

Trastorno de ansiedad social y problemas por consumo de marihuana: el papel mediador de los efectos esperados de la marihuana.

Julia D. Buckner, Ph.D. ¹ *, Norman B. Schmidt, Ph.D. ²

¹Department of Psychology, Louisiana State University, Baton Rouge, Los Angeles

²Department of Psychology, Florida State University, Tallahassee, Florida

Resumen

Historia: Los individuos con un trastorno de ansiedad social (TAS) parecen ser particularmente vulnerables a los problemas relacionados con la marihuana. No obstante, los mecanismos subyacentes a esta asociación no están claros.

Métodos: Este estudio examinó el papel de las expectativas de los efectos de la marihuana en la relación entre el TAS y los problemas por marihuana entre 107 consumidores de marihuana (43% mujeres) 26,2% de los cuales cumplían los criterios para TAS del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – Cuarta Edición. La ansiedad y los trastornos de la conducta se determinaron durante las entrevistas clínicas usando el Programa de Entrevistas para los Trastornos de Ansiedad IV-L- (ADIS-IV).

Resultados: Los análisis (incluyendo género, frecuencia de consumo de marihuana, trastorno depresivo mayor, y otros trastornos de ansiedad) sugieren que el TAS era el único trastorno asociado significativamente con los problemas por la marihuana en los últimos 3 meses. En comparación con los individuos sin TAS, los individuos con TAS tenían mayor probabilidad de suscribir las siguientes expectativas de la marihuana: discapacidad cognitivo/conductual y expectativas globales negativas. En gran medida, estas expectativas mediaron las relaciones entre el estatus TAS y los problemas con la marihuana.

Conclusiones: Estos datos respaldan la opinión de que el TAS se relaciona únicamente con los problemas por la marihuana y proporciona entendimiento de los mecanismos subyacentes a esta vulnerabilidad.

Introducción

Los individuos con trastorno de ansiedad social (TAS) no sufren solamente la angustia y la discapacidad relacionada con este trastorno, si no que además padecen una amplia gama de problemas asociados.⁽¹⁻⁴⁾. Recientemente, los investigadores han identificado que los individuos con TAS parecen ser particularmente

Palabras clave:
trastorno de ansiedad social, fobia social,
marihuana – cannabis, expectativas

vulnerables a los problemas relacionados con la marihuana. Para ilustrar, los datos del Estudio Nacional de Comorbilidad sugieren que los individuos con TAS tienen una probabilidad 7 veces mayor de experimentar dependencia de la marihuana en relación con la población general⁽⁵⁾ y los universitarios con mayor ansiedad social parecen ser particularmente vulnerables a los problemas y los síntomas del trastorno por consumo de marihuana (TCM)⁽⁶⁻⁹⁾. En un estudio longitudinal, los adolescentes con TAS tenían una probabilidad casi 5 veces mayor de desarrollar dependencia a la marihuana en comparación con los adolescentes sin TAS.⁽¹⁰⁾ Esta relación se mantenía a pesar de tener en cuenta el impacto de un amplio abanico de la psicopatología del Eje I (otro trastorno de ansiedad, depresión, y trastornos externalizados). Ningún otro trastorno del estado de ánimo o de ansiedad permaneció significativamente relacionado con la posterior dependencia de la marihuana, sugiriendo que el TAS puede servir como un importante factor de riesgo para los problemas por marihuana.

La alta tasa de problemas relacionados con la marihuana entre aquellos con TAS no es trivial, dado que muchos problemas relacionados con la marihuana son bastante serios. Como ejemplo, se ha observado que fumar marihuana tiene un mayor efecto sobre la función respiratoria que el tabaco,⁽¹¹⁾⁽¹²⁾ incluyendo cambios celulares que pueden servir como factores de riesgo para el cáncer.⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾ Conducir bajo los efectos de la marihuana se vincula con un mayor riesgo de accidente⁽¹⁵⁾ y el consumo de marihuana se relaciona prospectivamente con malos resultados académicos.⁽¹⁶⁾ De hecho, un 28% de los consumidores actuales de marihuana en USA presentan problemas relacionados con la marihuana suficientemente importantes como para justificar el diagnóstico de TCM.⁽¹⁷⁾

A pesar de la creciente evidencia acerca de la conexión entre el TAS y los problemas por marihuana, nosotros no conocemos ningún estudio que haya examinado los mecanismos subyacentes a las altas tasas de problemas por marihuana entre aquellos con TAS. Un área prometedora es la de las expectativas de los efectos de la marihuana o las expectativas respecto a los

efectos de la marihuana. Se piensa que las expectativas acerca de los efectos de las drogas son importantes predictores del consumo de drogas.⁽¹⁸⁾ De hecho, las expectativas de las consecuencias del alcohol sirven como un predictor consistentemente fuerte de consumo problemático de alcohol.⁽¹⁹⁾ Aunque un estudio mucho menos empírico ha examinado las expectativas de los efectos de la marihuana, los datos acumulados sugieren que diferentes expectativas acerca de la marihuana se relacionan con diferentes patrones de consumo de marihuana. Para ilustrarlo, entre los universitarios, los efectos positivos esperados de la marihuana se han vinculado a una mayor frecuencia de consumo de marihuana, mientras los efectos negativos esperados de la marihuana se correlacionaban negativamente con la frecuencia de consumo de marihuana.⁽²⁰⁾ En una muestra compuesta por pacientes varones de un centro para el tratamiento por consumo de drogas, los consumidores de marihuana tenían más probabilidad de abogar por expectativas de tensión-reducción /relajación que los ex consumidores o los no consumidores.⁽²¹⁾

Nosotros sólo conocemos un estudio que examina el papel de las expectativas de la marihuana en las relaciones entre la ansiedad social y los problemas por marihuana.⁽⁷⁾ En esta muestra no clínica, altos niveles de ansiedad social se relacionaron inesperadamente de forma negativa con expectativas de tensión-reducción y de facilitación social. En otras palabras, aquellos con una mayor ansiedad social no esperaban que el consumo de marihuana ocasionara una reducción del afecto negativo mayor al de aquellos con ansiedad social baja. Entre los consumidores de marihuana, niveles altos de ansiedad social se relacionaron positivamente con discapacidad cognitivo-conductual y expectativas globales negativas y estas expectativas mediaban el vínculo entre la ansiedad social y los problemas por marihuana. Estos hallazgos sugieren que los consumidores de marihuana socialmente ansiosos tienen mayor probabilidad de esperar consecuencias negativas (por ejemplo, discapacidad conductual) del consumo de marihuana. En la discusión, se propuso que quizás los individuos con más ansiedad social consumen marihuana por que quieren que la marihuana afecte los procesos cognitivos (por ejemplo, enlentecer los rápidos pensamientos

ansiosos). Alternativamente, los individuos socialmente ansiosos pueden consumir marihuana para auto-discapacitarse en situaciones sociales. De forma consistente con la teoría de la auto-discapacitación del consumo de drogas⁽²²⁾ los individuos socialmente ansiosos pueden consumir marihuana porque piensan que los otros atribuirán cualquier déficit del funcionamiento social a los efectos de la marihuana y no al individuo.

Aunque son interpretaciones ciertamente factibles de estos datos, también puede darse el caso de que estos hallazgos inesperados se debieran a aspectos metodológicos. Primero, el estudio previo utilizó una medida continua de la ansiedad social más que el examen del cumplimiento de los individuos de los criterios para TAS del Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales – Cuarta Edición (DSM-IV). Segundo, el estudio previo no tuvo en cuenta el impacto de las variables relacionadas con la ansiedad social y las expectativas de los efectos de la marihuana, lo que podría explicar, al menos parcialmente, las relaciones observadas. Por ejemplo, el género, la frecuencia de consumo de marihuana y la concurrencia de depresión u otros trastornos de ansiedad, podrían tener un impacto dadas sus relaciones con la ansiedad social y/o las expectativas de los efectos de la marihuana.⁽¹⁾⁽²⁰⁾⁽²³⁾ Por consiguiente, la replicación aumentaría la confianza en estos hallazgos, particularmente si esta replicación ocurriera entre los individuos con TAS y si los análisis tuvieran en cuenta el impacto de estas relevantes variables.

La presente investigación se componía de tres objetivos de investigación interrelacionados focalizados en la obtención de las relaciones entre el TAS, los problemas relacionados con la marihuana y las expectativas de los efectos de la marihuana. Primero, nosotros buscamos replicar el hallazgo de que el TAS se relaciona con los problemas por marihuana incluso después de tener en cuenta el impacto del género, el trastorno depresivo mayor (TDM) y otros trastornos de ansiedad.⁽¹⁰⁾ Segundo, dado que sólo un estudio conocido ha investigado las relaciones entre la ansiedad social y las expectativas de los efectos de la marihuana,⁽⁷⁾ este estudio buscó replicar el hallazgo de que la ansiedad

social se relaciona con la discapacidad cognitivo/conductual y con las expectativas globales negativas y ampliar el trabajo previo (que usaba una muestra no clínica) mediante el examen de estas relaciones entre los individuos que cumplían los criterios del DSM-IV para TAS. Nosotros ampliamos bastante el estudio previo examinando estas relaciones tras tener en cuenta el impacto del género, la frecuencia del consumo de marihuana, el TDM y otros trastornos de ansiedad. Dado que estas variables tienden a estar relacionadas con el TAS y/o con los problemas por marihuana⁽¹⁾⁽²⁰⁾⁽²³⁾ es importante descartar la posibilidad de que las relaciones observadas entre el TAS y los problemas por marihuana no se deben simplemente a estas relevantes variables. Tercero, testamos si el TAS y las expectativas relacionadas mediaban la relación entre el TAS y los problemas por marihuana. Ampliamos el estudio original conduciendo un test muy riguroso de mediación que incluía variables relevantes para el TAS y los problemas con la marihuana (género, frecuencia de consumo de marihuana, TDM y otros trastornos de ansiedad). Estas relaciones se examinaron en una muestra de universitarios, dado que la investigación sugiere que este grupo es particularmente vulnerable a los problemas con la marihuana. Por ejemplo, cerca de un cuarto de los universitarios consumidores actuales de marihuana cumplen los criterios de TCM, con la mayoría de los consumidores frecuentes reportando importantes problemas relacionados con la marihuana.⁽²⁴⁾

Métodos

Participantes

La presente muestra la componían 107 (43,0% mujeres) universitarios reclutados de cursos de introducción a la psicología. Se invitó a los participantes a participar según sus respuestas a un cribaje colectivo durante el cual completaban la Escala de Ansiedad de Interacción Social (SIAS)⁽²⁵⁾ y una pregunta valorando el consumo de marihuana en los 3 últimos meses. Todos los participantes que habían consumido marihuana en

los 3 últimos meses fueron invitados a participar. Para promover el reclutamiento de los participantes con TAS ampliamos la muestra a aquellos participantes con puntuaciones iguales o superiores a la puntuación clínica de corte en el SIAS.⁽²⁶⁾

Aunque se entrevistó a 110 estudiantes, tres negaron haber consumido marihuana en su vida y se excluyeron del estudio. Los participantes tenían al menos 18 años de edad (rango = 18-22, M=19.13, DE=1.07). La composición racial y étnica de la muestra era la siguiente: 1,9% afro americanos o negros, 0,9% indios americanos, 1,9% asiáticos, 84,1% caucásicos o blancos, 4,7% hispano latinos, 5,6% mestizos y 0,9% “otros”. Para información demográfica adicional consulte la Tabla 1.

bajo la supervisión de un psicólogo clínico autorizado. En el caso de la comorbilidad, los diagnósticos primarios los determinaban terapeutas estableciendo el trastorno funcionalmente más discapacitante y/o angustiante en la basal. Las ADIS se revisaron en reuniones semanales del equipo con el psicólogo clínico autorizado. Los equipos usaron todos los datos disponibles, incluyendo las grabaciones de las entrevistas clínicas. Para confirmar el diagnóstico se requería el consenso de los miembros del equipo. Se ha observado que en nuestro laboratorio el porcentaje de acuerdo sobre los diagnósticos entre los entrevistadores clínicos usando el ADIS ha sido del 80%.⁽²⁹⁾

Formulario de Consumo de Marihuana (FCM): El FCM es un instrumento de auto-informe que evalúa el

Tabla 1. Información demográfica de los participantes con (TAS+) y sin (TAS-) trastorno de ansiedad social

	TAS – (n=79)		TAS+ (n=28)		F o χ^2	P
	%	M (DE)	%	M (DE)		
Edad		19.23 (1.03)		18.86 (1.15)	2.54	.11
Género (femenino)	36.7		60.7		4.86	.03
Raza (caucásica)	83.5		85.7		0.07	.79
Consumo frecuente de marihuana	79.7		75.0		0.28	.60
Trastorno depresivo mayor	1.3		0.0		0.36	.55
Trastorno de ansiedad generalizado	0.0		3.6		2.85	.09
Trastorno obsesivo compulsivo	3.8		10.7		1.87	.17
Trastorno de pánico	1.3		3.6		0.60	.44
Fobia específica	15.2		14.3		0.01	.91

Nota: El consumo frecuente de marihuana se definió con el consumo de una vez por semana o superior.⁽⁷⁾⁽³⁰⁾ Las características se analizaron usando modelos de análisis de varianza (ANOVA) para variables continuas y test de la χ^2 para variables nominales/categorías.

Medidas

Programa de Entrevistas par Trastornos de Ansiedad-IV (ADIS-IV)⁽²⁷⁾: El ADIS, una entrevista diagnóstica estructurada, se usó para proporcionar la cobertura detallada de los trastornos actuales de ansiedad y conducta del DSM-IV. El ADIS-IV-L ha mostrado ser un medida válida y fiable de los trastornos de ansiedad y conducta del DSM-IV.⁽²⁸⁾ Las entrevistas las realizaron estudiantes graduados con formación clínica

consumo de marihuana.⁽⁶⁾ Los participantes reportaron si habían consumido marihuana alguna vez, la fecha del último consumo de marihuana, y la frecuencia de consumo de marihuana (a lo largo de la vida y en el último mes). La frecuencia a lo largo de la vida se evaluó usando una escala de rango 0 - 6 (0 = nunca, 3 = una o dos veces al mes y 6 = una vez o más al día). La frecuencia durante el último mes se valoró usando una escala de rango 0 - 9 (0 = una vez al mes o menos, 5 = 5 ó 6 veces al mes y 9 = al menos 21 veces por semana). Este cuestionario se ha empleado para valorar satisfactoriamente las conductas de los consumidores de marihuana.⁽⁶⁾⁽⁷⁾

Escala de Problemas por Marihuana (EPM): la EPM es una lista de 19 ítems de consecuencias negativas sociales, ocupacionales, físicas y personales asociadas con el consumo de marihuana en los últimos 90 días.⁽³⁰⁾ Ejemplos de problemas evaluados incluyen:⁽¹⁾ problemas entre tú y tu pareja,⁽²⁾ pérdida de días de trabajo o de clase,⁽³⁾ dificultades económicas,⁽⁴⁾ menor productividad y⁽⁵⁾ malestar por tu consumo. Los participantes valoraron los problemas por consumo de marihuana de una escala de 0 a 2 (0 = ningún problema, 1 = problema menor y 2 = problema serio). Esta medida ha demostrado buena fiabilidad.⁽⁷⁾⁽³¹⁾⁽³²⁾ En la presente muestra, las puntuaciones fueron desde 0.00 hasta 28.00 (M = 4.63, DE = 4,74).

Cuestionario de Expectativas de la Marihuana (CEM): El CEM es una lista de 48 ítems de expectativas relacionadas con el consumo de marihuana.⁽³³⁾ Este cuestionario se creó para ser usado por aquellos con y sin experiencia consumiendo marihuana. La escala se compone de seis subescalas: discapacidad cognitiva y conductual, relajación y reducción de la tensión, facilitación sexual y social, mejora perceptual y cognitiva, efectos negativos globales y abstinencia y efectos negativos. Los participantes puntuaron cada ítem entre 1 y 5 (1 = muy en desacuerdo, 3 = indiferente y 5 = muy de acuerdo). Estas subescalas han demostrado una fiabilidad adecuada.^{(7) (33) (34)}

Procedimientos

El estudio fue aprobado por el comité de revisión institucional de la universidad antes de la recogida de datos. El día de sus citas los participantes conocieron individualmente al entrevistador clínico, quien obtuvo el consentimiento informado y llevó a cabo las ADIS. Las entrevistas ADIS se grabaron para permitir la revisión de los diagnósticos con un psicólogo clínico autorizado. Los participantes que reunían los requisitos necesarios completaron entonces las medidas del auto-informe en nuestro laboratorio utilizando *surveymonkey.com*, una página web segura para la recogida de datos *on-line*. Una vez completado el estudio, se obtuvo toda la información

de los participantes y se les concedió un crédito de investigación por su participación.

Resultados

En la presente muestra, un 26,2% cumplían los criterios de TAS, un 96,2% reportaron consumo de marihuana en el último mes, un 78,3% reportaron al menos consumo semanal y un 32,1% indicaron uso diario. El rango de edad para el primer consumo iba desde 12 a 20 (M = 15.4, DE = 1.77). Los participantes reportaron una puntuación media del FCM a lo largo de la vida de 4.00 (DE = 1.22), indicando un consumo medio a lo largo de la vida de entre 1 y 4 veces por semana. En relación con el consumo en el último mes, los participantes reportaron un consumo medio de FCM de 5.24 (DE = 2.80) sugiriendo una media de consumo en el último mes de entre 3 y 4 veces por semana.

Se realizó un análisis jerárquico de regresión lineal para examinar la relación única entre el TAS y los problemas por marihuana tras considerar el género, la frecuencia de consumo de marihuana y otros trastornos. La variable dependiente era los problemas por marihuana y las variables predictoras se dividían en tres pasos en la jerarquía: ⁽¹⁾ género y frecuencia de consumo de marihuana se entraron en el primer paso, ⁽²⁾ TDM, trastorno de ansiedad generalizado, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de pánico, fobia específica y TAS se entraron en el segundo paso y ⁽³⁾ el status TAS se entró en el tercer paso. Esta estrategia asegura que los efectos observados por el TAS en el tercer paso no pueden atribuirse a varianzas compartidas con las variables de los pasos 1 ó 2.⁽³⁵⁾ Es importante destacar que en los modelos de regresión jerárquica, el paso final se compone no sólo de la variable o variables entradas en ese paso, si no de todas la variables incluidas en pasos inferiores en la jerarquía. Como se muestra en la Tabla 2, los análisis sugieren que el TAS era el único trastorno que permanecía relacionado con los problemas por la marihuana.

Para examinar las relaciones entre el status TAS y las expectativas de los efectos de la marihuana, se realizó un análisis multivariante de covarianza en el que el status TAS era la variable independiente y las escalas CEM eran las variables dependientes. El género y la frecuencia de consumo de marihuana^(Nota 1) y otros trastornos se entraron como covariantes. Como se muestra en la Tabla 3, el TAS estaba significativamente, relacionado de forma positiva con expectativas cognitivas y conductuales deficientes y con expectativas globales negativas. Había una tendencia para el TAS de estar también relacionado positivamente con la abstinencia y las expectativas sobre los efectos físicos.

Los papeles de mediación de las puntuaciones relevantes del CEM respecto a la relación entre el estatus

del TAS y los problemas por consumo de marihuana se examinaron usando la estrategia perfilada por Kenny y col.⁽³⁶⁾ Para proporcionar un cuestionario riguroso, todas las covariantes (género, frecuencia de consumo de marihuana y otros trastornos) se mantuvieron en cada etapa de estos análisis. El primer requisito para la mediación es una asociación significativa entre la variable predictora (TAS) y el criterio (problemas con marihuana) (véase Tabla 2). El segundo requisito para testar la mediación requiere establecer una relación entre el predictor y el mediador propuesto (es decir, las expectativas de la marihuana). Dado que la discapacidad cognitiva/conductual y las expectativas negativas fueron las únicas expectativas correlacionadas significativamente con el TAS (Tabla 3), estas fueron las únicas escalas del CEM que se testaron. Para satisfacer el

Tabla 2. Análisis jerárquico de regresión lineal para problemas por marihuana

	ΔR^2	t	B	DE B	β	P
Paso 1	.046					
Sexo		-1.53	-0.72	0.47	-.15	.13
Frecuencia consumo de marihuana		1.56	0.26	0.17	.15	.12
Paso 2	.031					
Trastorno depresivo mayor		0.77	3.68	4.81	.08	.45
Trastorno de ansiedad generalizado		0.71	3.44	4.81	.07	.48
Trastorno obsesivo compulsivo		1.35	2.94	2.17	.14	.18
Trastorno de pánico		-0.86	-3.04	3.54	-.09	.39
Fobia específica		0.06	0.09	1.40	.01	.95
Paso 3	.048					
Trastorno de ansiedad social		2.29	2.52	1.10	.23	.03

Nota: Los problemas por marihuana se midieron usando la Escala de Problemas por Marihuana. ⁽³⁷⁾ El género se codificó (0= varón, 1 = mujer)

Tabla 3. ANOVA, multivariante para las expectativas sobre los efectos de la marihuana (CEM) entre los consumidores actuales para participantes con (TAS+) y sin (TAS-) trastorno de ansiedad social

Subescala CEM	TAS - (n = 79)		TAS+ (n = 28)		F	P
	Media ^a	DE	Media ^a	DE		
Discapacidad cognitiva y conductual	29.25	0.78	35.05	1.32	9.09	.00
Relajación y reducción de la tensión	28.00	0.60	28.03	1.02	0.40	.53
Facilitación social y sexual	27.03	0.53	26.83	0.89	0.12	.73
Mejora perceptual y cognitiva	25.04	0.58	26.52	0.98	0.24	.63
Efectos globales negativos	15.48	0.61	18.60	1.03	6.59	.01
Abstinencia y efectos físicos	23.18	0.43	25.54	0.72	2.96	.09

Nota: ^a Las medias reportadas son medias marginales estimadas teniendo en cuenta el impacto de los efectos del sexo, la frecuencia de consumo de marihuana, la depresión y otros trastornos de ansiedad; CEM, *Cuestionario de Expectativas con la Marihuana*

requisito tres, el mediador propuesto debe estar asociado con el criterio una vez descontado el impacto de los efectos del predictor. La discapacidad cognitiva/conductual ($\beta = .55$, $P < .001$) y las expectativas negativas ($\beta = .53$, $P < .001$) se relacionaron ambos con los problemas por marihuana tras el control por el género, la frecuencia de marihuana y los trastornos de ansiedad (incluyendo TAS).

El requerimiento final implica evaluar la relación entre el predictor y el criterio cuando se ha eliminado la varianza que justificaba al mediador propuesto. Tradicionalmente, cuando esta ecuación da efectos no significativos para el predictor, se piensa que ha habido mediación. En esta muestra, el TAS ya no se relacionó significativamente a los problemas por marihuana tras haber tenido en cuenta el impacto de la discapacidad cognitivo/conductual ($\beta = .08$, $P < .41$) y global negativa ($z = 2.11$, $P = .23$). Los test de Sobel confirmaron que la discapacidad cognitiva/conductual ($z = 2.11$, $P = .03$) y las expectativas globales negativas ($z = 2.13$, $P = .03$) mediaron la relación entre TAS y los problemas por marihuana.

Discusión

Este estudio se suma a la creciente literatura que indica que la ansiedad social y el TAS están relacionados con los problemas por consumo de marihuana⁽⁶⁻¹⁰⁾ y contribuye de diversas maneras a nuestra comprensión de estas relaciones. Específicamente, este estudio replicó hallazgos previos sugiriendo que el TAS se relaciona con los problemas por la marihuana mucho más allá de las diferencias de género en el TAS y que la varianza justificaba la depresión concurrente u otros trastornos de ansiedad.⁽¹⁰⁾ Este estudio también replicó en una muestra clínica de participantes con TAS, el hallazgo de que la ansiedad social parece estar relacionada con la discapacidad cognitiva/conductual y las expectativas globales negativas⁽⁷⁾ y extendió el trabajo previo al definir que estas relaciones no parecen atribuibles a otros factores relacionados con la ansiedad social y/o los problemas por consumo de marihuana (frecuencia de consumo de marihuana, depresión,

género y otros trastornos de ansiedad). A destacar que la aprobación de estas expectativas puede explicar, al menos parcialmente, los problemas por la marihuana entre aquellos con TAS.

Los resultados de nuestro análisis jerárquico lineal, en los cuales el TAS emergió como el único trastorno depresivo o de ansiedad relacionado con los problemas por marihuana, apoyaron el trabajo previo en esta área.⁽¹⁰⁾ Este hallazgo no es trivial, ya que puede tener importantes implicaciones para los modelos teóricos actuales de consumo problemático de marihuana. Por ejemplo, una variedad de modelos de consumo de sustancias incluyendo el modelo tensión-reducción.⁽³⁷⁾ Los modelos motivacionales⁽³⁸⁾ y los modelos de reducción del estrés⁽³⁹⁾, postulan que el consumo de sustancias para manejar afectos negativos aumenta el riesgo de problemas relacionados con la droga. En otras palabras, estos modelos proponen que el afecto negativo es un riesgo para el consumo problemático de drogas. Sin embargo, nuestros datos, conjuntamente con la investigación previa⁽¹⁰⁾ sugieren que puede que generalmente no sea al afecto negativo el que incrementa el riesgo de consumo problemático de marihuana, dada la débil asociación entre los problemas por marihuana y la depresión y otros trastornos de ansiedad en esta y en otra muestra.⁽¹⁰⁾ Más bien, puede ser que los tipos específicos de afecto negativo estén asociados con problemas por la marihuana, entre los cuales el TAS parece ser uno. Se necesitan más estudios para determinar si las intervenciones para la prevención del consumo de drogas, dirigidos a individuos con estos tipos específicos de afecto negativo de alto riesgo, pueden ser útiles en la prevención del desarrollo de posteriores problemas por la marihuana.

Consideramos de interés que el TAS se asoció con discapacidad cognitiva/conductual y expectativas globales negativas y estas expectativas, mediaron la relación entre el TAS y los problemas por consumo de marihuana. Debe mencionarse que este hallazgo replicó estos efectos específicos mediadores encontrados en una muestra no clínica.⁽⁷⁾ Sin embargo, este estudio va más allá del estudio inicial al examinar estas relaciones en una muestra de aquellos con diagnóstico de TAS, al

tiempo que tiene en cuenta el impacto de las variables relevantes que podrían haber justificado los efectos encontrados en el estudio inicial (por ejemplo, género, frecuencia de consumo de marihuana, depresión y otros trastornos de ansiedad). Como se discutió en el estudio inicial,⁽⁷⁾ hay posibles interpretaciones para estos hallazgos. Primero, puede ser que la discapacidad cognitiva y/o conductual sea realmente deseable para al menos algunos con ansiedad social dada que esta subescala se compone de ítems tales como la marihuana enlentece el pensamiento y las acciones; la marihuana altera mi personalidad; la marihuana acorta los tiempos de reacción. Puede ser que algunos individuos con TAS consuman marihuana debido a que quieren que la marihuana enlentezca los pensamientos rápidos inducidos por la ansiedad, para cambiar sus personalidades por una con menor probabilidad de recibir evaluación negativa y/o para que las cosas a su alrededor parezcan menos reales (lo que puede hacerles menos provocadoras de ansiedad). Desafortunadamente, el CEM no evalúa el deseo de las expectativas particulares de la marihuana y se precisa más investigación para probar esta hipótesis.

Una explicación alternativa se basa en la teoría auto-discapacitante del consumo de drogas.⁽²²⁾ Esto puede deberse a que como los individuos con ansiedad social esperan que la marihuana produzca discapacidad cognitiva y/o conductual, asumen que otros también esperan que la marihuana produzca esos efectos. Por tanto, ellos pueden consumir marihuana porque creen que los demás atribuirán las conductas inadecuadas o embarazosas a los efectos de la marihuana, no a un defecto de su personalidad. Hay una buena razón para creer que los consumidores de marihuana con TAS pueden ser particularmente vulnerables a la auto-discapacidad. Por ejemplo, se ha relacionado al TAS con conductas auto-discapacitantes y se cree que tal auto-discapacidad puede servir como una estrategia para gestionar la imagen.^{(40) (41)} El consumo de marihuana puede ser otra manera en que los individuos socialmente ansiosos se auto-discapaciten en un esfuerzo para manejar como otros les ven/juzgan. Sin embargo, dado que el CEM evalúa “lo que piensas de la marihuana, independientemente de lo que otras personas puedan pensar” la investigación futura también es necesaria

para determinar si los individuos socialmente ansiosos creen que otros les juzgarán menos negativamente cuando estén bajo los efectos de la marihuana.

Consistente con el trabajo previo,⁽⁷⁾ el TAS no estaba relacionado con las expectativas de tensión-reducción /relajación de la marihuana entre los consumidores de esa droga. Este, aparentemente, inesperado hallazgo es menos inesperado cuando se considera a la luz de la literatura sobre la ansiedad social-alcohol. Aunque algunos estudios previos han encontrado que la ansiedad social está ligada a la expectativas del alcohol de tensión-reducción general,^{(42) (43)} estas expectativas no se han encontrado para moderar o mediar en la relación entre la ansiedad social y el consumo de alcohol.⁽⁴⁴⁾ Más bien, la expectativa de que el consumo de alcohol reducirá la ansiedad en situaciones sociales se relaciona con un mayor consumo de alcohol entre aquellos con mayor ansiedad social.⁽⁴⁵⁾ El trabajo futuro examinando la especificidad situacional de las expectativas de la marihuana podría obtener de forma similar el papel de las expectativas de la marihuana sobre la tensión-reducción en la ansiedad social.

Que los consumidores de marihuana no apoyen las expectativas de tensión-reducción de la marihuana parece contrario al trabajo previo en el que la ansiedad social más alta se relacionaba con mayores motivos de afrontamiento para el consumo de marihuana (es decir, consumir marihuana para afrontar el afecto negativo).⁽⁶⁾ Sin embargo, aunque los motivos de afrontamiento pueden estar relacionados con las expectativas de tensión-reducción, hay diferencias significativas. Primero, las expectativas son efectos anticipados de la marihuana, mientras los motivos son razones para consumirla. Por tanto, es concebible que individuos con ansiedad social reporten que consumen marihuana para manejar los afectos negativos (es decir, justificar motivos de afrontamiento) aunque ellos no esperen realmente que esto les ayude a relajarse o a sentirse más tranquilos (es decir no ratifica expectativas de tensión-reducción). Segundo, el examen de los ítems sobre las medidas de los motivos de la marihuana (MMM)⁽⁴⁶⁾ y la subescala tensión-reducción del CEM sugieren que estas medidas pueden ciertamente interferir constructos ligeramente

diferentes. La escala MMM de motivos de afrontamiento se compone de los siguientes ítems: *Yo consumo marihuana para olvidar mis preocupaciones, ya que me ayuda cuando estoy deprimido o nervioso, me anima cuando estoy de malhumor, porque me siento más confiado y seguro de mi mismo y para olvidar mis problemas.* La subescala del CEM de tensión-reducción se compone de los siguientes ítems: *Yo consigo una sensación de relajación al fumar marihuana. Fumar marihuana me hace menos tenso o me alivia la tensión, me ayuda a relajarme. La marihuana me vuelve despreocupado y no me preocupo tanto de los problemas, cuando fumo marihuana no me siento inseguro, no me preocupa como me valoran los otros cuando estoy bajo los efectos de la marihuana, la marihuana hace más fácil escapar de problemas y responsabilidades. La marihuana me calma y estoy más relajado en las relaciones sociales si he fumado marihuana.* El MMM no pregunta específicamente acerca del consumo de marihuana para manejar el afecto negativo en situaciones sociales, mientras la escala CEM se compone de diversos ítems en relación con las evaluaciones de otros, la situación social, etc. Por tanto, puede ser que los individuos con ansiedad social consuman marihuana solo para manejar el afecto negativo (es decir, antes o después de una situación social o incluso para evitar una situación social), pero no esperan ayuda de la marihuana para manejar la ansiedad en presencia de otros. Es evidente que se precisan más estudios para probar esta hipótesis.

Este estudio tiene un número de limitaciones que sugieren la necesidad de más investigación en esta área. Primero, dado la naturaleza transversal de estos análisis, no podemos determinar si las expectativas de la discapacidad cognitivo/conductual se producen antes de los problemas con la marihuana. Estudios prospectivos que examinen las relaciones temporales entre el inicio del TAS, el desarrollo de las expectativas de la marihuana y los problemas por la marihuana, servirán como el próximo paso en esta área. Segundo, las medidas de auto-informe son vulnerables a sesgos (por ejemplo, la deseabilidad social, el sesgo de memoria) y está justificada la replicación usando una estrategia multi-método, multi-informante. Tercero, este estudio examinó estudiantes universitarios.

Aunque nuestros datos están de ese modo generalizados a grupos particularmente vulnerables a la discapacidad relacionada con la marihuana (es decir, adultos jóvenes, estudiantes universitarios),^{(17) (24)} se necesitan más estudios para examinar si las relaciones observadas se generalizan a otras poblaciones de consumidores de marihuana (por ejemplo, adolescentes, adultos, jóvenes que no van a la universidad).

Este estudio sirve como un importante paso hacia la determinación de los mecanismos que pueden contribuir a las altas tasas de concurrencia entre TAS y discapacidad relacionada con la marihuana. Nuestros datos sugieren que la expectativa de que el consumo de marihuana ocasionará discapacidad cognitiva y conductual juega un papel importante en la concurrencia de TAS y problemas por la marihuana. Sin embargo, se necesitan investigaciones prospectivas para determinar las relaciones temporales entre el TAS, los problemas por marihuana y las expectativas por marihuana para comprender completamente la naturaleza de esas relaciones. Se necesita investigación adicional para continuar distinguiendo porque algunos individuos con TAS consumen marihuana mientras otros no lo hacen. Ese trabajo tendrá importantes implicaciones para la prevención y el tratamiento de esta población de alto riesgo.

Nota

¹ Los análisis se repitieron sin la frecuencia de consumo de marihuana en los modelos y se obtuvo un patrón similar de hallazgos

La Bibliografía y las tablas de los artículos las pueden pedir a: avellanedaguri@gmail.com.