

**EL CANNABIS, EL CONSUMO Y EL ESTIGMA**

**Documento De Trabajo De Grado: Proyecto Owl.Co**

**Desarrollo de Modelo de Emprendimiento**

**David Santiago Moreno Feo**

**Programa de Diseño Industrial, Facultad de Artes y Diseño, Universidad Jorge Tadeo**

**Lozano**

**CPG: Proyecto de Grado**

**12 de abril de 2022**

## Tabla De Contenidos

1. Introducción .....	
2. Justificación.....	
2.1. Problemática Publica Y Social.....	
2.2. Criminalización de la Marihuana.....	
2.3. Estigmatización.....	
3. Objetivos .....	
4. Marco de Referencias .....	
4.1. Marco Conceptual .....	
4.1.1. Cannabis .....	
4.1.2. Cannabinoides.....	
4.1.3. Consumo Responsable .....	
4.1.4. Manifestaciones Clínicas.....	
4.1.5. Efectos Adversos.....	
4.1.6. Potenciales Usos Terapéuticos del Cannabis.....	
4.1.7. Imaginarios Sociales.....	
4.1.8. Motivaciones de Consumo.....	
4.1.9. Hacia una 'pedagogía cannábica'	
4.2. Indicadores Del Cannabis .....	
4.3. Marco Legislativo .....	
5. Propuesta De Intervención .....	
5.1. Modelo De Negocio .....	
6. Conclusiones .....	
7. Bibliografía .....	

## 1. Introducción:

La planta de cannabis, también conocida como cáñamo o marihuana, se encuentra presente en la vida humana desde tiempos antes de cristo en diferentes civilizaciones, con registros históricos de sus orígenes en las cordilleras de Asia y de su distribución a través de la apropiación y aceptación de la planta por distintas culturas en todo el mundo.

El cannabis es históricamente conocido por su potencial uso industrial como materia prima, junto a sus características terapéuticas y psicoactivas que tienen efecto sobre el sistema nervioso, por estos motivos fue participe de un sin contar de dinámicas de culto, religión y ocio.

Con el pasar de la historia, el cannabis, o llamado marihuana puntualmente al producto o material psicoactivo de la planta, ha sido atravesado por una serie de eventualidades históricas que lo ubicaron bajo un imaginario social que ataca y margina su uso y al consumidor de esta.

En Colombia se da inicio a la cultura prohibicionista a partir de motivaciones xenofóbicas y religiosas por parte de la iglesia católica, quien señala el cannabis como parte de actos satánicos por la utilización del mismo en rituales por parte de comunidades indígenas.

Posteriormente el consumo es relacionado directamente con problemáticas públicas como la violencia, prostitución o la influencia a cometer actos delictivos. Las políticas públicas adoptadas toman una posición firme frente a la criminalización, prohibición, penalización y cancelación de la marihuana. Colombia asume el reflejo de la perspectiva anti drogas Norte Americana que, del mismo modo, fundamentada en la salud publica bajo circunstancias racistas relaciona este tipo de conductas con poblaciones afrodescendientes, mexicanas y posteriormente latinas.

Las políticas antidrogas adoptadas por el estado Colombiano, así como las de gran cantidad de países hasta antes de su posterior legalización en algunos casos; son políticas tomadas bajo la intención de erradicar la marihuana como droga señalada como una de las principales causantes de alteraciones de origen público, que vistas actualmente desde un ámbito científico evidencian no haber sido tomadas en cuenta en tiempos anteriores por su actual desconocimiento y a causa de los distintos imaginarios que se han encontrado dentro del marco del concepto del cannabis.

Promoviendo así estas políticas de la cancelación y prohibición de la marihuana se continúa construyendo un imaginario social dentro de la comunidad colombiana, característica de la marginalización tras el consumo de la misma. Adicionalmente que al cannabis se le comienza a atribuir las dificultades del país como la época de la violencia bipartidista y el narcotráfico. Esta es una época que marco por completo la historia del país, con ello el imaginario entorno al cannabis, que se vio gravemente criminalizado, pensamiento que se difundió en la población y reforzó la desaprobación y la estigmatización sobre esta.

Por este motivo la información referente al Cannabis en Colombia se enfatiza principalmente en el consumo y el cultivo ilegal, con renombre a nivel mundial como estupefaciente comercializado en el mercado negro. El control de la información toma un papel muy importante en torno al concepto del cannabis, porque es el desconocimiento de la misma la principal causante de la interpretación actual que se le da a la planta y sus propiedades, así como la manipulación de la información en búsqueda de un beneficio propio o el de instituciones específicas.

Actualmente la legislación del cannabis es ambivalente y difícil de comprender. Pese que el país se encuentre encaminado a una posible legalización entorno a su explotación industrial, tecnológica y de investigación, también mantiene una postura firme frente al

consumo de marihuana y pese a que actualmente no es criminalizado y su uso está permitido bajo ciertos parámetros, la ley y el código de la policía nacional terminan por no ser del todo claros en relación al proceder en cuanto a medidas correctivas.

Pese a que la legislación actual del cannabis en el país tiene un acierto clave en cuanto al tratamiento del consumo de marihuana; direccionando la ley fundamentada en la constitución política y derechos humanos, las consecuencias de la marginalización, el estigma y la criminalización de la marihuana son reflejadas directamente sobre el consumidor y su papel en la sociedad, colocándolo del mismo modo en una población vulnerada desde sus propios derechos humanos.

Bajo la misma premisa, el conocimiento referente al consumo de cannabis, sus efectos clínicos y adversos e incluso el conocimiento referente a la propia sustancia, es escaso y continua bajo una cultura de cancelación como efecto del estigma.

Consecuencia a esto es posible evidenciar y proponer la hipótesis de que la problemática pública, social y política referente al cannabis en el país, no requiere de soluciones de tipo policial de manera en que deba ser perseguido el consumidor y el consumo en búsqueda de erradicarlo; sino de mediaciones en la difusión de información en la búsqueda de desmentir mitos y deconstruir los estigmas que se han desarrollado, a través de la educación y la divulgación de la verdad.

Con identificar al consumidor de cannabis en situación de vulnerabilidad tras el efecto del estigma, es posible distinguir algunos de los riesgos adicionales a los que este es sometido dentro del marco de las problemáticas públicas que se vinculan a los problemas actuales en cuanto a la caracterización de la información y el conocimiento sobre el consumo. De acuerdo con lo anterior, el consumidor puede verse en medio de afectaciones físicas, fisiológicas, psíquicas y psiquiátricas; ya sea por verse en situaciones de peligro con

las consecuencias de la existencia de mercados negros y sustancias alteradas, como por falta de conocimiento para ejercer un consumo responsable enfocado en la prevención de daños.

El narcotráfico y microtráfico son la principal fuente de abastecimiento de marihuana en Colombia, sus cultivos poseen una pésima tecnificación al igual que los insumos con los que se realizan, consecuente con esto el producto de estos cultivos bien presenta un alto índice de agentes patógenos que perjudican gravemente la salud del consumidor de Cannabis.

El proceso regulatorio del mercado de marihuana en Uruguay, la aprobación del uso recreacional en algunos estados en Estados Unidos, y la mirada específica sobre las bases de la cancelación y los fenómenos que esta desarrolla, generan una serie de interrogantes al respecto de esta serie de transformaciones, que exigen una mirada profunda al tema de cómo las distintas sociedades manejan el tema del cannabis.

Es posible cambiar la percepción de la misma brindándole al consumidor herramientas pedagógicas logrando incentivar iniciativas de consumo responsable y prácticas sanas que logren ubicar y respaldar al consumidor de marihuana como partícipe dentro de una sociedad.

Partiendo de los posibles riesgos a los cuales puede verse enfrentado el consumidor, que van desde la vulneración de sus propios derechos humanos hasta daños físicos, psicológicos o sociales; en relación a las falencias encontradas en la veracidad de la información referente al cannabis y la manera en que esta se ha desarrollado el efecto estigma se decide abordar desde este punto el desarrollo de una estrategia de emprendimiento.

A partir del diseño industrial el modelo de emprendimiento busca plantear mediaciones para atender el estigma sobre la marihuana visto como una tensión cultural en el territorio colombiano, de este modo se desarrolla un modelo de servicio focalizado en el consumo de cannabis con finalidades lúdicas en búsqueda de impartir, promover y apoyar la denominada Pedagogía Cannabica, en pro de una cultura de consumo responsable y de reducción de daños.

Cambio de redacción sugerida:

Por lo tanto, el presente proyecto parte desde la comprensión de la ley que rige el Estado colombiano, y del estudio previo de concepciones en torno al bienestar del consumidor, para proponer el diseño de servicio en torno a la educación y difusión de la información sobre los usos del cannabis. Para esto, se pretenden desarrollar líneas de producto que tengan en cuenta las dinámicas estigmatizantes y discriminatorias existentes en torno al consumo de cannabis, con el propósito de contribuir a la reducción de aquellas problemáticas.

La visión que presenta este proyecto pretende dirigirse hacia todo aquel que desee tomar decisiones libres, autónomas y responsables sobre su cuerpo como individuo en relación con una sustancia. También se enfoca en reconocer y mantener de presente que, pese a sus grandes potenciales, los efectos adversos del consumo fácilmente pueden interferir con la salud y bienestar de quien lo realiza.

## **2. Justificación**

Las falencias en la información difundida referente al cannabis en Colombia han hecho de este un fenómeno complejo y alejado de la comprensión de muchos sectores sociales en

Colombia. Se ha entendido el cannabis como droga causante de múltiples problemáticas del país, lo que ha causado la constante deformación del concepto de la misma, desarrollándose a través de estigmas que terminan atacando, persiguiendo y señalando al consumidor como principal partícipe de estas problemáticas.

Estos comportamientos constituyen una de las múltiples posturas que configuran un riesgo con el cual se puede encontrar el consumidor de marihuana, partiendo desde el análisis contextual de su entorno en sociedad.

Es necesario plantear una mediación que vele por el bienestar del consumidor como individuo con derechos que rigen bajo la constitución colombiana; que al mismo tiempo separe el concepto de cannabis de los señalamientos erróneos como causal de problemáticas públicas, y permitir así que estas problemáticas sean tratadas mas asertivamente.

## **2.1. Problemática Publica Y Social**

Junto a los imaginarios del consumidor y del no consumidor, se suman los intereses públicos, políticos y sociales, de donde se surgen gran cantidad de dinámicas que con el tiempo comprometieron el concepto de Cannabis, ubicándolo dentro de un ámbito de marginalidad y criminalidad que se fue reforzando por la comunidad; que tras una revisión histórica es posible comprender algunos de los orígenes de problemáticas en torno al consumo de cannabis en nuestro país.

## **2.2. Criminalización de la Marihuana Revisión Histórica**

Para antes del siglo XX se ubica el primer intento de prohibición y marginalización de la planta en Colombia. La Iglesia Católica fue la primera institución en prohibir el uso de la planta de marihuana por medio del Tribunal del Santo Oficio de Cartagena de Indias, basado en el señalamiento del uso de la planta dentro de ceremonias y rituales de hechicería. Motivos que más adelante se desmintieron e identificaron como una acción producto de desprecio hacia comunidades indígenas y sus tradiciones. Lo que permite documentar un sesgo racial frente al consumo de marihuana, de parte de poblaciones sociales blancas y mestizas que no compartían el consumo de la planta.

En el año 1920 se estableció la primera legislación destinada a controlar las drogas como medida sanitaria y punitiva, correspondiente a la ley 11 de 1920, en la que se prohibía la venta de cannabis. Ocho años más tarde se realiza una nueva regulación a través de la ley 118 que fortalece las sanciones para vendedores de cannabis e impone el tratamiento obligatorio para los consumidores.

A pesar de que para esta época las autoridades nacionales adoptaron la política de condenar y perseguir a consumidores, expendedores y sembradores de cannabis, existían sitios considerados marginales como prostíbulos y otros establecimientos donde la marihuana podía conseguirse con facilidad. Para esta época, había facilidad de conseguir marihuana en sitios marginales y prostíbulos a pesar que las autoridades nacionales adoptaran una política de condenar y perseguir al consumidor, expendedor y sembrador del cannabis. Del mismo modo permanecieron grandes cultivos en los departamentos de Bolívar y Magdalena.

Más adelante la lucha contra el cannabis se ve reflejada en la política, y enfocada en la construcción de un imaginario que culpa a la marihuana de provocar o intensificar la ocurrencia de situaciones problemáticas tales como peleas, inseguridad, y conductas denominadas erráticas en la sociedad. (Sáenz, 2007).

Durante el año de 1949, y en vigencia de la presidencia de Mariano Ospina Pérez, el gobierno colombiano expidió un decreto que atacaba el consumo y venta de marihuana, acusándola de efectos secundarios graves como la dependencia, y de ser dañina o venenosa. Después, para 1951 se expidió otro decreto en el cual se denominaba a los cultivadores y comercializadores de marihuana como “maleantes”.

Sin embargo, a pesar de las medidas de prohibición, la siembra y el consumo permaneció siendo habitual y se encontraba más recurrente en las regiones del interior del país. Esta resultaba habitual consumirla en prostíbulos, cantinas, teatros, vías públicas o en reuniones sociales (Sáenz, 2007)

A comienzos de los años 60's el departamento de Caldas sufrió un alto número en los casos de violencia y asesinatos políticos, los cuales fueron usados para agudizar los señalamientos al consumo, atribuyendo la violencia bipartidista al proselitismo comunista.

Para inicios de año 1961 se retomaron ideas de los años 30 que señalaban tanto al tráfico como al cultivo de la planta de marihuana como principal origen de perturbación al orden público, la inseguridad y de ser un vicio de bandoleros (Sáenz, 2007).

### **2.3. Estigmatización**

La revisión histórica del cannabis permite comprender la manera en que se desarrollan los distintos imaginarios en torno al concepto de la marihuana y como estos toman en común una cultura de cancelación frente a la planta. Es así como el consumidor pasa de ser entendido como participe positivo de una sociedad a obtener una caracterización previa entendida como negativa por parte de una sociedad.

Una manera de comprender el estigma es sugerida a través de Erving Goffman (citado por Lloyd, 2013) quien aborda el concepto desde el proceso y la interacción de individuos en presencia del estigma, explicando cómo se presenta cuando una persona posee particularidades que lo distinguen de la generalidad, y su totalidad se reducen entonces a dichos atributos que se señalan negativamente. Esto ocasiona que los individuos que son marcados con tal estigma sean potencialmente rechazados y menospreciados por su entorno generando en la persona una inhabilidad para ser aceptado socialmente. (Goffman, 2006),

Crocker et al (1998), consideran que las personas que atraviesan la estigmatización poseen características atribuibles a una identidad social, cuyo valor y estima social se ve afectado por un contexto social particular.

Juan Daniel Gómez, neuropsicólogo colombiano, expone la manera en que el estigma ha sido identificado como una de las más importantes barreras para alcanzar el éxito terapéutico, sindicándolo de tener una influencia sustancial sobre la salud física y mental de quien lo padece (Gómez, 2015).

A pesar de las distintas concepciones que se tienen del estigma, el citado profesional adhiere a presentarla como una idea compleja que involucra actitudes, sentimientos y conductas. Esta idea se presenta como una marca negativa, en la cual se etiqueta a un individuo como “diferente”, comparado con lo “normal”. Usualmente esa diferencia genera incomodidad al ser vista como indeseable y vergonzosa (Gómez, citando a O’Grady, 2004).

#### Componentes del estigma, de acuerdo

- Etiquetamiento de las personas debido a sus diferencias
- Construcción de estereotipos sociales para los etiquetados de acuerdo con características indeseables
- Separación entre quienes llevan consigo la marca de la etiqueta y los que no

- Pérdida de la condición de sujeto, lo que da lugar a situaciones de discriminación, devaluación, rechazo y exclusión;
- Se presenta un ejercicio desigual del poder entre los que estigmatizan y los estigmatizados.

(Link & Phelan, 2001 citado en Tirado Otálvaro, 2018, p.11)

### **Desarrollo del Estigma en el Cannabis**

En Estados Unidos se encontraba completamente normalizada la producción de cáñamo y destacaban múltiples productos a base de cannabis tanto medicinales como con intereses industriales. Sin embargo, el uso recreativo de la marihuana no era normal en la población y se le atribuía a poblaciones mexicanas y afroamericanas que trabajaban en plantaciones de cáñamo quienes utilizaban la marihuana para reposar tras largos tiempos de trabajo. Basado en estos hechos los medios amarillistas adoptan una postura netamente antidrogas que señala que los afroamericanos presentaban conductas inaceptables tras el consumo de cáñamo. Algunas de estas conductas señaladas eran tales como dirigir burlar hacia los blancos, pararse en la sombra de una persona blanca, o mirar fijamente a los ojos a una mujer blanca en más de una vez.

Durante la década de 1920 se llevó a cabo una alta inmigración de mexicanos a Estados Unidos debido al crecimiento económico que estaba viviendo el país. A raíz de la crisis económica de 1929 y de presente que el cannabis había sido incluido en la lista de sustancias de control internacional, los mexicanos eran percibidos como un grupo indeseable para un segmento de los estadounidenses, y fueron culpados del creciente consumo de marihuana que estaba viviendo el país, como si se tratara de una consecuencia directa de la

inmigración mexicana. También eran señalados de que, tras el consumo, presentaban conductas violentas que los llevaban a cometer todo tipo de crímenes (Escohotado, 1997).

En 1936 la Coalición Americana hizo público un folleto, el cual argumentaba que el consumo de marihuana generaba conductas violentas, degradación tanto física como mental y depravación, y llevaba a la gente a cometer asesinatos sin motivo alguno.

Desde la visión de Tirado Otálvaro (2018), en relación con el estigma, las drogas representan lo que es considerado como “malo” y “perjudicial” para la sociedad, bajo esta lógica los usuarios de drogas son percibidos como ciudadanos de segunda mano. Lo anterior ocurre debido a los imaginarios que se construyen alrededor del consumidor, y a partir de estos transitan a ser visibilizados como sujetos merecedores el rechazo colectivo, teniendo en cuenta la asociación que crea el estigma del consumo en relación a situaciones de violencia, enfermedad, degradación y pérdida del vínculo social.

En tiempos más recientes, los estigmas se han incrementado y hecho evidente en contra de grupos minoritarios como homosexuales, discapacitados o consumidores de droga.

Respecto al consumidor, se ha evidenciado que los estigmas que existen sobre ellos entorpecen los procesos de recuperación y reintegración social, por lo cual es de vital importancia el desarrollo de acciones en pro del cambio del paradigma mundial frente al consumo y rehabilitación en situaciones de adicción.

De acuerdo Goffman (2006), los consumidores de sustancias psicoactivas son un grupo altamente estigmatizado, aspecto reflejado en los calificativos ‘junkie o ‘adicto’ para representar estas dinámicas. Por esta razón, el estatus del consumidor puede generar disgusto, rabia, prejuicios y censura por parte de los otros. No es de extrañar que dos de las causas principales encontradas en la literatura sobre la percepción del consumidor son las de

peligro y culpa: durante el proceso de estigmatización se culpa únicamente al consumidor por su condición de “adicto” (Lloyd, 2013).

Aunque se estigmatiza el consumo en todas las clases sociales, es más fuerte en las personas de estratos bajos, en tanto históricamente la desaprobación del consumo se concentra en poblaciones como las minorías raciales, personas sin educación profesional, entre otras (Palamar et al., 2012)

Al tener en cuenta todas estas aristas referentes a los procesos de estigmatización, formas de rechazo social y discriminación a sectores vulnerables, un proyecto que considere la dimensión de la educación, pedagogía y estrategias de información al consumidor resulta pertinente. Esto al considerar los impactos recientes de ofertas de servicios de contención de riesgos y daños que se gestan desde la misma sociedad civil, en Colombia, por ejemplo, con proyectos como ‘Échele Cabeza’. Entonces, al hacer evidente la existencia del consumo, y la demanda en un mercado de artículos para su uso y desarrollo, las estrategias de diseño deben estar vinculadas y acompañadas desde miradas que acompañen al usuario desde un consumo más informado y responsable, empezando por los artículos que se comercializan y el sentido social de las marcas que lo desarrollan.

### **3. Objetivos**

Basado en el análisis de las problemáticas que ahondan en la manera que es percibido el cannabis en el país; junto a los latentes riesgos presentes en el consumidor visto como miembro de una comunidad vulnerada desde sus derechos humanos, se desarrollan los objetivos que rigen este proyecto, con miras a la deconstrucción del estigma y a la

reivindicación del cannabis en la comunidad permitiendo así el libre desarrollo de la cultura cannábica, sana y sin riesgos.

### **Objetivo General**

Desarrollar un modelo de emprendimiento bajo la temática del cannabis a través de estrategias y herramientas enfocadas en la educación y difusión de la información en medios digitales en búsqueda de educar al consumidor y hacerle frente a la estigmatización frente al cannabis.

### **Objetivos Específicos**

Promover la difusión del conocimiento referente al cannabis, incentivando la Pedagogía Cannábica a través de medios digitales en búsqueda de verse reflejada en entornos lúdicos, sociales y de ocio en pro de la reducción de riesgos y el desarrollo de un consumo responsable.

Visibilizar al consumidor de marihuana frente al estigma en búsqueda de desmitificar ideas erróneas construidas en torno al concepto del cannabis.

## **4. Marco de Referencias**

### **4.1. Marco Conceptual**

#### **4.1.1. Cannabis**

Es de importancia para el país comprender el cannabis y mantenerse en constantes actualizaciones junto al desarrollo investigativo de la misma para poder llevar a cabo acciones más apropiadas en cuanto a políticas de drogas y de origen público, además brindar un sano acompañamiento al consumidor como participe de una sociedad. Para quien consume, es importante el acceso a la información referente al cannabis y sus efectos lo cual le permitirá tomar una posición segura, responsable e informada al momento de consumir. Adicional, una postura crítica que le permite el conocimiento de sus derechos como consumidor en Colombia.

La planta de cannabis, también conocida como cáñamo o marihuana es una especie herbácea de la familia Cannabaceae, originaria de Asia central. Es una especie anual y dioica, es decir que cumple su ciclo de vida en un año y que puede ser una planta hembra, macho o tener ambos sexos.

Se conoce que se ha cultivado desde hace aproximadamente doce mil años, pues gracias a sus diferentes propiedades, ha sido utilizada a lo largo de la historia con un sinnúmero de finalidades. El fruto del cannabis es conocido como cañamón y se ha utilizado como alimento de aves, cebo para peces y para la fabricación de jabones, pinturas, barnices y fertilizantes entre otros.

El cultivo de cannabis también ha sido una fuente de recursos relevante para la obtención de materias primas, con su transformación se obtendrían fibras para la elaboración de cuerdas o incluso papel.

De la planta de cannabis también se obtiene una sustancia psicotrópica que ha sido empleada de forma medicinal por sus concentraciones de CBD y recreativa debido a sus propiedades psicoactivas que aparecen por el THC. Esta sustancia varía sus características

y concentraciones dependiendo de la subespecie de la planta que presentan diferentes características las cuales atribuyen distintos propósitos.

## **SUBESPECIES**

Se distinguen tres subespecies de cannabis: sativa, indica y ruderalis. La clasificación se basa en la anatomía de la planta, hábito de crecimiento, variación de hojas y tipo de semillas. Sin embargo, la hibridación es frecuente y se pueden encontrar variedades modificadas con ciclos de vida cortos (2 o 3 meses), adaptadas a condiciones de invernadero o al exterior.

### **Cannabis Sativa**

- Planta alta (2 a 4 m).
- Ramificada.
- Semillas de color uniforme.
- Las semillas no tienen una articulación definida y están firmemente unidas al tallo.

### **Cannabis Indica**

- Planta mediana (1,0 a 1,2 m).
- Ramificada.
- Semillas con una fina capa moteada.
- Las semillas caen en la madurez.

### **Cannabis Ruderalis**

- Planta pequeña (de 0,5 a 1,0 m).
- No ramificadas.

- Planta cónica.

## **ANÁLISIS HISTÓRICO**

El origen del cannabis se establece en Asia central y el conocimiento de la planta y su cultivo se remonta casi 12.000 años atrás, según hallazgos arqueológicos de restos de fibras y semillas en China.

Registros históricos permiten comprender la cantidad de usos que se le han asignado a la planta y el aprovechamiento que el ser humano le da y ha dado a la misma.

Alguna de las primeras menciones del cannabis en la historia se podría encontrar en el emperador chino Fu His, 2900 a.c. Quien le asigna al cannabis el nombre 'Ma' y reconoce su importancia en prácticas terapéuticas y lúdicas, entendiendo el 'Ma' como una referencia dentro de la filosofía china, comparándolo con el Yin y el Yang un pensamiento dualico con el cannabis, reconociendo su capacidad terapéutica pero nociva en exceso. Posteriormente, el emperador Sheng Nung, 2700 a C, quien es considerado como el padre de la medicina china, también reconoce el potencial curativo y terapéutico del cannabis, adicionalmente, del ginseng y la efedra.

Otro uso importante consistió en la fabricación de papel, que empezó en el año 100, seguida en el año 600 por germanos, francos y vikingos.

Su distribución en el mundo es resultado de un proceso de largo aliento en el que tribus nómadas llevaron sus semillas a la India, más adelante a Mesopotamia y otras regiones como Egipto, el Medio Oriente y Europa oriental.

### **India**

En India la planta fue acogida por los arios, tribu proveniente de Ankara. Utilizaron el cannabis en rituales religiosos y sociales, para estas culturas el uso de cannabis agilizaba la mente, otorgaba salud, larga vida y poseía propiedades afrodisiacas. Bajo esta comprensión del cannabis su uso se fue extendiendo por la india, donde sus efectos beneficiosos eran entendidos por los hindúes como la bondad de los dioses, debido a la estrecha relación entre la medicina y la religión. La planta es nombrada en las vedas sagradas, descrita como una hierba sagrada y es relacionada con el dios Siva, quien dice “rajo la planta para el uso y la alegría de su pueblo.

Estas culturas utilizaron el cannabis para la curación de múltiples enfermedades, como bajar la fiebre, el insomnio, la lepra, la caspa, las jaquecas, la tos ferina, la oftalmia, las enfermedades venéreas y hasta la tuberculosis.

### **Antiguo Egipto**

En el Antiguo Egipto también se encuentran menciones acerca del uso del cannabis como medicina, de forma oral, en ungüentos y vendajes para tratar hemorragias. No solo el uso terapéutico destacó en Egipto, también el cáñamo se destinó para la obtención de fibras, como incienso y en rituales religiosos, como se usó en Asiria.

### **Imperio Romano y Grecia**

En el Imperio Romano y Grecia se empleó el cultivo del cáñamo enfocado en los campos terapéuticos y en su transformación industrial para la manufacturación de tejidos, cuerda, velas, etc. Su implementación terapéutica es mencionada en diversos escritos de autores de la época. Plinio “el Viejo” (23-79 a.C.) en *Nature Historiarum Libri XXXVII* señala:

“sus semillas hacen a los genitales impotentes. Su jugo expulsa de las orejas cualquier gusano que haya entrado en ellas, pero a costa de un dolor de cabeza. Es tan potente su naturaleza que cuando se vierte agua, se dice que puede hacerla cuajar, y al beber de esta agua se regulan las tripas de las bestias de carga. Su raíz, cocida en agua, alivia los calambres de las articulaciones, así como la gota y otros dolores similares”

Por otro lado, Galeno (131-200 a.C.), médico y filósofo griego y autor de varias obras de medicina y farmacología que posteriormente tuvo gran repercusión, siendo referente en la medicina. Hacía referencia a que la ingestión de cannabis aliviaba los músculos en extremidades y que podría producir conversación carente de sentido.

### **Cultura Islámica**

En la cultura islámica el cannabis es llamado Hashish, que en árabe quiere decir hierba. Su uso se propaga basado en el conocimiento de los efectos psicotrópicos y medicinales, fueron usados con fines recreativos se distribuyó sobre todo entre las clases más pobres.

Por otro lado, los médicos árabes comunicaban usos del cannabis como una medicina propicia para estimular el apetito, recomendado para la flatulencia y curar la epilepsia. En cuanto a su producción industrial, en el año 1150 los musulmanes crearon el primer molino para producir papel a partir del cáñamo.

### **Europa**

En Europa en 1621 el pastor religioso Burton la recomendó para la depresión, y en 1652 el naturalista Culpepper para la inflamación y los dolores de la gota, es hasta el siglo XIX que tiene lugar la difusión del uso del cannabis en Europa principalmente por sus propiedades curativas.

En un primer momento, el contacto del continente europeo con el cannabis se explica desde sus relaciones coloniales, tras llegar a pueblos que utilizaban frecuentemente el cannabis para fines terapéuticos y recreativos, como India o Egipto. El cannabis es traído desde las colonias indias por médicos ingleses que estudian su uso con fines terapéuticos. Es en 1842 que la planta y sus estudios son introducidos a Europa por O'Shaughnessy, cirujano irlandés, que toma contacto con la planta tras su estancia en India. Este cirujano recomendaba el cannabis para el tratamiento de enfermedades como reumatismo, asma, espasmos y convulsiones musculares, y para aliviar el dolor.

Al iniciar el siglo XX esta sustancia fue retirada de la farmacopea por sus efectos nocivos para el sistema nervioso y pasó a ser considerada una sustancia ilegal. Posteriormente, estudios promulgaron la introducción del cannabis en la farmacopea francesa para tratamientos de trastornos de origen nervioso y genitourinarios, afecciones de las vías respiratorias, problemas gastrointestinales, trastornos cutáneos, enfermedades infecciosas, como analgésico, etc.

Desde la perspectiva de la explotación industrial del cañamo, en Inglaterra se desarrolla la producción de papel en 1494. En 1593 la reina Isabel I expidió un decreto obligando al cultivo del cannabis con multa de cinco libras esterlinas a quien no lo cumpliera.

En cuanto a los efectos psicotrópicos, fue Jacques-Joseph Moreau quien realizó una descripción en su obra acerca 8 síntomas que eran comunes en la intoxicación por

cannabis y las enfermedades mentales de la época. Estos eran: euforia, excitación intelectual con disociación de las ideas, distorsión de la percepción, el espacio y el tiempo, hipersensibilidad auditiva, ideas fijas y convicciones delirantes, inestabilidad de las emociones, impulsos irresistibles, ilusiones y alucinaciones (Quiroga, 2000).

A finales del siglo XIX en España, se difunde el uso de medicinas que poseían entre sus componentes el cannabis, o de cannabis. Podía encontrarse el cannabis en forma de cigarrillos para el tratamiento de los problemas respiratorios como el asma.

Otros países como Alemania y Países Bajos también utilizaron la planta como remedio diurético, para el tratamiento de los dolores reumáticos y oculares, para aumentar el apetito y reducir el vómito y los calambres abdominales, afecciones tifoideas y otras enfermedades inflamatorias.

### **América**

Los españoles trajeron cannabis a América con la intención de usarla en la producción de cordeles y sogas para su armada, sin embargo, las capacidades de la cabuya nativa suplieron estas necesidades.

En la extensión del continente americano, la planta fue introducida por parte de los españoles y portugueses en Suramérica, y por parte de ingleses y franceses en Estados Unidos y Canadá. El uso recreativo de la planta se hizo masivo en Centroamérica, y este fue extendiéndose a los estados sureños de Estados Unidos. De este modo en Norteamérica el uso del cannabis por sus efectos psicotrópicos fue asociado a los emigrantes latinoamericanos.

En 1564 el rey Felipe de España ordenó el cultivo en las colonias españolas ubicadas en el continente americano, desde Argentina hasta Oregón, de igual manera por parte de Inglaterra en 1606 se desarrolla el cultivo obligatorio en Canadá y en 1619 en Virginia, para utilización en los barcos.

La utilización del cannabis con finalidades terapéuticas fue creciente desde mitad del siglo XIX hasta principios del siglo XX, donde se produjo un decremento en su utilización debido a la implementación de prohibiciones sobre su utilización y a la aparición de nuevos fármacos de alta efectividad, como, por ejemplo, la aspirina.

Se sabe que la planta de cannabis está presente en Chile desde 1545 y en Perú desde 1554.

Como constancia histórica del su uso del cáñamo es posible encontrarlo en las velas de las carabelas de Cristóbal Colón, en la bandera estadounidense y el papel utilizado para la Declaración de Independencia de los Estados Unidos en 1776.

Para 1791 el presidente Jorge Washington estimuló la producción de cáñamo

### **Latinoamérica**

A inicios del siglo XX se desarrollan las primeras actuaciones en pro de la regularización del cannabis, por lo que su uso estuvo bajo control internacional. Tras la imposición de este control y posterior regularización se ha pasado por épocas de mayor a menor permisividad en su uso. Paso a encontrarse limitado para fines médicos y científicos, siendo considerado ilegal su consumo con otros fines. Esta ilegalización se origina tras la intención de regular sustancias nocivas para la salud, y se buscaba reducir el consumo con su ilegalización.

El cannabis está presente en el Caribe desde finales del siglo XIX traída por trabajadores indios que habían sido contratados por ingleses para trabajar en las Antillas. Se tiene la teoría de que de esta manera se difundió y expandió la costumbre de fumar cannabis a lo largo de otras regiones. Al llegar a México se le reconoce con el nombre de marihuana o marijuana.

### **Colombia**

Se tiene la teoría de que el consumo de cannabis se difunde en Colombia a partir de la construcción del Canal de Panamá a comienzos del siglo XX debido a la confluencia de culturas provenientes de todo el Caribe. Su uso se inició por parte de grupos étnicos del Pacífico, Atlántico y Valle del Cauca, entre jornaleros de caña.

Se conforma en Corinto uno de los núcleos productores de cannabis, posteriormente la época de la violencia de los años 1949 a 1958 fue la principal causa de la difusión y expansión de su consumo a lo largo del territorio nacional. Miembros de insurgencias reemplazaron al aguardiente por marihuana, que era más fácil de transportar, lo cual facilitó la incursión de la marihuana en áreas poblacionales blancas y mestizas.

Gran parte del Cannabis que es comercializado en mercados negros nacionales, es producto de cultivos ilícitos que llegan a distribuirse en ciudades principales de Colombia, aunque en el país, la información referente al cultivo de Cannabis se enfatiza en el uso y cultivo ilegal, con un renombre a nivel mundial como estupefaciente comercializado en el mercado negro.

### **Siembra y Cultivo**

### **Condiciones de cultivo**

- Ubicación geográfica: las condiciones de siembra para el cultivo de marihuana en Colombia se encuentran entre los 50 y 2.000 metros sobre el nivel del mar. Las principales zonas de siembras están ubicadas en los departamentos de Magdalena, Tolima, Cauca, Meta y Guaviare.

- Temperatura: Entre 24 y 27 grados centígrados.

- Humedad del aire: El aire debe tener una humedad entre el 65 y 70%.

- Vientos: las zonas más adecuadas para el cultivo se caracterizan por presentar vientos de poca fuerza.

- Lluvia: se considera apropiada una cantidad de lluvia comprendida entre los 1.800 y 2.800 milímetros anuales.

- Brillo solar y nubosidad: Brillo solar entre 1.600 y 2.000 horas de sol al año (4,5 - 5,5 horas de sol al día).

### **Siembra**

- Semilleros: áreas con bajo brillo solar y condiciones controladas de humedad relativa, temperatura y precipitación.

- Desarrollo: tras cuatro semanas de crecimiento normal, las plantas masculinas tienen menos color, menos hojas, más altura, son más delgadas, las ramas nacen del tallo más separadas entre sí. Producen una especie de bolitas de las cuales saldrá el polen que fecundará las hojas de las hembras. Hacia la sexta semana les crece un penacho de hojas en la punta. Las plantas femeninas son achaparradas y redondeadas, de un verde más

oscuro, tienen muchas hojas y las ramas salen del tallo más próximas entre sí. Si las hembras son fecundadas producirán semillas, pero pierden potencia psicoactiva. Para no obtener semillas, se procura cortar los machos antes de que florezcan las hembras. En general, cuando los filamentos de los plumeros de las hembras pasan de blancos a marrones, es el momento adecuado de cortar.

### **Cosecha**

- **Recolección:** La planta tiene un ciclo de 4 a 5 meses. Luego, se ultima que la producción de hoja se obtiene para los meses de marzo-abril, agosto-septiembre. Sin embargo, se pueden obtener cosechas durante el año, siempre y cuando se tengan condiciones controladas. Un mes después del proceso de secado es factible el transporte y la comercialización.

#### **4.1.2. Cannabinoides**

Se denominan cannabinoides a los componentes o principios activos de la planta de cannabis sativa y refiere a un compuesto orgánico perteneciente al grupo de los terpenofenoles, estos activan los receptores cannabinoides ubicados en el organismo humano y son los responsables de los efectos farmacológicos característicos de la planta.

Actualmente la ciencia hace reconocimiento de tres tipos de cannabinoides: Fitocannabinoides, endógenos y sintéticos. Los fitocannabinoides, conocidos también como cannabinoides herbarios o naturales, son los que naturalmente sintetiza la planta de cannabis; los cannabinoides endógenos son producidos por organismos animales y por el cuerpo

humano; y los cannabinoides sintéticos o neocannabinoides son compuestos generados en laboratorio por lo tanto no se encuentran presentes en estado natural del medio ambiente.

### **Fitocannabinoides**

Los cannabinoides naturales son producidos en una cantidad significativa en la planta de cannabis y se encuentran concentrados en una savia viscosa producida por la planta en estructuras glandulares conocidas como tricomas. Esta savia es rica en terpenos, los responsables del aroma de la planta.

Los fitocannabinoides son insolubles en agua, pero muy solubles en lípidos, alcoholes y otros disolventes orgánicos apolares.

Los principales constituyentes psicoactivos del cannabis se reconocen como: tetrahidrocannabinol (THC), cannabinol (CBN) y el cannabidiol (CBD) siendo los cannabinoides más abundantes, sin embargo, se reconocen cerca de 60 cannabinoides diferentes.

### **THC (Tetrahidrocannabinol)**

La concentración de cannabinoides varía entre las variedades de la planta donde algunas variedades han sido reconocidas por tener mayores efectos psicoactivos, lo que se correlaciona con un mayor contenido de cannabinoides de delta-9-tetrahidrocannabinol, THC.

Este es el componente psicoactivo primario de la planta, identificado en 1964. Imita la acción de la anandamida (neurotransmisor producido de forma natural en el organismo). El THC es el causante de que se produzca el “subidón” asociado al consumo de cannabis a causa del enlace con los receptores del cerebro.

### **CBD (Cannabidiol)**

El Cannabidiol es un narcótico, pero no es considerado un psicoactivo. Recientemente se han hallado evidencias que demuestran que los fumadores de cannabis con una alta proporción de CBD poseen menos tendencia a sufrir síntomas de esquizofrenia. Médicamente el uso CBD es responsable del alivio de convulsiones en epilepsias, inflamaciones, dolor crónico, ansiedad y náuseas. Actualmente se realizan estudios médicos donde se están encontrando continuamente resultados a favor del potencial terapéutico del cannabidiol.

### **CBN (Cannabinol)**

Es determinado un psicoactivo leve que no se suele encontrar de gran manera en la planta debido a que este es producto de la degradación del THC, de manera que el contenido de CBN va aumentando según la cantidad de THC que se va degradando tras la exposición a la luz y el aire.

#### **4.1.3. Consumo Responsable**

Teniendo conocimiento del cannabis, de su percepción, de sus efectos o reacciones adversas es posible identificar prácticas más sanas de consumo o enmarcar prácticas nocivas para disminuir y prevenir riesgos.

Es posible encontrar una visión bastante acertada referente a la definición del consumo responsable en la perspectiva de Energy Control, una organización de España que trabaja por la reducción de daños por el consumo.

Tras la publicación de un folleto enfocado en la reducción de riesgos, sugieren algunas de las razones por las que las personas inician el consumo de sustancias psicoactivas son principalmente la búsqueda de placer, la curiosidad, la búsqueda de un mejor rendimiento en un contexto deportivo, laboral o académico, o para sentirse mejor ante depresión, estrés o ansiedad.

Se pueden identificar cuatro tipos de consumo:

- El consumo experimental es en el cual se realizan los primeros acercamientos a las sustancias psicoactivas en búsqueda de conocer sus efectos, en muchas ocasiones suele llevarse a cabo durante la adolescencia.
- El consumo ocasional es aquel que no tiene una frecuencia fija y se intercala con largos períodos en los que no se usa la sustancia, sin que esta genere alguna afectación en la cotidianidad del consumidor.
- El consumo habitual se da tanto de forma grupal como individual, aumentando la frecuencia de uso de manera casi rutinaria.
- Finalmente, el consumo compulsivo se da cuando la vida de la persona gira alrededor del consumo de la sustancia, sin importar las consecuencias negativas generadas por este tipo de consumo

(Energy Control, 2005, p.3). Una definición que se le puede asignar al consumo responsable es:

Es un consumo regulado conscientemente por el individuo para obtener de las sustancias psicoactivas aquello que quiere para sí mismo (placeres) a la vez que se dirige a evitar aquello que no desea que le aporten (problemas). Evidentemente, las gratificaciones que uno busque o los riesgos que uno asuma o trate de evitar, dependerán de cada cual, pues cada persona puede desear y temer cosas diferentes. (p.3)

Parte de un consumo responsable es la responsabilidad hacia los demás y hacia uno mismo, asumiendo las posibles consecuencias negativas del consumo y haciéndose responsable, pero, además asegurándose de que el consumo no afecte la integridad o la salud de otras personas (Energy Control, 2005).

Para un consumo responsable se considera fundamental que la persona esté informada sobre todos los posibles riesgos que puede ocasionar la sustancia, como también los efectos que genera. Es vital que la decisión de consumir sea una decisión personal y no influida por terceros, aunque es positivo conocer opiniones, experiencias y sugerencias de otras personas para estar más informado a la hora de decidir experimentar con alguna droga (Energy Control, 2005).

### **Consumo responsable de cannabis**

Suarez y Uribe (2016) tras una investigación con los movimientos pro-cannabis de la ciudad de Bogotá mencionan que la noción de responsabilidad surge entre la tensión entre lo socialmente deseado y lo que el consumidor considera responsable.

El uso recreativo del cannabis se considera responsable cuando se consume con fines prosociales, como: por sus efectos relajantes, hilaridad, capacidad artística e imaginativa, entre otras.

Para considerar el consumo como responsable es importante identificar que no haya una pérdida de la funcionalidad del individuo dentro de la sociedad, es decir que, si dentro de determinados contextos se considera que hay un consumo muy elevado que impide el correcto funcionar de la persona en sociedad, no se está teniendo un consumo responsable (Suarez & Uribe, 2016).

Suarez y Uribe (2016) descubrieron que dentro de los movimientos pro-cannabis se desarrolla la “pedagogía del cannabis”, que busca que las personas tengan mayor información sobre la planta dada la escasez de información disponible, de esta manera el aprendizaje se ha venido desarrollando en una continua voz a voz entre consumidores.

Martínez (2005) señala que parte de un consumo responsable es el lugar de adquisición del producto, si se compra en redes de tráfico ilegal es probable conseguir cannabis rendido con restos de plantas, excremento animal, arcillas, entre otros, por lo cual se recomienda comprar productos de calidad así sean más costosos o comprar en redes de autocultivo de gente de confianza.

Otro punto clave en el consumo responsable de marihuana es la dependencia a la sustancia, que se presenta cuando hay una necesidad creciente y marcada de consumir la sustancia, la necesidad de usar mayores cantidades de la droga para lograr el efecto deseado e imposibilidad de controlar o interrumpir el consumo. También la reducción significativa de la vida social, laboral o recreativa y continuar el consumo de la sustancia a pesar de haber presentado problemas físicos o psicológicos. Se estima que aproximadamente un 5% - 10% de

los consumidores de cannabis presentan síntomas de dependencia y la probabilidad de presentarlos aumenta si el consumo se inició durante la adolescencia (Martínez, 2005).

Con respecto a los consumidores crónicos o dependientes de cannabis, que son aquellos con un consumo diario, los efectos a nivel cognitivo varían de persona a persona, repercutiendo en el rendimiento laboral o académico de los consumidores. En caso de sentir afectación cognitiva, se recomienda reducir el consumo y en caso de que no haya cambios notorios, la abstinencia puede ser la solución, ya que se ha demostrado que con cortos períodos de tiempo sin consumo se mitigan los impactos negativos (Martínez, 2005).

Para poder llevar impartir prácticas sanas y responsables en el consumo de cannabis, se desarrolla un recorrido sobre lo que ocurre con el cannabis en el cuerpo, como se desarrolla, sus efectos en los sistemas del cuerpo, reacciones clínicas y adversas. Partiendo desde la Toxicología, se describe el proceso toxicocinético del cannabis.

### **Cinética y Toxicocinética del Cannabis**

La Toxicocinética refiere a los fenómenos que experimenta un xenobiotico (sustancia o toxico) dentro de un organismo vivo, las fases toxicocinéticas de una sustancia son un conjunto de procesos que suceden en el organismo, en el que se regulan la concentración y biodisponibilidad del toxico dentro de este, delimitadas desde el momento en que es absorbida hasta su eliminación. Las fases comprenden los procesos de absorción, distribución, biotransformación, acumulación y eliminación.

Estas fases son dependientes de las características propias del organismo vivo con el cual se está relacionando la sustancia, como edad, sexo, estado de salud, hábitos, etc.

### **Fase de absorción**

El proceso de absorción se refiere a la forma en que la sustancia penetra al organismo. Las principales vías de absorción para los tóxicos son: respiratoria, gastrointestinal, sublingual, dérmica y parenteral.

En caso del cannabis, una vez absorbido, se alcanzan los máximos niveles sanguíneos en un término aproximado de 10-30 minutos.

Cuando su consumo se da fumando, las concentraciones plasmáticas máximas se alcanzan entre 7 y 10 minutos después, extendiéndose hasta un máximo de 3 a 4 horas.

Administrado por vía oral la absorción se desarrolla de manera más lenta y se producen efectos tras 30 - 60 minutos luego de la ingesta y puede presentar persistencia de efectos hasta 12 horas.

La poca respuesta psicoactiva al ser suministrado por vía oral puede ser reflejo de la inestabilidad de la molécula con el ácido gástrico.

### **Fase de Distribución**

La Fase de distribución sucede una vez la sustancia ha penetrado el organismo y se transporta a la sangre, es en el cual se desarrolla el traslado del xenobiotico a las diferentes células, órganos y sistemas del cuerpo.

Este proceso depende de factores como la capacidad que tiene la estructura química para pasar a través de las membranas celulares, de la afinidad con componentes orgánicos como proteínas, grasas, agua, entre otros, y por la solubilidad de la sustancia componentes biológicos como lípidos y agua. De este modo, una sustancia con alta unión a proteínas tendrá un mayor tiempo de permanencia en el plasma sanguíneo, una sustancia altamente

hidrosoluble, se eliminará más fácilmente a través de orina, mientras que una sustancia altamente soluble en grasas tendrá mayor facilidad de llegar a las membranas neuronales.

Los componentes del cannabis son poco hidrosolubles pero son altamente liposolubles debido a esto, más del 95% se transportan unidos a lipoproteínas. El THC tiene una rápida vascularización a todos los tejidos, la mayor proporción de componentes del cannabis se redistribuyen ampliamente en el organismo, depositándose en tejido adiposo, hígado, pulmón, riñón, corazón, bazo y glándula mamaria.

La vida media del  $\Delta^9$ -tetrahidrocanabinol se ha calculado en 4 horas aproximadamente, aunque se pueden encontrar rangos de vida media de 1,6 a 57 horas, dependiendo de la variabilidad de sus metabolitos

Finalmente, debido a la eliminación biliar y a su reabsorción intestinal a través de la circulación enterohepática, se puede generar acumulación, lo cual está igualmente potenciado por la lipofilia característica de los cannabinoides, que favorece su almacenamiento en gónadas y cerebro por transporte en lipoproteínas, hasta de 6 semanas.

### **Fase de biotransformación, o metabolismo**

En el proceso de biotransformación del cannabis se realiza en el hígado, esta fase consta de la transformación que sufre una sustancia química en un organismo tras haber sido absorbida. Se generan transformaciones mediante reacciones de adición o conjugación, de sustitución o reducción o de hidrólisis, que van a dar como resultado compuestos conjugados por unión con otras moléculas, derivados inactivos, moléculas activas bioquímicamente, derivados excretables o mantenerse la sustancia inicial sin ninguna transformación.

### **Fase de acumulación**

La acumulación de una sustancia en el organismo depende de la afinidad de esta por otras moléculas orgánicas, de la capacidad de complejación del xenobiótico y la penetración de membranas celulares orgánicas.

La acumulación de un xenobiótico en el organismo puede aumentar el riesgo de toxicidad de una sustancia y el riesgo de que ocurran reintoxicaciones.

### **Fase de eliminación o excreción**

El proceso de eliminación de una sustancia es en el que un toxico es eliminado del organismo como la estructura primaria sin modificación, como un metabolito o como una estructura modificada mediante la conjugación con otra molécula.

La excreción de los metabolitos del cannabis se realiza rápidamente: en un 60% por vía enterohepática y en un 40% por vía renal. Cerca de la mitad de su concentración se elimina en las 24 horas iniciales, aunque la totalidad del cannabis puede durar hasta 1 mes en excretarse.

En el caso de la ingesta, en las primeras 72 horas el 15% es eliminado por vía urinaria, y un 50% por vía fecal. En la administración endovenosa solo el 25-35% es eliminado en las heces.

Es posible detectar metabólicos en orina y plasma hasta 8 semanas más tarde en consumidores crónicos dependiendo de factores, como la edad, peso y uso.

## **Mecanismos de Toxicidad del Cannabis**

### **Sistema Cannabinoide Endógeno**

El sistema endocannabinoide es un sistema formado por un grupo de receptores cannabinoides localizados en el cerebro de los mamíferos. Este sistema hace parte de múltiples funciones fisiológicas que se relacionan con el sistema nervioso central y cardiovascular. Por ejemplo la regulación del apetito, el control del movimiento, procesos inflamatorios e inmunológicos, la memoria, el aprendizaje, nocicepción espinal y supraespinal.

Este sistema está constituido por tres componentes: receptores (ubicados en el cerebro y en el sistema nervioso), ligandos (moléculas de unión) y el proceso de finalización de la señal biológica (cuando los ligandos cesan la activación).

### **Acciones de los cannabinoides sobre los sistemas orgánicos humanos**

Los cannabinoides tienen acciones en múltiples órganos y sistemas orgánicos del ser humano. Las acciones que ejercen los cannabinoides sobre el organismo dependen de distintos factores como el tiempo de consumo, patrones de consumo y antecedentes médicos.

En cuanto al tiempo de consumo, depende de si se realiza un consumo agudo o crónico. Cuando el consumo es crónico, los mecanismos de acción y los efectos derivados de ello son de tipo irreversible.

El patrón de consumo refiere a la frecuencia de consumo y la cantidad de sustancia consumida por una sola sección.

Por otro lado, es pertinente tener en cuenta los antecedentes de patología mental y la propensión genética a desarrollar psicosis.

Tabla 1. *Mecanismos de acción biológica de los cannabinoides*

Sistema orgánico	Mecanismo de acción
Sistema mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 'Neuroadaptación' producida por el consumo prolongado que generan la tolerancia y dependencia a la sustancia.</li> <li>• Parece tener un papel precipitante en el desarrollo de psicosis en algunas personas con predisposición genética previa al consumo.</li> <li>• Trastornos como depresión, trastorno bipolar y trastorno por ansiedad, guardan relación con el uso de <i>cannabis</i> y su progresión a trastornos por consumo, como la dependencia y abuso.</li> <li>• Actúa como estresor químico que precipita la aparición de síntomas de ansiedad.</li> <li>• El consumo crónico de <i>cannabis</i> se relaciona con aparición del síndrome amotivacional.</li> </ul>
Sistema nervioso central	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede producir el fenómeno de hipofrontalidad, que conduce al establecimiento del hábito por reducción de la dopamina en la corteza prefrontal.</li> <li>• Alteración en el funcionamiento de la memoria, especialmente en la memoria reciente, en la memoria de reconocimiento, en el cálculo aritmético y en funciones relacionadas con el lóbulo frontal (estrategias de planificación y organización).</li> <li>• Actividad cerebelosa basal menor entre los consumidores crónicos.</li> <li>• Déficit de atención provocado por el aumento en la competición de intrusiones de asociaciones irrelevantes.</li> </ul>
Sistema endocrino	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimula la liberación de la hormona adrenocorticotropa (ACTH).</li> <li>• Estimula la producción de andrógenos como la dehidroepiandrosterona y androstenediona.</li> <li>• Reduce la liberación de la hormona liberadora de tirotrópina (TRH) y disminuye los niveles plasmáticos de T3 y T4.</li> <li>• En la mujer disminuye la secreción de las hormonas folículo estimulante (FSH), hormona luteinizante (LH) y la hormona prolactina.</li> <li>• En el hombre disminuye el peso corporal y el volumen de los testículos, aumenta el tiempo de latencia hasta la cópula y la eyaculación.</li> </ul>
Sistema inmunológico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acción inmunodepresora que presenta un riesgo de hacer al individuo consumidor más susceptible a la adquisición de infecciones.</li> <li>• Disminución de la respuesta inflamatoria que sucede por la activación de la fosfolipasa A2 y reducción de la síntesis de prostaglandinas y leucotrienos; aumento de la concentración de lipocortinas.</li> <li>• Afectación de las funciones de las células inmunes, incluyendo linfocitos B, granulocitos, linfocitos T, macrófagos y células Killer.</li> </ul>

*Nota:* Recuperado de: Téllez J. (2015) Marihuana Cannabis. Aspectos Toxicológicos, Clínicos, Sociales y Potenciales usos terapéuticos. Capítulo II. Toxicocinética y Mecanismos de Toxicidad Relacionados con el Consumo de Cannabis.

#### 4.1.4. Manifestaciones Clínicas

Estas manifestaciones dependen de factores como: la forma del consumo, las plantas utilizadas y características del consumidor. Lo que determina que la intensidad o aparición de estas manifestaciones o síntomas pueda ser variable.

### **Efectos clínicos agudos**

- Sistema visual: Transcurridas 2 horas posconsumo se presenta enrojecimiento de la conjuntiva, midriasis y nistagmos. Hay evidencia medica que indica que los cannabinoides son capaces de disminuir la presión intraocular.
- Sistema nervioso central: Tras fumar marihuana, los síntomas son rápidos; con una baja dosis se presentan síntomas como somnolencia, embotamiento de los sentidos y signos psíquicos: euforia y distorsiones perceptuales.
- Sistema respiratorio: Se desarrollan efectos broncodilatadores y síntomas de irritación pulmonar, como tos, rinitis y cuadros agudos de bronquitis.
- Sistema cardiovascular: Puede causar taquicardia y aumentar la presión arterial, lo que puede tener graves consecuencias en las personas con enfermedades del corazón.
- Sistema digestivo: Los consumidores de cannabis experimentan sensación de sequedad en mucosa oral y se evidencia un incremento en el apetito.
- Sistema mental y cognitivo: Euforia, ansiedad, cambios en la percepción sensorial, deterioro de la memoria y el rendimiento psicomotor, sedación y analgesia.

La intoxicación aguda por cannabis suele ir acompañada de alteraciones en el pensamiento, la concentración y la función perceptual y psicomotora. Las dosis más altas

de cannabis pueden producir deterioro más pronunciado en la concentración y la percepción, así como una mayor sedación.

Su uso puede precipitar trastornos emocionales en personas que tienen antecedentes psicóticos o problemas neuróticos, pueden generar cuadros maníacos y psicóticos agudos que se constituyen en una emergencia psiquiátrica.

El consumo agudo de cannabis es capaz de generar alteraciones cognitivas (agudas, subagudas y crónicas) y son evaluadas en relación a las alteraciones en las funciones ejecutivas: Atención, concentración, toma de decisiones, impulsividad, inhibición, tiempo de reacción, percepción de riesgo, fluidez verbal y la memoria.

Las alteraciones cognitivas se evalúan según el tiempo transcurrido desde la última dosis de consumo.

- De 0 a 6 horas después del último consumo: agudas
- De 7 horas a 20 días después del último consumo: subagudas
- De 21 días a varios meses: crónicas

Resultado de las alteraciones ejecutivas en la primera fase de efectos agudos por el cannabis (de 0 horas a 6 horas del último consumo):

- Atención y Concentración: se halla alterada en consumidores suaves, mientras que en los consumidores pesados se halla normal.
- Toma de decisiones y percepción del riesgo: hallazgos mixtos.
- Inhibición-impulsividad: alterada.
- Memoria: alterada.
- Fluidez verbal: normal.

#### **4.1.5. Efectos Adversos del Cannabis**

Los primeros estudios por conocer el posible daño asociado con el consumo de cannabis y sus derivados se reportan hacia el año 1940 y han aumentado con el paso del tiempo; sin embargo, estos estudios son insuficientes pues diversos factores llevan a una variabilidad en los resultados. Por ejemplo, factores genéticos, ambientales y sociales, los cuales son determinantes en la aparición de efectos tras la exposición a cannabis en humanos.

Según análisis de Leweke y Koethe, se describieron disturbios específicos del pensamiento, alteraciones perceptuales y delirios tras la administración de cannabis sativa, dentro de sus efectos se encontraron depresión mayor o ansiedad junto a cambios cognitivos y comportamentales. Sin embargo, aún se requieren estudios clínicos y experimentales para aclarar el papel fisiopatológico del sistema endocanabinoide en esquizofrenia y diversas condiciones neuropsiquiátricas. Además, se asocia el consumo de marihuana con un aumento en el riesgo de sufrir infarto agudo de miocardio y enfermedades cardiovasculares.

El consumo de marihuana puede conducir a una profunda taquicardia sinusal y latidos ventriculares prematuros frecuentes. Su uso crónico se ha relacionado con déficits en la cognición y el funcionamiento normal de las estructuras cerebrales sensibles a los cannabinoides. Eestudios muestran que el cannabis causa una alteración de la atención transitoria que es evidente a los 7 días de haber consumido, pero que desaparece a los 28 días. Sin embargo, aún no está claro que el consumo de marihuana afecte la atención específicamente, al estar relacionada con otros procesos neurocognitivos.

Algunos autores manifiestan que el uso crónico de marihuana puede resultar en la inhibición de la secreción de hormonas reproductivas, lo que causa impotencia en hombres

e irregularidades menstruales en mujeres y que tras el retiro de su uso, se señalan síntomas como irritabilidad, ansiedad y nerviosismo, inquietud, pérdida de peso, dificultad para dormir.

Algunos estudios relatan que la exposición materna a cannabis conlleva a alteraciones cognitivas y del desempeño en los hijos, de manera que los cannabinoides modulan la liberación de varios neurotransmisores implicados en el control de las emociones, como la serotonina, la dopamina. Los estudios clínicos han demostrado que la exposición prenatal al cannabis durante el primer y el tercer trimestre predice significativamente un aumento en los niveles de ansiedad y síntomas depresivos en niños de 10 años de edad.

Otros efectos físicos del consumo de cannabis incluyen deterioro del equilibrio, inyección conjuntival, incremento de la frecuencia cardiaca, hipotensión ortostática, vasoconstricción periférica. Los consumidores crónicos de cannabis pueden experimentar el síndrome amotivacional, en el cual la apatía, falta de energía y pérdida de motivación persisten por días.

#### **4.1.6. Potenciales Usos Terapéuticos del Cannabis**

##### **Fármacos Cannabinoides**

Tras el descubrimiento del sistema endocannabinoide y la posterior creación de fármacos sintéticos derivados del cannabis, los usos médicos tradicionales del cannabis natural como medicina, comenzaron a disminuir desde la década de 1980. Adicional a esto,

los efectos psicotrópicos en relación con el estigma sociocultural frente al cannabis como droga son un obstáculo para el desarrollo de investigaciones enfocadas en el material terapéutico brindado por la planta y sus transformaciones.

estudios preclínicos y clínicos, han mostrado evidencias de que los cannabinoides naturales y sintéticos ejercen efectos en diferentes sistemas orgánicos, así como en el sistema nervioso central se ha señalado su potencial utilidad como agentes neuroprotectores a través de diferentes mecanismos, que incluyen la acción antioxidante y la disminución y bloqueo de la liberación de aminoácidos y mediadores de la inflamación.

Los cannabinoides han mostrado influir en la mejoría neurológica de lesiones por neurodegeneración crónica y aguda.

Por otro lado, los fármacos derivados del cannabis que se han venido utilizando con aplicaciones terapéuticas no tienen efectos psicoactivos sino acciones antiinflamatorias.

Los fármacos cannabinoides cuyo uso refiere a aplicaciones terapéuticas medicinales más conocidos que se han estudiado son: Rimonabant, Dexanabinol, Levonantrol, Nabilona, Sativex, Cannabidiol, Tetrahidrocannabinol, Dronabinol y planta de cannabis, entre otros.

### **Cannabinoides en patologías específicas**

Los estudios realizados con cannabinoides sintéticos y naturales dejan como evidencia médica el potencial terapéutico que tienen los cannabinoides actuando en función de diferentes patologías

Tabla 2. *Potencial terapeutico de los cannabinoides*

Sistema orgánico	Trastornos orgánicos	Patologías específicas
Sistema digestivo	Trastorno de los hábitos alimentarios y la nutrición, patologías crónicas	Obesidad
		Anorexia
		Bulimia
		Colitis ulcerosa
		Enfermedad de Crohn
Sistema nervioso central	Lesiones agudas, patología neurodegenerativa	Trauma craneoencefálico
		Trauma medular
		Evento cerebrovascular
		Epilepsia
		Esclerosis múltiple
		Enfermedad de Alzheimer
		Enfermedad de Parkinson
Enfermedad de Huntington		
Sistema mental	Trastorno adictivo y trastornos del afecto	Trastorno mixto de ansiedad y depresión
		Psicosis
		Adicción a drogas
Sistema respiratorio	Trastorno de la ventilación	Asma bronquial
Otros sistemas orgánicos	Sistema inmunológico, trastorno neuropático y dolor, trastornos oncológicos	Náuseas y vómito
		Glaucoma
		Dolor crónico
		Cuadros de alergia

*Nota:* Recuperado de: Téllez J. (2015) Marihuana Cannabis. Aspectos Toxicológicos, Clínicos, Sociales y Potenciales usos terapéuticos. Capítulo II. Toxicocinética y Mecanismos de Toxicidad Relacionados con el Consumo de Cannabis.

### **Diagnóstico, manejo médico y monitoreo del consumidor de cannabis**

El consumo de sustancias ilícitas involucra alteraciones tanto en un ámbito psiquiátrico como también en múltiples órganos y sistemas orgánicos del cuerpo humano, por esta razón es de vital importancia tener conocimiento sobre qué podría ser un problema de consumo. De tener un problema de consumo ya sea por intoxicación o por determinación propia, es importante realizar el ingreso a un programa de tratamiento en búsqueda de elaborar una historia clínica adecuada para posteriormente poder realizar una evaluación paraclínica, seguida de un plan de tratamiento o un seguimiento biológico en caso de abstinencia .

### **Intoxicación Aguda**

La intoxicación aguda por cannabis es catalogada como poco severa en cuanto a su riesgo de mortalidad. Sin embargo, se han descrito algunos casos fatales relacionados con infartos cerebrales, especialmente en población joven.

Para el personal de urgencias es característico de un paciente que ingresa con sintomatología de euforia, distorsión del tiempo, aumento de la frecuencia cardiaca, presión arterial y frecuencia respiratoria, asociada a inyección conjuntival, boca seca, ataxia e hipotensión ortostática. En el caso de niños la sintomatología para el diagnóstico clínico de intoxicación por cannabis puede ser de palidez, inyección conjuntival, ligero temblor y ataxia asociado a hipotensión ortostática.

### **Síndrome de abstinencia**

Existen distintas discusiones con respecto a la existencia del síndrome de abstinencia tras el cese de consumo de marihuana, sin embargo, se puede identificar alguna sintomatología que puede facilitar recaídas.

Entre los síntomas se encuentran: el deseo de consumo, insomnio o alteraciones del sueño, ansiedad, irritabilidad, síntomas depresivos, cambios en el apetito, entre otros. Con la sintomatología puede ser un factor que tiende a inducir a recaídas o a la búsqueda de otras drogas para el alivio de los síntomas. Por esta razón el tratamiento para la abstinencia debe ir dirigido a aliviar los síntomas para disminuir el riesgo de recaídas y reducir la dependencia.

#### **4.1.7. Imaginarios Sociales**

Tras evidenciar la estrecha relación presente entre el ser humano y la planta de cannabis a lo largo de la historia, lo que ha ocasionado distintas dinámicas en torno al uso de la marihuana como medio de satisfacción de las necesidades del ser humano; lo que conlleva a la creación de nuevos hábitos, comportamientos y nuevas formas de relacionarse junto con nuevos estilos propios del individuo.

Así como postularon Berger y Luckmann (1968) “a lo largo de la vida cotidiana las personas establecen dinámicas de interacción, las cuales se regularizan y entonces se transforman en instituciones” (p.81) . El uso de la marihuana establece formas de interacción

social específicas alrededor del consumo, y tanto el uso individual como el colectivo tienden a crear sus propios rituales que van creando normas que se regularizan y transforman en nuevos estilos de vida.

La práctica del consumo de la sustancia siendo parte del individuo y su cotidianidad es entendido como la institucionalización del consumo. Visto desde las motivaciones del consumidor de marihuana, la búsqueda de la satisfacción encontrada en el uso de esta sustancia, el mantenimiento de su uso, y mediante la rutina de este uso se llega a establecer como un hábito en la vida cotidiana, con normas y rituales.

Es la relación entre estos hábitos, comportamientos y normas entre individuos lo que da origen a estos imaginarios sobre la marihuana y sus usos, según Castoriadis, “un imaginario social es una construcción histórica que abarca el conjunto de instituciones, normas y símbolos que comparte un determinado grupo social, y que pese a su carácter imaginado opera en la realidad ofreciendo tanto oportunidades como restricciones para el accionar de los sujetos”.

#### **4.1.8. Motivaciones de Consumo**

Es importante reconocer algunas de las principales motivaciones para el consumo de marihuana en la población colombiana para así poder entender las necesidades del consumidor. Para lograr abordar el imaginario del consumidor, se parte de investigaciones de las posibles motivaciones según distintos contextos.

##### **Motivaciones de inicio de consumo**

Las acciones que emprenden los individuos que inician el consumo de marihuana están mediadas por unas motivaciones de carácter interno o externo, ubicadas en contextos de tipo microsocioal, macrosocioal e individual.

### **Motivaciones de carácter microsocioal**

De carácter microsocioal es posible identificar algunas de las motivaciones de inicio de consumo de marihuana que se podrían describir como: la convivencia con personas consumidoras, compartir espacios en presencia del consumo, incidencia del grupo familiar y el interés por pertenecer a un grupo.

“No tenía mucha conciencia de eso, hasta tenía una percepción mala acerca de las drogas, pero un día en una fiesta de 15 años un amigo estaba fumando y me ofreció”

“Experimente el consumo de marihuana porque la conocí por amigos, pero fue mi decisión, yo me dije a mi mismo, yo quiero probar”

### **Motivaciones de carácter macrosocioal**

A nivel macrosocioal las motivaciones de inicio surgen a partir de grupos o instituciones por conocimiento y contacto con otras sustancias psicoactivas, legales e ilegales.

“Yo escuchaba que los compañeros del colegio hablaban de eso y de que era relajante. Sonaba bueno y quería probarlo”

“Veía gente fumando y yo también quería ver que sentían”

### **Motivos de carácter individual**

Algunas de estas motivaciones de inicio pueden presentarse en la necesidad de experimentar, o como “mediador” para realizar algunas actividades, superar dificultades o en búsqueda de mejorar habilidades sociales.

“Comencé a fumar por ansiedad y problemas con mi familia, sentí que me ayudo a sobrellevarlo”.

“Al principio me ayudaba a sobrellevar situaciones complicadas en mi vida, pero no siempre se debe usar para sentirse mejor, porque no funciona así. Ahora me ayuda a centrarme en algunas actividades, incluso siento que a raíz de eso pudo mejorar la situación conmigo mismo”.

“Desde pequeño me cuesta centrar mi atención, de vez en cuando fumarla me facilita concentrarme en algunas cosas”.

### **Motivaciones de mantenimiento de consumo**

No todas las personas que se inician en el consumo de marihuana llevan los mismos niveles de consumo en tiempo, frecuencia o cantidad; sin embargo, para algunos se convierte en un hábito dentro de su vida cotidiana.

### **Motivaciones de carácter microsocioal**

El consumo de marihuana entre pares y el hecho de compartir con otras personas consumidoras posibilita que se continúe explorando el consumo

“Consumir con otras personas me pareció divertido para reírse y hablar, pasar momentos agradables”

### **Motivaciones de carácter macrosocial**

En el entorno universitario y otros espacios de educación para las personas que encuentran la satisfacción en el consumo de marihuana se fortalece esta conducta. “Yo había fumado esporádicamente, pero las tensiones de la universidad, el trabajo y la vida en general son una carga muy pesada. Fumar fue una herramienta que me permitió sacar adelante mis responsabilidades”

### **Motivaciones de carácter individual**

Como imaginario en personas consumidoras de marihuana se ve como un generador de acción, que ayuda como impulso para realizar determinadas actividades.

También se percibe que consumir marihuana facilita sobrellevar las dificultades que se le van presentando en la cotidianidad o por lo contrario, para festejar y disfrutar determinadas ocasiones:

“A veces estoy estresado, fumo y me distraigo limpiando la casa o haciendo mis pendientes”.

“Me di cuenta que la manera en que llevaba mi consumo está ligada a mi estado de ánimo; si estaba triste me mal viajaba, pero en días que estaba feliz por algo bueno, lo disfrutaba. Lo asumo de forma responsable y consiente conmigo mismo, entiendo que mi cuerpo en ciertos estados de conciencia afecta la toma de decisiones.”

“Continúo consumiendo porque me ha ayudado a sobrellevar mis problemas de ansiedad”

“Me ayuda a hacer más divertidas algunas actividades que son tediosas como hacer oficio o algunos deberes”

Las actividades relacionadas con el ocio también son una motivación en el consumo de marihuana, argumentan que la vida se torna más llevadera o se disfrutan determinadas actividades lúdicas o sociales.

“Me gusta comer cuando me trabo, me abre el apetito y siento que la comida sabe más rica, la disfruto mucho más, luego me gusta descansar”

“A veces fumo cuando estoy jugando videojuegos con mis amigos, todo se torna más divertido o incluso uno se concentra más”

“Cuando quiero distraerme me gusta fumar y ver algunas series de muñecos, me pongo a analizarlas y me divierto viendo y pensando”

Otra motivación particular es la comparación entre la marihuana y el consumo de cigarrillo. Se reconoce dentro de los consumidores que el fumar cigarrillo causa más daño y repercusiones sobre la salud, por tanto, un fumador puede elegir mantenerse en la marihuana en búsqueda de prevenir algunos daños específicos.

“Desde que conozco la hierba, el cigarrillo ni más. De vez en cuando me gusta, pero me quedo con la hierba”

“La marihuana me ha ayudado a dejar el cigarrillo. Y eso que ya no fumo tanto, porque también he tenido control sobre la marihuana, porque me sirve mucho, pero en ocasiones debo hacer algunas cosas y esta puede no permitírmelo”

#### **4.1.9 Hacia una ‘Pedagogía Cannábica’**

Existen nuevos acercamientos sobre el consumo de marihuana gestados desde la sociedad civil, espacios de pensamiento, reflexión y organización, que dan lugar a espacios de resistencia en los cuales se busca derribar mitos, creencias e información errónea con respecto al uso y consumo de cannabis. Uno de ellos consiste en el proyecto de *ruta pedagógica del cannabis*, estructurado desde la Asociación Cannábica Colombiana, y cuyo horizonte es generar un tipo de revolución respecto a esa planta: “Lo que se pretende es abolir ese estigma mental sobre el uso y sobre los usuarios. Es muy importante que a través de la educación se fortalezca este proceso revolucionario, ya que la pedagogía genera el soporte teórico y científico frente a los diversos usos, avances y propiedades.” (Ballesteros, 2019).

Vemos entonces como la llamada pedagogía se construye mediante prácticas y procesos que se enlazan con propuestas e iniciativas de socialización y aprendizaje por parte de actores cruciales como lo son quienes cultivan, emprendedores, usuarios de tipo recreativo, y otros tipos de activismo en torno a sus iniciativas, que en esencia y en este sentido impulsan prácticas responsables y de impacto alto en el cambio de prejuicios y estigmas.

De igual manera, vale tomar en consideración que esta aproximación desde el aprendizaje debe incluir estrategias informativas ya establecidas como un enfoque de reducción de riesgos y daños. Entre los principales objetivos de los proyectos que adoptan este enfoque está el minimizar los efectos adversos producto del uso de sustancias, reducir riesgos relacionados a prácticas de consumo y sexuales riesgosas, aminorar hábitos de consumo abusivos que potencialmente representan daños a la salud del usuario (Échele Cabeza, 2018)

En ese sentido, una estrategia que apunte y condicione el ofrecimiento de servicios debe orientarse siempre a la promoción de estas dos dimensiones: las prácticas integrales y positivas de difusión de información y acompañamiento en el propósito el vencimiento del estigma social, y de otro lado, es fundamental considerar brindar al consumidor los mayores insumos posibles para la prevención de conductas riesgo y daños.

## 4.2. Indicadores del Cannabis

La marihuana es la sustancia ilegal de mayor consumo en el mundo, junto con el tabaco y el alcohol, han sido las sustancias más utilizadas con fines recreativos a lo largo de la historia de la humanidad.

Según estadísticas obtenidas por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Crimen (UNODC) para los años del 2008 al 2012 la prevalencia anual del consumo de marihuana en el mundo se encontraba entre el 3,9% y el 5,0% en la población de 15 a 64 años de edad. Para el 2012 el número de consumidores en el mundo dentro de este rango de edad era de 119 a 224 millones.

Tabla 3. *Prevalencia anual y número de consumidores de Cannabis en el mundo en el grupo de 15 – 64 años, 2008 - 2012*

Año	Prevalencia del consumo %			Número de consumidores en millones
	Baja	Alta	Promedio	
2008	3,9	-	3,9	165,6
2009	3,3	4,4	3,9	143-190
2010	2,9	4,3	3,6	129-191
2011	2,8	4,5	3,7	125-203
2012	2,6	5	3,8	119-224

*Nota:* UNODC Informes mundiales 2008, 2009, 2010, 2011, 2012

El continente con mayor consumo promedio de marihuana es Oceanía, seguido de América, Europa, África y Asia

En América, Norteamérica es la subregión de mayor consumo de marihuana, por otro lado, en Centroamérica la tendencia de consumo se mantuvo estable en la prevalencia de consumo entre 2009 y 2012, en 2,4%

En América Latina, el sexo es una variable que identifica que los hombres presentan mayores prevalencias de consumo en todos los países de la subregión, especialmente en países centroamericanos como en El Salvador, donde por cada mujer consumidora 38 hombres son consumidores.

Tabla 4. *Prevalencia del 2011 de uso de Cannabis en el mundo en el grupo de 15–64 años por sexo en América Latina*

País	Hombres	Mujeres	Razón Hombres: Mujeres
El Salvador (2005)	0,75	0,02	37,5
Ecuador (2007)	1,4	0,1	14
Guatemala (2005)	0,29	0,03	9,67
Costa Rica (2006)	1,9	0,2	9,5
Bolivia (2007)	8,9	1,14	7,81
Nicaragua (2006)	1,18	0,2	5,9
México (2008)	1,73	0,38	4,55
Perú (2006)	1,16	0,27	4,3
Colombia (2008)	3,79	0,93	4,08
Panamá (2003)	6,35	1,65	3,85
Paraguay (2003)	0,8	0,28	2,86
Argentina (2008)	5,38	2,07	2,59
Uruguay (2006)	7,5	3,04	2,47
Chile (2008)	8,79	4,16	2,12

*Nota:* Recuperado de: Téllez J. (2015) Marihuana Cannabis. Aspectos Toxicológicos, Clínicos, Sociales y Potenciales usos terapéuticos. Capítulo II. Toxicocinética y Mecanismos de Toxicidad Relacionados con el Consumo de Cannabis.

## **El consumo en Colombia**

Para el año 2013 la región de Antioquia es la zona geográfica con mayor prevalencia de consumo en el país con un porcentaje de 6,42. Ciudades como Medellín y exactamente Bogotá con porcentaje de 3,21% presentaron las prevalencias más altas dentro una la población de 12 a 65 años, en relación a otras regiones del país.

Tabla 5. *Prevalencia de consumo de marihuana en el año 2013 en Colombia en población de 12 a 65 años por regiones.*

Año	Región Atlántica	Región Oriental	Región Central	Región Occidental	Bogotá	Antioquia	Territorios Nacionales	País
1996	0,68	0,64	1,54	0,45	1,4	2,2	S.D.	1,1
2008	1,13	0,75	2	2	2,5	6,1	1,84	2,3
2013	1,16	2,71	4,28	2,90	3,21	6,42	2,02	3,27

*Nota:* Recuperado de: Téllez J. (2015) Marihuana Cannabis. Aspectos Toxicológicos, Clínicos, Sociales y Potenciales usos terapéuticos. Capítulo II. Toxicocinética y Mecanismos de Toxicidad Relacionados con el Consumo de Cannabis.

Resultados del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias psicoactivas en Colombia (2013) realizado por el Gobierno Nacional, determinan que, según grupos de edad, la prevalencia de consumo de marihuana es mayor en jóvenes de 18 a 24 años, junto a grupos de adolescentes y jóvenes de 25 a 34 años, con prevalencias de 8.2%, 4.3% y 3.8% respectivamente.

Un 8,3% de la población entre 12 y 65 años declaró haber probado marihuana alguna vez, con una prevalencia superior en hombres, siendo tres veces superior a la de las mujeres,

de modo que cada cuatro personas que declaran haber usado marihuana, tres son hombres y una es mujer.

Tabla 6. *Indicadores de consumo de marihuana según sexo en el año 2019*

Sexo	Prevalencia			Incidencia	
	Vida	Año	Mes	Año	Mes
Hombres	12,31	4,21	2,96	1,00	0,36
Mujeres	4,56	1,26	0,68	0,37	0,09
<b>Total</b>	<b>8,30</b>	<b>2,68</b>	<b>1,78</b>	<b>0,66</b>	<b>0,22</b>

*Nota:* Recuperado de Dane (2020) Boletín Técnico. Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENCSPA) Periodo de referencia 2019.

La prevalencia de uso de marihuana en 2019 es de 2,7% lo que representa una población estimada de 637 mil personas.

Tabla 7. *Prevalencia de uso de marihuana año 2019 según sexo*

Sexo	%	Intervalo de confianza (%)	Número de consumidores	Intervalo de confianza (casos)
Hombres	4,21	3,83 - 4,59	482.563	438.085 - 527.043
Mujeres	1,26	1,06 - 1,46	154.553	129.660 - 179.445
<b>Total</b>	<b>2,68</b>	<b>2,46 - 2,90</b>	<b>637.116</b>	<b>584.644 - 689.589</b>

*Nota:* Recuperado de Dane (2020) Boletín Técnico. Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENCSPA) Periodo de referencia 2019.

La mayor prevalencia en segmentos etarios se presenta en jóvenes de 18 a 24 años que equivale a una población de 242 mil personas, lo cual corresponde al 38% del total de consumidores. Seguido por jóvenes de 25 a 34 años con un estimado poblacional de aproximadamente 220 mil personas.

Tabla 8. *Prevalencia de consumo de marihuana en grupos de edad en el año 2019*

Grupos de edad	%	Intervalo de confianza (%)	Número de consumidores	Intervalo de confianza (casos)
12-17	1,95	1,32 - 2,58	59.475	40.147 - 78.804
18-24	6,46	5,65 - 7,27	241.518	209.715 - 273.322
25-34	4,17	3,63 - 4,72	217.972	189.196 - 246.748
35-44	1,60	1,25 - 1,95	71.965	56.260 - 87.670
45-65	0,64	0,46 - 0,81	46.186	33.399 - 58.972
<b>Total</b>	<b>2,68</b>	<b>2,46 - 2,90</b>	<b>637.116</b>	<b>584.644 - 689.589</b>

*Nota:* Recuperado de Dane (2020) Boletín Técnico. Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENCSPA) Periodo de referencia 2019.

Se determina un incremento de la prevalencia de consumo de marihuana en función de un aumento en el estrato socioeconómico. Se presenta una prevalencia de 2,1% en estrato 1 y se observa un aumento en la prevalencia dentro de los estratos 4 a 6 con un 4,1%.

Tabla 9. *Prevalencia de consumo de marihuana por estrato socioeconómico en el año 2019*

Estrato	%	Intervalo de confianza (%)	Número de consumidores	Intervalo de confianza (casos)
1	2,07	1,69 - 2,45	112.765	90.915 - 134.616
2	2,50	2,17 - 2,83	223.383	191.839 - 254.927
3	2,93	2,48 - 3,38	202.400	169.770 - 235.031
4-5-6	4,05	3,18 - 4,92	95.242	72.724 - 117.761
<b>Total</b>	<b>2,68</b>	<b>2,46 - 2,90</b>	<b>637.116</b>	<b>584.644 - 689.589</b>

*Nota:* Recuperado de Dane (2020) Boletín Técnico. Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENCSPA) Periodo de referencia 2019.

## Disponibilidad y oferta de sustancias

Cerca del 55% de la población manifiesta que le resultaría fácil conseguir marihuana, Por otra parte, un 7,6% declaró haber recibido oferta de marihuana en el último año ya sea para comprar o probar. Finalmente, un 3,1% de la población del país declara haber recibido algún tipo de oferta de marihuana.

Tabla 10. *Porcentaje de personas que perciben que es fácil conseguir marihuana y porcentaje de personas que han recibido oferta de marihuana, según sexo*

Sexo	Fácil Conseguir	Les ofrecieron en los últimos 30 días	Les ofrecieron en los últimos 12 meses
Hombres	59,49	4,87	10,54
Mujeres	50,58	1,50	4,77
<b>Total</b>	<b>54,88</b>	<b>3,13</b>	<b>7,56</b>

*Nota:* Recuperado de Dane (2020) Boletín Técnico. Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENCSPA) Periodo de referencia 2019.

Según presentan los resultados de acuerdo a grupos etarios analizados, son los grupos entre 18 a 24 y de 25 a 34 años quienes declaran en mayor proporción que les resultaría fácil conseguir marihuana, seguido por grupos de mayor edad con casi un 50%.

En cuanto a la oferta de marihuana, los grupos de menor edad señalan en mayor proporción haber recibido oferta en el último año con cifras de 12,3% para grupos de 12 a 17 años y un 16,4% en jóvenes de 18 a 24 años.

Tabla 11. *Porcentaje de personas que perciben que es fácil conseguir marihuana y porcentaje de personas que han recibido oferta de marihuana, según grupos de edad.*

Grupos de edad	Fácil Conseguir	Les ofrecieron en los últimos 30 días	Les ofrecieron en los últimos 12 meses
12-17	42,10	3,68	12,18
18-24	64,32	7,38	16,38
25-34	61,48	4,06	9,17
35-44	57,33	1,78	4,28
45-65	49,11	0,86	1,92
<b>Total</b>	<b>54,88</b>	<b>3,13</b>	<b>7,56</b>

*Nota:* Recuperado de Dane (2020) Boletín Técnico. Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENCSPA) Periodo de referencia 2019.

Los porcentajes respecto a la oferta de marihuana aumentan en relación a un crecimiento en el nivel socioeconómico; la oferta de marihuana recibida en los últimos 30 días varía desde un 2,2% en el estrato 1 hasta un 4,3% en los estratos 4 a 6. En cuanto a la facilidad de acceso, las cifras se oscilan entre un 50,5% en los estratos más altos, junto a un 57,8% en estrato 2.

#### 4.3. Marco Legislativo

La legislación referente a las drogas en el país no es del todo clara pese a su transformación y su presente visión y apoyo frente a la investigación y explotación medica e industrial del cáñamo. Frente a su consumo, se mantiene en vacíos legales entre su no criminalización y su falta de regulación, permitiendo el desarrollo de problemáticas públicas con organismos de control frente a la no claridad del proceder frente a estos vacíos legales y el desconocimiento de la misma.

Por esto, es importante que el consumidor de marihuana pueda tener fácil acceso a la legislación referente a la misma, en búsqueda de defender sus derechos y de asumir sus deberes como ciudadano colombiano, permitiéndole así, regirse dentro de los parámetros de convivencia que dicta la ley.

Globalmente el control de drogas se encuentra regulado por tratados, acuerdos y convenciones entre países miembros de las Naciones Unidas. En 1961 fue firmada la Convención Única sobre Estupefacientes (CUE) con artículos que clasifican los estupefacientes según sus propiedades en cuatro listas junto a las medidas de control y fiscalización.

Tabla 12. Primera parte *lista verde de sustancias psicotrópicas sometidas a la fiscalización*

**Tabla 2. "Lista Verde" de sustancias psicotrópicas sometidas a fiscalización**

Orden	Denominación común internacional	Orden	Denominación común internacional
1	(+)-Lisergida, LSD (Lysergide, LSD)	62	Flurazepam (Flurazepam)
2	(±)Δ 10a-Tetrahidrocannabinol	63	GHB (GHB)
3	(±) Δ 10-Tetrahidrocannabinol	64	Glutetimida (Glutethimide)
4	(±) Δ 6a-Tetrahidrocannabinol	65	Halazepam (Halazepam)
5	(±) Δ 7-Tetrahidrocannabinol.	66	Haloxazolam (Haloxazolam)
6	(±) Δ 8-Tetrahidrocannabinol	67	Ketazolam (Ketazolam)
7	(±)-exo-Tetrahidrocannabinol, (±)-exo-THC	68	Lefetamina, SPA (Lefetamine, SPA)
8	2-CB (2-CB)	69	Levanfetamina (Levamphetamine)
9	4-metilaminorex (4-methylaminorex)	70	Levometanfetamina (Levomethamphetamine)
10	4-MTA, 4-metiltioanfetamina (4-MTA, 4-methylthioamphetamine)	71	Loflazepato de etilo (Ethyl Loflazepate)
11	Alobarbital (Allobarbital)	72	Loprazolam (Loprazolam)
12	Alprazolam (Alprazolam)	73	Lorazepam (Lorazepam)
13	Amineptina (Amineptine)	74	Lormetazepam (Lormetazepam)
14	Aminorex (Aminorex)	75	Mazindol (Mazindol)
15	Amobarbital (Amobarbital)	76	MDMA (MDMA)
16	Anfepromona, Dietilpropion, Dietilcatinona (Amfepromone, Diethylpropion, Diethylcathinone)	77	Meclocualona (Mecloqualone)
17	Anfetamina (Amphetamine)	78	Medazepam (Medazepam)
18	Barbital (Barbital)	79	Mefenorex (Mefenorex)

*Nota:* Recuperado de: Téllez J. (2015) Marihuana Cannabis. Aspectos Toxicológicos, Clínicos, Sociales y Potenciales usos terapéuticos. Capítulo II. Toxicocinética y Mecanismos de Toxicidad Relacionados con el Consumo de Cannabis.

Estas convenciones y tratados adoptan un modelo prohibicionista que da lugar a la incertidumbre en cuanto a su eficacia sobre el control de la producción, comercio y el tráfico de drogas. Adicionalmente, fueron elaboradas sin consideración de bases científicas, teniendo en cuenta que los conocimientos científicos de las drogas eran escasos; asignándole un tratamiento a los estupefacientes del mismo modo que otras clases de sustancias farmacológicas, sin tener de presente sus efectos y contextos culturales de uso. Esta política adoptada generó mucha ignorancia y desconocimiento, lo que causa que la discusión en torno al consumo de cannabis siga siendo un tema controvertido.

La mayoría de países en Latinoamérica han adoptado una legislación que criminaliza el uso de estupefacientes y prohíbe su venta y distribución, algunos países han desarrollado modificaciones frente a la perspectiva del cannabis. Sin embargo, el uso legal de cannabis aun no es un tema consensado en América Latina, quiere decir que no se encuentra una legislación homogénea en cuanto a la posesión y consumo de marihuana ni de uso terapéutico. Aunque ya ha sido aprobado, empleado y legislado el uso terapéutico de esta en varios países como Canadá, Alemania, Holanda, República Checa, España y algunos estados en Estados Unidos.

Existe una preocupación referente a los resultados nocivos tras la adaptación de estas medidas fuera de la consideración de la privación de la libertad, la exclusión social, problemas de salud, la criminalización del consumidor.

El uso recreacional del cannabis está siendo despenalizado y descriminalizado en varios países y regiones del mundo, basado en el concepto filosófico de ser este un derecho fundamental de los individuos y en el supuesto bajo potencial ofensivo para la salud y la sociedad, comparado con otras sustancias como, por ejemplo el etanol, la cocaína, la heroína,

etc. En los cannabinoides, el THC con una concentración de hasta 5% presenta un bajo potencial de refuerzo en el proceso de adicción.

La Convención Única de Estupefacientes establece lo siguiente frente al cannabis:

- El artículo 22 establece que las partes prohíban el cultivo de la planta de cannabis cuando este sea la medida más adecuada para proteger la salud pública y evitar el tráfico ilícito, y que sean responsables por las medidas apropiadas para secuestrar cualquier planta ilícitamente cultivada y destruirla, excepto pequeñas cantidades requeridas para propósitos científicos o de investigación.

En Colombia en 1979 hubo la iniciativa de legalización frente al uso recreacional de la marihuana, presentada por Ernesto Samper, fue prontamente rechazada por Estados Unidos, que condenaron toda iniciativa que estuviera encaminada a la liberalización del manejo de la droga en el continente. En esta época Colombia ya recibía de EE. UU. asistencia financiera y técnica para la lucha contra las drogas, y en el caso de la marihuana el foco fue la erradicación de cultivos de cannabis en la Sierra Nevada de Santa Marta y los Llanos Orientales.

La Ley 30 de 1986, emitida por el Congreso de la República de Colombia, introdujo la norma sobre la dosis mínima de porte y consumo personal de algunas drogas ilegales, que fue denominada la “Dosis mínima personal de drogas”.

Posteriormente, en 1994, en Colombia la Sentencia C-221, proferida por la Corte Constitucional, despenalizó el consumo de la dosis personal y se estableció la cantidad de 20 gramos de marihuana y 5 gramos de hachís. Esta sentencia también declara la inexecutable de los artículos 51 y 87 de la Ley 30 de 1986. Estos hacen referencia a las sanciones impuestas en caso de porte o consumo; y con la imposición de tratamiento médico para personas afectadas por el consumo de drogas, aunque estas no hayan cometido ninguna infracción.

La inexecutableidad de los artículos es sustentada bajo el principio del libre desarrollo de la personalidad, consagrado en la Constitución, el cual determina que el individuo posee la capacidad para encaminar su vida siempre y cuando no interfiera con la autonomía y los derechos de otras personas. El segundo artículo fue basado en la limitación del Estado sobre la participación en la salud personal; donde se señala que cada persona es libre en decidir si decide recuperar su salud, por lo cual es improcedente imponer sanciones cuando una persona decide realizar alguna actividad que afecte su bienestar.

### **Comportamientos Contrarios a La Convivencia**

Según la legislación Colombiana, en relación con el código de la policía nacional, son comportamientos contrarios a la convivencia:

- El consumo de psicoactivos en lugares como estadios, parques, hospitales trae una multa \$197.000 y la participación de un programa comunitario o de convivencia.
- El consumo de sustancias psicoactivas o prohibidas en lugares no autorizados para su consumo es multado con \$394.000
- Consumir sustancias psicoactivas o prohibidas en instituciones o centros educativos se multa con \$394.000, si el consumo es realizado en áreas circundantes de \$787.000 así como tener o vender sustancias psicoactivas dentro del perímetro de centros educativos o instituciones.
- Facilitar, prestar o vender sustancias psicoactivas a niños o adolescentes es multado con \$787.000
- Se considera que es un comportamiento que pone en riesgo la integridad de las personas el portar, consumir o estar bajo efectos de sustancias psicoactivas

dentro de actividades que aglomeran público. Lo cual puede ser causal de sanciones como la prohibición de ingreso a la actividad, participación de programas comunitarios o actividades pedagógicas de convivencia, o remisión a centros de atención en drogadicción. El porte y tenencia de cantidades que excedan la dosis personal será judicializado de conformidad con la normatividad vigente.

### **Glosario**

- a) Droga: Es toda sustancia que introducida en el organismo vivo modifica sus funciones fisiológicas.
- b) Estupefaciente: Es la droga no prescrita médicamente, que actúa sobre el sistema nervioso central produciendo dependencia.
- c) Medicamento: Es toda droga producida o elaborada en forma farmacéutica reconocida que se utiliza para la prevención, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación de las enfermedades de los seres vivos.
- d) Sicotrópico: Es la droga que actúa sobre el sistema nervioso central produciendo efectos neuro-psicofisiológicos.
- e) Abuso: Es el uso de droga por una persona, prescrita por ella misma y con fines no médicos.
- f) Dependencia psicológica: Es la necesidad repetida de consumir una droga, no obstante, sus consecuencias.
- g) Adicción o Drogadicción: Es la dependencia de una droga con aparición de síntomas físicos cuando se suprime la droga.

h) Dosis para uso personal : Es la cantidad de estupefacientes que una persona porta o conserva para su propio consumo. Es dosis para uso personal la cantidad de marihuana que no exceda de veinte (20) gramos; la de marihuana hachís que no exceda de cinco (5) gramos. No es dosis para uso personal, el estupefaciente que la persona lleve consigo, cuando tenga como fin su distribución o venta, cualquiera que sea su cantidad.

i) Prevención: Es el conjunto de actividades encaminadas a reducir y a evitar la dependencia.

j) Tratamiento: Son los distintos métodos de intervención terapéutica encaminados a contrarrestar los efectos producidos por la droga.

k) Rehabilitación: Es la actividad conducente a la reincorporación útil del farmacodependiente a la sociedad.

## **5. Propuesta de Intervención**

### **Puntos críticos**

Dentro del marco del consumo recreativo del cannabis es posible evidenciar problemáticas específicas que han venido reforzando el imaginario negativo frente al cannabis en la sociedad colombiana, como la carencia de información junto a su manejo inadecuado, la represión, cancelación y el estigma social; sin contar innumerables riesgos que corre el usuario de la planta a causa de las dinámicas que estos problemas desencadenan.

La información insuficiente es un factor crucial que ha venido impidiendo el desarrollo y superación del estigma del cannabis, de manera que se identifican marcos específicos de

acción como la comunicación de la legislación actual referente al cannabis junto a prácticas e información para llevar un consumo responsable.

### **Propuesta**

El consumo de cannabis en Colombia es una realidad que ha sido difícil de asimilar para la sociedad, realidad que el estado ha enfrentado desde la posición de la prohibición y la erradicación de la marihuana en búsqueda de mitigar problemáticas de origen público que se han asociado directamente con el consumo de cannabis. Estos señalamientos son originarios del imaginario que tiene la población sobre la planta y han sido basados principalmente en la percepción de la misma, sin tener de presente el resultado de investigaciones científicas que le pueden dar una nueva mirada al concepto del cannabis, capaz de desmentir la relación del cannabis con dichas problemáticas públicas.

Pensando en el estigma como un fenómeno desatado a causa de la falta de información, o puntualmente de la desinformación haciendo referencia al uso inadecuado de la misma utilizando medios de difusión para manipularla en beneficio propio o de instituciones; es posible destacar un campo de acción a través de la educación y difusión de la verdad.

Se plantea que, desde un plano educativo capaz de llegar al consumidor, es posible hacer frente a los constantes riesgos a los cuales se ve enfrentado el consumidor dentro de su cotidianidad, brindándole al consumidor herramientas para respaldar su consumo a través de una manera responsable y segura conociendo la acción y los efectos que ejerce el consumo sobre sí mismo como individuo.

Este proyecto emprende bajo la premisa de combatir el estigma social a través de la educación del usuario de marihuana con información verídica y científica, ubicando dentro del marco de una pedagogía netamente cannabica, donde este se permita enseñar y comunicar

sus saberes adquiridos a demás consumidores. De esta manera se busca conformar una comunidad de consumo soportada en la corresponsabilidad, prevención de riesgos, con capacidad de debatir y desmentir mitos en torno al concepto de la marihuana.

## **OWL.CO**

Este proyecto parte de las necesidades del usuario recreativo de marihuana en Colombia en relación al consumo, su salud y su posición frente al fenómeno del estigma del cannabis; con intención de brindarle al consumidor herramientas de valor que le permitan llevar a cabo un consumo responsable, informado, centrado en la prevención de riesgos. A su vez se busca mitigar el estigma por medio de estrategias enfocadas en la difusión de la información.

## **Narrativa**

Bajo la temática del consumo lúdico y social de cannabis, la marca busca incursionar dentro de la narrativa del LifeStyle y el Estilo Urbano demarcado por múltiples disciplinas destacadas actualmente en la ciudad de Bogotá. Dentro de estas narrativas se comparten imaginarios sociales frente al consumo de marihuana en la cotidianidad del individuo, lo que delimita un campo de acción que desde la labor social de Owl.Co puede ser intervenido.

## **Metodologías Y Herramientas**

Con la finalidad de cumplir los objetivos planteados se emplean una serie de metodologías y desarrollo de herramientas enfocadas en la difusión de la información y el

autocuidado del consumidor diseñadas a través de la creación de un modelo de emprendimiento.

El modelo de emprendimiento parte de la creación de la Marca comercial Owl.Co que centrada en la necesidad del consumidor y bajo la temática del cannabis centra su atención en la disposición de información pensada en la desarticulación de imaginarios erróneos y mitigar el efecto del estigma sobre el consumidor.

### **5.1. Modelo De Negocio**

La marca implementa diversos modelos de negocio a fin de cumplir los objetivos propuestos, los cuales se centran en el desarrollo de un E-commerce, desarrollando un comercio virtual apoyado en redes sociales. La estrategia comunicativa parte de modelos de negocio freemium y de E-learning con la intención de brindar al consumidor de cannabis contenidos gratuitos enfocados en el aprendizaje y la pedagogía

Para esto es desarrollado un plan de negocio que consta de cuatro fases que transcurren a lo largo de siete meses, cada una con objetivos específicos que atienden a la misión y visión del emprendimiento.

La misión, visibilizar al consumidor de cannabis como participe activo de la comunidad y la visión, desestimar el estigma frente al consumo de marihuana con intenciones recreativas.

La fase número uno es denominada “Visibilizar” etapa en la que se hace énfasis visibilizar problemáticas que afronta el consumidor de marihuana y prácticas de consumo responsable a través del infoproducto como material educativo.

El infoproducto hace referencia al contenido gráfico dispuesto por la marca para transmitir información a través de redes. Esta metodología es desarrollada con la finalidad de crear y difundir contenido informativo.

A lo largo de dos meses adelanta dos campañas informativas con el objetivo de visibilizar estigmas considerados como clásicos en entornos de consumo y posicionar el personaje de la marca como eje comunicativo del consumo informado.

Para lograr estos objetivos se crea como estrategia comunicativa una narrativa a partir de la selección de contextos específicos de estigmatización de parte de instituciones importantes para la actualidad del país, contrastados con identidades modelo de parte de instituciones “contradictorias”.

Se implementa la gráfica del “Cartel” con la intención de establecer una comunicación con intención de divulgación y denuncia en búsqueda de generar impacto. Dando resultado una pieza gráfica llamada Estamos en las nubes, si les come cuento, como adelanto del primer infoproducto de la marca, dando como introducción al consumidor que sigue el trabajo de la marca, un sentido de correspondencia frente a situaciones de consumo donde ha sido vulnerado.

Como segunda campaña de la primera fase se desarrolla la campaña llamada Consumo Informado con la intención de posicionar el personaje de la marca como eje comunicativo del consumo informado a través de una gráfica de cartoon con la intención de presentar información amigable sobre temas de tensión.

Adicional se hace uso de otra estrategia comunicativa que busca atacar el estigma y la desinformación, la cual provee el infoproducto de información amplia y confiable a partir de hiper vínculos. De esta manera el usuario podrá hacer uso de la información enfocada en el consumo informado para y hacer frente a situaciones de estigmatización a partir de fuentes fiables.

La segunda fase, denominada "Fidelizar" busca cuantificar los usuarios que realizan seguimiento del trabajo de la marca a través de tres campañas enfocadas en la difusión, interacción y promoción de eventos; implementando piezas destinadas a la interacción con el usuario con educación fundamentada bajo técnicas de auto cultivo, practicas responsables y recopilar datos.

Para la tercera se plantea mercantilizar el emprendimiento a partir del desarrollo de merchandising pensado en visibilizar al consumidor de marihuana como participe activo de la sociedad desde campañas publicitarias de las mercancías de la marca.

Adicionalmente se lleva a cabo el desarrollo de productos enfocados en la reducción de riesgos y el consumo informado.

La fase cuatro se fundamenta en la proyección del proyecto Owl.co, la cual continua con la implementación de campañas de consumo informado y adelanta estrategias que buscan nuevas colaboraciones para el desarrollo de próximas mercancías enfocadas en la reducción de riesgos.

### **Valores de marca**

El desarrollo de producto es la base económica del proyecto Owl.Co. Basado en modelos de negocio de Hype y súper inflación, la marca desarrolla su línea de producto encaminada a la edición limitada, con productos de valor dentro de la cultura cannabica.

El desarrollo de elementos elaborados en colaboración de artistas, deportistas o marcas hace parte de una de las estrategias publicitarias de Owl.Co quien parte de las necesidades del consumidor lúdico y social del cannabis en búsqueda de responder a ellas a través de elementos enfocados en un consumo informado y responsable.

El merchandisign desarrolla elementos publicitarios desde la identidad de la marca en colaboración de artistas, deportistas, marcas y eventos enfocados en visibilizar al consumidor como parte de la comunidad.

### **Gráfica y Contenido de marca**

Se plantea la multidisciplinariedad para la marca de manera que son integradas distintas aptitudes pertenecientes a la narrativa del lifeStyle en relación al consumo de marihuana. Estas pueden ser percibidas como hobbies o practicas dentro de las cuales se tiene evidencia que el consumo de cannabis está presente de manera frecuente.

Las principales aptitudes presentadas pertenecen a las ramas de la música, el arte y el deporte.

## **Música**

Dentro de las disciplinas adoptadas por la marca se encuentran la producción musical de los siguientes géneros.

- Hip-Hop
- Rap
- Trap
- Reggaetón
- Techno
- Drum and Bass

## **Arte**

Algunas de las tendencias artísticas en la ciudad de Bogotá adoptadas por la marca son principalmente las siguientes:

- Fotografía
- Performance
- Graffiti
- Graficas
- Ilustraciones

## **Deporte**

El deporte y el cannabis tienen historia, los deportes con los que se trabajara son:

- BMX

- FGFS
- SKATE

Esta integración de disciplinas con la marca es denominada como colaboraciones, de manera en que la identidad representante de la aptitud beneficia directamente a la marca brindando su contenido para la difusión a través de las redes de Owl.Co para posteriormente ambas partes acceder a beneficios planteados como la visibilización.

Dentro de lo exhibido en las redes utilizadas para el E-commerce, es llevada a cabo una estrategia de segmentación de modo que el registro de estas aptitudes, parte del plan de contenido dispuesto para la difusión, buscando llegar a usuarios de cannabis que practiquen o simpaticen con estas actividades.

### **Contenido Alternativo**

La presentación de contenido alternativo al usuario de las redes de Owl.Co busca crear interacción basada en afinidades entre los usuarios y los contenidos publicados dentro de las redes.

La base de los contenidos alternativos se centra en la perspectiva brindada por la marca con respecto al cannabis, desarrollándose a través de la publicación y actualización de noticias, eventos, memes, imágenes o videos.

## 6. Conclusiones

### La Causa

Día tras día se incrementa el número de consumidores de marihuana en Colombia, de la misma manera la cantidad de simpatizantes. Poco a poco tendrán que desvanecer los estigmas y problemáticas que desata la guerra contra las drogas en el país, pero esto no se hará solo con el pasar el tiempo. El estigma de problemáticas publicas recae sobre el consumidor injustamente, y ahora es deber de Owl.Co velar por la deconstrucción del estigma y la creación de nuevos imaginarios más conscientes y respetuosos con el consumidor.

El narcotráfico, microtráfico y la violencia no son problemáticas directamente con el cannabis, pero si son financiadas con este tras la implementación de prácticas incorrectas alejadas de lo que permite la ley.

Cuando un usuario de cannabis sigue el trabajo de la marca, hace parte de la comunidad Owl.Co y por tanto siendo uno más que hace frente al estigma. Asi como llevar practicas sanas de consumo puede afectar directamente la manera en que estas actividades contrarias a la convivencia se ven financiadas. De esta manera, el miembro de la comunidad también estará dando su aporte para mitigar estas problemáticas del país.

## 7. Referencias

- Alcaldía de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito UNODC. (2009). Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá, D.C.
- Amaya, Carlos y Román, Santiago. (2018) *Efecto del estigma sobre los consumidores de marihuana frente al consumo responsable*. [Tesis de Pregrado, Pontificia Universidad Javeriana]. <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/35097/Efecto%20del%20estigma%20sobre%20los%20consumidores%20de%20marihuana%20frente%20al%20consumo%20responsable.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ballen, A.V., Percipiano, Y. L., Correa, A. P. (2003). *Posibles implicaciones de la legalización del consumo, producción y comercialización de las drogas en Colombia*. Archivos de Economía. Departamento Nacional de Planeación, Dirección de Estudios Económicos.  
<https://colaboracion.dnp.gov.co/cdt/estudios%20economicos/234.pdf>
- Benowitz, N. (1998). "Medical complication of drug abuse". En: Karch, S. Drug Abuse Handbook. Capítulo 8. CRC Press. ISBN 0-8493-2637-0, p. 567.
- Berger, P., Luckmann, T. (1968). La construcción social de la realidad. Amorrortu, Buenos Aires.
- Campolongo, P., Trezza, V., Ratano, P. *et al.* (2011). Developmental consequences of perinatal cannabis exposure: behavioral and neuroendocrine effects in adult rodents. *Psychopharmacology* **214**, 5–15 (2011). <https://doi.org/10.1007/s00213-010-1892-x>

- Castoriadis, C. (1988). Los dominios del hombre: las encrucijadas del laberinto. Gedisa Editorial: Barcelona. [http://www.psiaudiovisuales.com.ar/wp-content/uploads/Castoriadis\\_Unidad\\_2\\_La\\_dominios\\_del\\_hombre.pdf](http://www.psiaudiovisuales.com.ar/wp-content/uploads/Castoriadis_Unidad_2_La_dominios_del_hombre.pdf)
- Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-221. (M.P Carlos Gaviria Díaz; mayo 5 de 1994).
- Crocker, J., Major, B. and Steele, C. (1998) Social Stigma. In: Gilbert, D.T., Fiske, S.T. and Lindzey, G., Eds., The Handbook of Social Psychology, 4th Edition, Vol. 2. Academic Press, New York, 504-553.
- Dane (2020) Boletín Técnico. Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENCSPA) Periodo de referencia 2019.
- Decreto 1844 de 2018. [ Presidencia de la República]. *Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Defensa 01 de octubre de 2018*  
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=88843>
- Escohotado, A. (1997). La cuestión del cáñamo, Una propuesta constructiva sobre hachís y marihuana. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Escohotado, A. (1998). Historia general de las drogas. Barcelona: Espasa Libros.
- Goffman, E. (2006). Estigma: la identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gómez, D, J. (2015). Inclusión, Estigma y Exclusión: V Foro de Inclusión “Accesibilidad cognitiva y psíquica en Instituciones de Educación Superior. [Diapositivas de Power Point]. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.  
[https://www.academia.edu/15574674/Inclusi%C3%B3n\\_estigma\\_y\\_exclusi%C3%B3n](https://www.academia.edu/15574674/Inclusi%C3%B3n_estigma_y_exclusi%C3%B3n)

Gómez, D, J. (S.f.). Marihuana de alta potencia.

[http://www.academia.edu/12123676/Marihuana\\_de\\_Alta\\_Potencia](http://www.academia.edu/12123676/Marihuana_de_Alta_Potencia).

Hill, S. L., Thomas, S. H. L. (2009). What's new in... Toxicity of drugs of abuse. *Medicine* [Internet]. Noviembre; 37(11):621-

6.<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1357303909002497>.

Leweke, F. M., Koethe, D. (2008). Cannabis and psychiatric disorders: it is not only addiction. *Addiction biology* [Internet]. Junio; 13(2):264–75.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18482435>.

Ley 30 de 1986.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/LEY-0030-DE-1986.pdf>

Lloyd, C. (2013). The stigmatization of problem drug users: A narrative literature review. *Drugs: education, prevention and policy*, 20(2), 85-95.

[https://www.researchgate.net/publication/262796943\\_The\\_stigmatization\\_of\\_problem\\_drug\\_users\\_A\\_narrative\\_literature\\_review](https://www.researchgate.net/publication/262796943_The_stigmatization_of_problem_drug_users_A_narrative_literature_review)

Ministerio de Justicia y Derecho. (2019). *Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas Colombia 2019*. <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Documents/Publicaciones/Consumo/Estudios/estudio%20Nacional%20de%20consumo%202019v2.pdf?csf=1&e=iV5lh3>

Naciones Unidas (1972) . *Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, enmendada por el Protocolo de 1972*. Disponible en:

[https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/1961-Convention/convention\\_1961\\_es.pdf](https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/1961-Convention/convention_1961_es.pdf)

- Palamar, J. J., Kiang, M. V., & Halkitis, P. N. (2012). Predictors of Stigmatization Towards Use of Various Illicit Drugs Among Emerging Adults. *Journal Of Psychoactive Drugs*, 44(3), 243-251.  
[https://www.researchgate.net/publication/232245046\\_Predictors\\_of\\_Stigmatization\\_Towards\\_Use\\_of\\_Various\\_Illicit\\_Drugs\\_Among\\_Emerging\\_Adults](https://www.researchgate.net/publication/232245046_Predictors_of_Stigmatization_Towards_Use_of_Various_Illicit_Drugs_Among_Emerging_Adults)
- Petro, D. J., Ellenberger, C. (1981). "Treatment of human spasticity with -9 tetrahydrocannabinol". *Journal of Clinical Pharmacology*, (Suppl 21): 413–6.  
DOI: 10.3238/arztebl.2012.0495
- Sáenz, E. (2007). La "Prehistoria" de la Marihuana en Colombia: Consumo y Cultivos entre los años 30 y 60. *Cuadernos De Economía*, 26(47).  
<https://search.proquest.com/docview/1677496479?accountid=13250>.
- Schierenbeck, T., Riemann, D., Berger, M., Hornyak, M. (2008). Effect of illicit recreational drugs upon sleep: cocaine, ecstasy and marijuana. *Sleep medicine reviews* [Internet]. Octubre; 12(5):381-9.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18313952>.
- Suárez Sanabria, D. L., & Uribe Pachón, J. M. (2016). Problematizando la dependencia en la psicología: repertorios interpretativos del movimiento pro-cannabis bogotano. *Facultad de Psicología*.
- Tirado Otálvaro, A. F. (2018). La estigmatización de las personas que usan drogas y sus consecuencias políticas y sociales. *Drugs and Addictive Behavior*, 3(1), 11-13.  
Doi: <https://doi.org/10.21501/24631779.2631>.
- Torres, G., Fiestas, F. (2012). Efectos de la marihuana en la cognición: effects of marijuana on cognition: a review from the neurobiological perspective. 29(1):127-35. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n1/a19v29n1.pdf>

## Páginas web y links

Ballesteros, T. (2019) La ruta pedagógica del cannabis: un intercambio de saberes. Revista Cáñamo Colombia. <https://canamo.net/cultura/reportaje/la-ruta-pedagogica-del-cannabis-un-intercambio-de-saberes>

Consejo Nacional de Prevención (s.f). *Estadísticas de la drogadicción en Colombia*. [http://consejonacionaldeprevencion.com/estadisticas-de-la-drogadiccion-en-colombia.html#:~:text=%2D%20Entre%20los%20grupos%20de%20edad,a%2034%20a%C3%B1os%20\(3.8%25\).](http://consejonacionaldeprevencion.com/estadisticas-de-la-drogadiccion-en-colombia.html#:~:text=%2D%20Entre%20los%20grupos%20de%20edad,a%2034%20a%C3%B1os%20(3.8%25).)

Échele Cabeza (enero 24 de 2018) *¿Qué es reducción de riesgos y daños?* <https://www.echelecabeza.com/que-es-reduccion-de-riesgos-y-danos/>

Energy Control. (2005). *Mi responsabilidad y mi consumo de drogas: Material para consumidores y personas en contacto con consumidores*. <https://energycontrol.org/files/pdfs/Folleto+Responsabilidad+y+Consumo+II.pdf>.

Energy Control. (2018). *¿Quiénes somos?* <https://energycontrol.org/energycontrol/quienes-somos.html>.

Fanjul, S, C. (12 de septiembre de 2017). 20 años reduciendo el daño de las drogas: así es Energy Control. *El País*. [https://elpais.com/elpais/2017/09/11/tentaciones/1505136917\\_837505.html?rel=mas](https://elpais.com/elpais/2017/09/11/tentaciones/1505136917_837505.html?rel=mas).

Fundación Ideas para la Paz. (s.f) *¡No se gane una multa! ABC del nuevo código de Policía*. <https://www.ideaspaz.org/especiales/codigo->

[policia/#:~:text=Consumo%3A%20Se%20proh%C3%ADbe%20consumir%20bebidas,programa%20comunitario%20o%20de%20convivencia.](#)

Observatorio de Drogas de Colombia

<https://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/estudio%20Nacional%20de%20consumo%202019.pdf>

Psychanalyse Pararis (s.f) Moreau, Jacques-Joseph (de Tours) "Du Hachisch:

Historique".<http://www.psychanalyse-paris.com/Du-Hachisch-Historique.html>.