1-6. doi: <https://doi.org/10.4102/hsag.v24i0.1146>.