



Universitat de Girona

CONSUMO DE CANNABIS EN UNIVERSITARIOS: ETAPAS DE ADQUISICIÓN

Natàlia CEBRIÁN FERNÁNDEZ

Dipòsit legal: Gi. 765-2013

<http://hdl.handle.net/10803/112026>

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

TESIS DOCTORAL

Consumo de cannabis en universitarios: etapas de adquisición

Tesis doctoral realizada por:

Natàlia Cebrián Fernández

Año 2013



TESIS DOCTORAL

Consumo de cannabis en universitarios: etapas de adquisición

Tesis doctoral realizada por:

Natàlia Cebrián Fernández

Año 2013

Dirigida por:

Dra. Sílvia Font-Mayolas

Dra. M^a Eugènia Gras Pérez

Programa de doctorado en Ciencias Sociales de la Educación y de la Salud
de la Universidad de Gerona

Línea de investigación:

Comportamientos de riesgo para la salud y de prevención de la enfermedad

Título al que opta la doctoranda: Doctora por la Universidad de Gerona

La Dra. Sílvia Font-Mayolas, profesora agregada del Departamento de Psicología de la Universidad de Gerona y la Dra. M^a Eugènia Gras Pérez, profesora titular del Departamento de Psicología de la Universidad de Gerona,

CERTIFICAMOS:

Que este trabajo, titulado *Consumo de cannabis en universitarios: etapas de adquisición*, que presenta Natàlia Cebrián Fernández para la obtención del título de doctora, ha estado realizado bajo nuestra dirección.

Signatura,

**A Chema y
a nuestro principito Gael,
porque el amor no se piensa,
el amor es.**

(Cita adaptada de Antoine de Saint-Exupéry, en *El principito*)

Agradecimientos

Llegar a este momento lleva consigo un largo camino de duro trabajo, muchas horas dedicadas, ilusión y también, cabe reconocer, desesperanza. No obstante, poder escribir estas líneas y agradecer a todas las personas que han contribuido a hacer posible que finalmente este trabajo vea la luz al final del túnel, es una gran recompensa. Haciendo un balance puedo decir que en la elaboración de esta tesis he crecido como persona y como profesional. El camino hasta la meta ha sido en ocasiones un laberinto largo y con paréntesis de descanso, debido a que he priorizado en ciertos momentos otras facetas de mi vida, como la de ser madre; sin duda mi mejor regalo. No obstante el ansiado momento ha llegado, y es así gracias a muchas personas, a las cuales quiero dedicar unas palabras desde lo más profundo de mi corazón:

En primer lugar quisiera expresar mi sincero agradecimiento a mis directoras de tesis, la Dra. Sílvia Font-Mayolas y la Dra. M^a Eugènia Gras. Ambas siempre han confiado en mí y me han apoyado, comprendido y animado todo este tiempo. A parte de su ayuda en lo personal, me han facilitado enormemente la elaboración de esta tesis con sus sabias indicaciones, su experiencia y su rigurosidad. Para mí son un claro ejemplo a seguir, por su valor humano y profesional, y les doy las gracias por permitirme caminar a su lado y aprender tanto.

Gracias también a mis compañeras de Departamento Ana, Anna, Cristina, Dolors, Mònica y Sara. Nadie mejor que vosotras comprende lo que supone realizar una tesis y me habéis aportado experiencia, consejo, momentos de desconexión y silencios cuando era necesario. Pero lo más importante me habéis demostrado ser más que compañeras, grandes amigas con las que he compartido mucho más que un lugar de trabajo.

Gracias Chema, mi pequeña-gran familia junto a Gael. Gracias por escucharme, por ayudarme, por mostrarme una sonrisa cuando no he tenido ganas de reír, por aconsejarme y alentarme en todo momento, gracias por simplemente estar siempre, y siempre dispuesto a hacer cualquier cosa para que sea feliz.

Mis padres, José Luís y Juana, me han dado lo que ellos no han podido tener y les agradezco profundamente su esfuerzo, su amor incondicional y haberme transmitido

tantos valores esenciales. Gracias también a Ariadna, mi hermana, que me quiere y me apoya en todo lo que emprendo.

A las amigas y los amigos os agradezco vuestro interés por mi trabajo y la valoración que me transmitís. Eva, Sergio, Helena y Enric, me siento muy afortunada de teneros a mi lado, soys un pilar muy importante para nosotros. En especial gracias a ti Noe, si algo bueno me ha dado la psicología es sin duda alguna tu amistad. Siempre estás ahí, en los logros y en la cotidianidad, espero compartir muchos más momentos junto a ti, Armando y los peques.

No puedo olvidar agradecer a los coordinadores/as y profesores/as de las Facultades y Escuelas, y a todos aquellos/as universitarios y universitarias que formaron parte de la muestra de estudio por permitirme recoger los datos de esta tesis. Sin todos ellos/as este trabajo no hubiera sido posible.

*“Puedes llegar a cualquier parte si caminas lo suficiente”
Lewis Carroll, en Alicia en el País de las Maravillas.*

Foto de portada de: Jose Ángel González

Resumen

El cannabis es la droga ilegal de uso más extendido en el mundo (ONU, 2011). Después de veinte años de aumento del consumo de esta sustancia, recientemente se ha observado un descenso o estabilización en su uso, entre la población de jóvenes y adolescentes europeos (OEDT, 2011). No obstante ahondar en el estudio del consumo de cannabis por las repercusiones que puede comportar su uso en la salud del joven, sobre todo si se acompaña del consumo de otras drogas que pueden afectar a su desarrollo y aprendizaje, sigue siendo una prioridad. El objetivo principal de esta tesis es conocer la prevalencia y el patrón de consumo de cannabis en una muestra de 2.137 jóvenes universitarios de primer ciclo de la ciudad de Girona con edades comprendidas entre los 17 y 35 años, así como estudiar algunas de las variables relacionadas con este consumo. Se utiliza la metodología cuantitativa, y se aplica a la muestra un cuestionario de elaboración propia. Los resultados indican que un 20,4% de los jóvenes encuestados se definen como consumidores de cannabis, en mayor proporción los chicos (24%) que las chicas (17,2%). Asimismo, a medida que aumenta la edad del joven se halla una proporción menor de no consumidores de cannabis que no han probado nunca la sustancia. El papel del estatus de consumo de los amigos y familiares cercanos al joven es relevante en la edad de primera experimentación, la edad de consumo habitual y en la conducta de consumo del joven en general. La percepción de peligrosidad del cannabis se relaciona con el estatus de consumo del joven, de manera que los consumidores y los exconsumidores perciben menos peligroso el uso de esta sustancia en comparación con los no consumidores. A medida que el joven avanza en las etapas de adquisición del consumo de cannabis (Pallonen, Prochaska, Velicer, Prokhorov y Smith, 1998) disminuye la valoración de los aspectos negativos de su uso y aumenta la consideración de los aspectos positivos, asimismo se incrementa también el grado de tentación hacia su consumo. Estos resultados muestran la necesidad de evitar o retrasar la edad de inicio del consumo de cannabis, en especial entre los chicos, considerar los referentes de conducta del joven para promover conductas saludables, y aumentar la percepción de peligrosidad derivada del consumo de esta sustancia mediante una adecuada información de sus efectos y repercusiones en la salud.

Resum

El cànnabis és la droga il·legal d'ús més estès al món (ONU, 2011). Després de vint anys d'augment del consum d'aquesta substància, recentment s'ha observat un descens o estabilització en el seu ús, entre la població de joves i adolescents europeus (OEDT, 2011). No obstant aprofundir a l'estudi del consum de cànnabis per les repercussions que pot comportar el seu ús a la salut del jove, sobretot si s'acompanya del consum d'altres drogues que poden afectar al seu desenvolupament i aprenentatge, segueix essent una prioritat. L'objectiu principal d'aquesta tesi és conèixer la prevalença i el patró de consum de cànnabis a una mostra de 2.137 joves universitaris de primer cicle de la ciutat de Girona amb edats compreses entre els 17 i 35 anys, així com estudiar algunes de les variables relacionades amb aquest consum. S'utilitza la metodologia quantitativa, i s'aplica a la mostra un qüestionari d'elaboració pròpia. Els resultats indiquen que un 20,4% dels joves enquestats es defineixen com consumidors de cànnabis, en major proporció els nois (24%) que les noies (17,2%). Tanmateix, a mesura que augmenta l'edat del jove es troba una proporció menor de no consumidors de cànnabis que no han provat mai la substància. El paper de l'estatus de consum dels amics i familiars propers al jove és rellevant a l'edat de primera experimentació, l'edat de consum habitual i a la conducta de consum del jove en general. La percepció de perillositat del cànnabis es relaciona amb l'estatus de consum del jove, de manera que els consumidors i els ex consumidors perceben menys perillós l'ús d'aquesta substància en comparació amb els no consumidors. A mesura que el jove avança a les etapes d'adquisició del consum de cànnabis (Pallonen, Prochaska, Velicer, Prokhorov y Smith, 1998) disminueix la valoració dels aspectes negatius de l'ús d'aquesta substància i augmenta la consideració dels aspectes positius, tanmateix s'incrementa també el grau de temptació cap al seu consum. Aquests resultats mostren la necessitat d'evitar o retardar l'edat d'inici del consum de cànnabis, en especial entre els nois, considerar els referents de conducta del jove per a promoure conductes saludables, i augmentar la percepció de perillositat derivada del consum d'aquesta substància mitjançant una adequada informació dels seus efectes i repercussions a la salut.

Abstract

Cannabis is the illicit drug most widely used in the world (UN, 2011). After twenty years of increased consumption, there has recently been a decline or stabilization in use among young people and European adolescents (EMCDDA, 2011). However, given the impact that can result from its consumption in the health of the young, especially if it's accompanied by the use of other drugs that can affect their development and learning, further investigation of cannabis remains as a priority.

The main objective of this thesis is to determinate the prevalence and pattern of cannabis consumption in a sample of 2.137 university students from Girona aged between 17 and 35 years, and to consider some of the variables in this drug-taking. Quantitative methodology is used, as well as an own designed questionnaire which has been applied to the sample. The results indicate that 20,4% of participants are defined as cannabis consumers (24% males / 17,2% females). At the same time, while the age of the young is increasing, there are a smaller proportion of non cannabis consumers who have never tried the substance. The role of the consumer status of close friends and family is relevant on the age of first experimentation, the age of general consumption and on the young's general consumption behavior. Risk perception of cannabis is associated with the consumption status of the young consumer, so consumers and quitters consider less dangerous to use this substance compared with nonusers. As the youth goes through the different acquisition stages of cannabis (Pallonen, Prochaska, Velicer, Prokhorov and Smith, 1998) value of the negative aspects of the use of this substance decreases and raises the positive ones, while it also increases the degree of temptation to consume. These results show the need to avoid or delay the age of onset of cannabis consume, specially among children, to consider the youth's behavior concerning to promote healthy behaviors, and to increase the perception of risk from consumption of this substance by providing them with adequate information about their effects and health implications.

Índice

Introducción.....	1
-------------------	---

PARTE I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1. Epidemiología del consumo de cannabis.....	6
1.1. Prevalencia de consumo de cannabis.....	6
1.2. Edad de inicio del consumo.....	10
1.3. Policonsumo de sustancias psicoactivas.....	12
2. Consecuencias del consumo de cannabis para la salud.....	16
2.1. Toxicología del cannabis.....	16
2.2. Consecuencias sobre la salud física.....	22
2.3. Consecuencias sobre la salud mental.....	29
2.4. Utilidad terapéutica.....	37
3. La adquisición del consumo de sustancias psicoactivas:	
El Modelo Transteórico de Cambio y el Modelo Sociocomportamental.....	44
3.1. Adaptación del Modelo Transteórico de cambio	44
3.2. Modelo Sociocomportamental.....	55

PARTE II. INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

4. Objetivos.....	67
4.1. Objetivo general.....	67
4.2. Objetivos específicos.....	68
4.2.1. El consumo de cannabis.....	68
4.2.2. La influencia social.....	69
4.2.3. La percepción de peligrosidad del consumo de cannabis.....	72
4.2.4. Las expectativas de autoeficacia para negarse al consumo de cannabis.....	72
4.2.5. La experiencia vicaria en las consecuencias negativas del consumo de drogas.....	73
4.2.6. Valoración de pros y contras de consumir cannabis y de situaciones que tientan a su consumo.....	73

4.2.7. Elaboración de un modelo predictivo del consumo de cannabis.....	74
5. Metodología.....	75
5.1. Participantes.....	75
5.2. Instrumento.....	79
5.3. Procedimiento.....	88
6. Resultados.....	90
6.1. Variables demográficas.....	90
6.2. Variables relacionadas con el consumo de cannabis.....	95
6.2.1. Estatus de consumo.....	95
6.2.2. Experimentación con el cannabis.....	98
6.2.3. Intención de consumo de cannabis.....	101
6.2.4. Etapas de adquisición del consumo de cannabis.....	104
6.2.5. Magnitud de consumo de cannabis.....	107
6.2.6. Policonsumo de sustancias psicoactivas.....	109
6.2.7. Edad de primera experimentación con el cannabis.....	111
6.2.8. Edad de inicio del consumo regular de cannabis.....	113
6.3. Variables relacionadas con la influencia social.....	115
6.3.1. Con quién estaban los jóvenes la primera vez que probaron el cannabis.....	115
6.3.2. El consumo compartido.....	116
6.3.3. La influencia de los amigos.....	117
6.3.3.1. Estatus de consumo de cannabis del mejor amigo.....	117
6.3.3.2. Experimentación con el cannabis por parte del mejor amigo.....	119
6.3.3.3. Intención de consumo de cannabis por parte del mejor amigo.....	120
6.3.3.4. Etapas de adquisición del consumo de cannabis del mejor amigo.....	121
6.3.3.5. Edad de primera experimentación y consumo de cannabis del mejor amigo.....	126
6.3.3.6. Edad de inicio del consumo regular y consumo de cannabis por parte del mejor amigo.....	127
6.3.4. La influencia de los familiares.....	128
6.3.4.1. Estatus de consumo de cannabis del padre.....	128
6.3.4.2. Estatus de consumo de cannabis de la madre.....	130
6.3.4.3. Estatus de consumo de cannabis por parte de algún hermano/a.....	131

6.3.4.4.	Estatus de consumo de cannabis de la pareja.....	132
6.3.4.5.	Edad de primera experimentación y consumo de cannabis por parte del padre.....	133
6.3.4.6.	Edad de primera experimentación y consumo de cannabis por parte de la madre.....	134
6.3.4.7.	Edad de primera experimentación y consumo de cannabis por parte de algún hermano/a.....	135
6.3.4.8.	Edad de primera experimentación y consumo de cannabis por parte de la pareja.....	136
6.3.4.9.	Edad de inicio del consumo regular y consumo de cannabis por parte del padre.....	137
6.3.4.10.	Edad de inicio del consumo regular y consumo de cannabis por parte de la madre.....	138
6.3.4.11.	Edad de inicio del consumo regular y consumo de cannabis por parte de algún hermano/a.....	139
6.3.4.12.	Edad de inicio del consumo regular y consumo de cannabis por parte de la pareja.....	140
6.4.	Percepción de peligrosidad del consumo de cannabis.....	142
6.5.	Expectativas de autoeficacia para negarse a consumir cannabis.....	150
6.6.	Experiencia vicaria en las consecuencias negativas del consumo de drogas.....	152
6.7.	Valoración de los pros y contras de consumir cannabis y de las situaciones que tientan a su consumo.....	158
6.8.	Elaboración de un modelo predictivo del consumo de cannabis.....	168
7.	Discusión.....	172
7.1.	El consumo de cannabis.....	172
7.2.	La influencia social.....	179
7.3.	La percepción de peligrosidad del consumo de cannabis.....	183
7.4.	Expectativas de autoeficacia para negarse a consumir cannabis.....	185
7.5.	La experiencia vicaria en las consecuencias negativas del consumo de drogas.....	187
7.6.	Valoración de los pros y contras de consumir cannabis y de las situaciones que tientan a su consumo.....	187
7.7.	Modelo predictivo del consumo de cannabis.....	190
7.8.	Limitaciones del estudio.....	192
7.9.	Aplicaciones del estudio.....	192
8.	Conclusiones.....	196

Referencias.....	203
Anexos.....	235
<i>Anexo 1:</i> Cuestionario sobre consumo de drogas.....	235
<i>Anexo 2:</i> Instrucciones previas a la administración del cuestionario.....	243
<i>Anexo 3:</i> Campañas mediáticas de prevención del consumo de drogas en España.....	244

ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

Figuras

1.1.1.	Tendencias en la prevalencia del consumo de cannabis durante el último año entre los jóvenes (15-34 años) en los países de la Unión Europea.....	6
1.1.2.	Proporción de consumidores de cannabis (%) entre la población de 15-64 años. España: 1995-2009/10.....	8
3.2.1.	Relaciones entre los tres tipos de determinantes en el modelo de reciprocidad trídica (Bandura, 1987).....	57
6.1.1.	Distribución de la muestra en función del sexo (número de participantes y porcentaje).....	90
6.1.2.	Distribución de los participantes según la facultad/escuela de procedencia y el sexo (número de sujetos y porcentaje por sexo de cada facultad/escuela).....	91
6.1.3.	Distribución de los participantes por grupo de edad (porcentajes).....	92
6.2.1.1.	Distribución de los chicos en función del estatus de consumo de cannabis y el grupo de edad.....	96
6.2.1.2.	Distribución de las chicas en función del estatus de consumo de cannabis y el grupo de edad.....	96
6.2.2.1.	Universitarios no consumidores de cannabis en función de la experimentación con la sustancia y el grupo de edad.....	99
6.2.2.2.	Universitarias no consumidoras de cannabis en función de la experimentación con la sustancia y el grupo de edad.....	100
6.2.3.1.	Chicos universitarios no consumidores de cannabis según la intención de consumo futuro y el grupo de edad.....	102
6.2.3.2.	Chicas universitarias no consumidoras de cannabis según la intención de consumo futuro y el grupo de edad.....	103
6.2.4.1.	Distribución de los chicos universitarios no consumidores de cannabis según la experimentación con la sustancia y la intención de consumo futuro.....	107
6.2.4.2.	Distribución de las chicas universitarias no consumidoras de cannabis en función de su experimentación con la sustancia y la intención de consumo futuro.....	107
6.2.5.1.	Distribución de los universitarios consumidores de cannabis en función de la magnitud de “porros” fumados el último día de consumo	

	y el grupo de edad.....	109
6.2.6.1.	Porcentaje de consumidores de tabaco, alcohol, cocaína y pastillas según el consumo actual de cannabis.....	110
6.2.7.1.	Distribución de los participantes que han probado el cannabis según la edad de primera experimentación con la sustancia.....	112
6.2.8.1.	Distribución de los participantes por edad de inicio del consumo regular de cannabis.....	114
6.3.2.1.	Distribución de los jóvenes universitarios consumidores en función del consumo compartido de cannabis y el sexo (porcentajes y frecuencia absoluta).....	117
6.3.3.1.1.	Distribución de los chicos de la muestra en función del estatus de consumo de cannabis propio y el estatus de consumo del mejor amigo.....	118
6.3.3.1.2.	Distribución de las chicas de la muestra en función del estatus de consumo de cannabis propio y el estatus de consumo del mejor amigo.....	119
6.3.3.4.1.	Distribución de los jóvenes según su etapa de adquisición del consumo de cannabis y su experimentación previa con la sustancia, junto con la etapa de adquisición y la experimentación previa del mejor amigo.....	123
6.3.3.4.2.	Distribución de los chicos según su etapa de adquisición del consumo de cannabis y su experimentación previa, junto a la etapa de adquisición y la experimentación previa del mejor amigo.....	124
6.3.3.4.3.	Distribución de las chicas según su etapa de adquisición del consumo de cannabis y su experimentación previa, junto a la etapa de adquisición y la experimentación previa del mejor amigo.....	125
6.6.1.	Distribución de los chicos según el estatus de consumo y el hecho de conocer a alguien que haya enfermado o muerto por consumo de sustancias (Sí/No).....	152
6.6.2.	Distribución de las chicas según el estatus de consumo y el hecho de conocer a alguien que haya enfermado o muerto por consumo de sustancias (Sí/No).....	153
6.6.3.	Distribución de los universitarios según el tipo de relación con la persona conocida enferma o muerta como consecuencia del consumo de sustancias.....	156
6.6.4.	Distribución de los 53 casos en los que se informa del cannabis como causante de la enfermedad o muerte de la persona	

	conocida, según la relación.....	157
6.7.1.	Puntuaciones T de los pros sociales, los pros de afrontamiento, los pros combinados y los contras según la etapa de adquisición del consumo de cannabis.....	160
6.7.2.	Puntuaciones T de las tentaciones sociales positivas, las tentaciones afectivas negativas, las tentaciones relacionadas con los iguales y las tentaciones relacionadas con la curiosidad según la etapa de adquisición del consumo de cannabis (aPC: Precontemplación de la adquisición, aC: Contemplación de la adquisición y aP: Preparación de la adquisición).....	164
6.7.3.	Puntuaciones T de los pros, contras y tentaciones del consumo de cannabis en los cuatro clústers.....	168

Tablas

1.2.1.	Indicadores de consumo de otras sustancias en función del tramo de edad de inicio en el consumo de cannabis en la población general vasca (%)......	11
2.2.1.	Consecuencias agudas y crónicas del consumo de cannabis sobre la salud.....	29
2.3.1.	Síntomas y signos indicadores del consumo de cannabis.....	36
5.1.1.	Distribución de los estudiantes de la muestra según la carrera en la que están matriculados.....	76
5.1.2.	Estudiantes matriculados y porcentajes de participación según el estudio.....	78
6.1.1.	Distribución de los participantes según la facultad/escuela y el curso de procedencia.....	92
6.1.2.	Distribución de los universitarios en función de las variables sexo y el grupo de edad.....	93
6.1.3.	Distribución de los estudiantes en función de las variables facultad/escuela y grupo de edad por sexo.....	94
6.2.1.1.	Estatus de consumo de cannabis de los estudiantes universitarios según el sexo.....	95
6.2.1.2.	Distribución de los universitarios según el estatus de consumo de cannabis, la facultad/escuela a la que pertenecen y el sexo.....	97
6.2.2.1.	Universitarios no consumidores de cannabis según si han	

	probado o no el cannabis, por sexo.....	98
6.2.2.2.	Distribución de los universitarios no consumidores según la experimentación con el cannabis, la facultad/escuela en la que estudian y el sexo.....	101
6.2.3.1.	Participantes no consumidores de cannabis según la intención de consumo futuro y el sexo.....	102
6.2.3.2.	Universitarios no consumidores de cannabis según la intención de consumo futuro, la facultad/escuela en la que estudian y el sexo.....	104
6.2.4.1.	Distribución de la muestra según la etapa de adquisición del consumo de cannabis, la experimentación con la sustancia, y el sexo.....	105
6.2.5.1.	Distribución de los universitarios consumidores de cannabis en función de la magnitud de consumo el último día y el sexo.....	108
6.2.6.1.	Distribución de los universitarios consumidores de cannabis en función del consumo combinado de otras sustancias.....	111
6.2.7.1.	Estadísticos descriptivos de la variable “Edad de primera experimentación con el cannabis” en función del estatus de consumo y el sexo.....	113
6.2.8.1.	Estadísticos descriptivos de la variable “Edad de inicio del consumo regular de cannabis” en función de la magnitud de consumo y el sexo.....	115
6.3.1.1.	Distribución de los universitarios en función del acompañante durante la primera experimentación con el cannabis, el estatus de consumo y el sexo.....	116
6.3.3.2.1.	Distribución de los participantes según el nivel de experimentación propio con el cannabis, el nivel de experimentación del mejor amigo y el sexo.....	120
6.3.3.3.1.	Distribución de los participantes en función de la intención de consumo propia y del mejor amigo, por sexo.....	121
6.3.3.4.1.	Etapas de adquisición del consumo de cannabis y experimentación previa del mejor amigo de los participantes.....	122
6.3.3.5.1.	Estadísticos descriptivos de la variable “Edad de primera experimentación con el cannabis” en función del estatus de consumo del mejor amigo y el sexo.....	127
6.3.3.6.1.	Estadísticos descriptivos de la variable “Edad de inicio del consumo regular de cannabis” en función del estatus de	

	consumo del mejor amigo y el sexo.....	128
6.3.4.1.1.	Distribución de los jóvenes universitarios en función del estatus de consumo de cannabis propio, el estatus de consumo del padre y el sexo.....	129
6.3.4.2.1.	Distribución de los jóvenes universitarios en función del estatus de consumo de cannabis propio, el estatus de consumo de la madre y el sexo.....	130
6.3.4.3.1.	Distribución de los jóvenes universitarios en función del estatus de consumo de cannabis propio, el estatus de consumo de algún hermano/a y el sexo.....	132
6.3.4.4.1.	Distribución de los universitarios en función del estatus de consumo de cannabis propio, el estatus de consumo de la pareja y el sexo.....	133
6.3.4.5.1.	Estadísticos descriptivos de la variable “Edad de primera experimentación con el cannabis” en función del estatus de consumo del padre y el sexo.....	134
6.3.4.6.1.	Estadísticos descriptivos de la variable “Edad de primera experimentación con el cannabis” en función del estatus de consumo de la madre y el sexo.....	135
6.3.4.7.1.	Estadísticos descriptivos de la variable “Edad de primera experimentación con el cannabis” en función del estatus de consumo de algún hermano/a y el sexo.....	136
6.3.4.8.1.	Estadísticos descriptivos de la variable “Edad de primera experimentación con el cannabis” en función del estatus de consumo de la pareja y el sexo.....	137
6.3.4.9.1.	Estadísticos descriptivos de la variable “Edad de inicio del consumo regular de cannabis” en función del estatus de consumo del padre y el sexo.....	138
6.3.4.10.1.	Estadísticos descriptivos de la variable “Edad de inicio del consumo regular de cannabis” en función del estatus de consumo de la madre y el sexo.....	139
6.3.4.11.1.	Estadísticos descriptivos de la variable “Edad de inicio del consumo regular de cannabis” en función del estatus de consumo de algún hermano/a y el sexo.....	140
6.3.4.12.1.	Estadísticos descriptivos de la variable “Edad de inicio del consumo regular de cannabis” en función del estatus de consumo de la pareja y el sexo.....	141

6.4.1.	Estadísticos descriptivos de la variable “Percepción de peligrosidad del consumo de cannabis” en función del estatus de consumo propio y el sexo.....	143
6.4.2.	Estadísticos descriptivos de la variable “Percepción de peligrosidad del consumo de cannabis” en función del estatus de consumo del mejor amigo/a y el sexo.....	144
6.4.3.	Estadísticos descriptivos de la variable “Percepción de peligrosidad del consumo de cannabis” en función del estatus de consumo del padre y el sexo.....	145
6.4.4.	Estadísticos descriptivos de la variable “Percepción de peligrosidad del consumo de cannabis” en función del estatus de consumo de la madre y el sexo.....	146
6.4.5.	Estadísticos descriptivos de la variable “Percepción de peligrosidad del consumo de cannabis” en función del estatus de consumo de algún hermano/a y el sexo.....	147
6.4.6.	Estadísticos descriptivos de la variable “Percepción de peligrosidad del consumo de cannabis” en función del estatus de consumo de la pareja y el sexo.....	148
6.4.7.	Correlaciones de Spearman de la variable “Percepción de peligrosidad del consumo de cannabis”, edad de primera experimentación con el cannabis y edad de inicio del consumo regular, en chicos y chicas.....	148
6.4.8.	Estadísticos descriptivos de la variable “Percepción de peligrosidad del consumo de cannabis” en función de la magnitud de consumo de esta sustancia y el sexo.....	150
6.5.1.	Estadísticos descriptivos de la variable “Expectativas de autoeficacia para negarse al consumo de cannabis” en función del estatus de consumo propio y el sexo.....	151
6.6.1.	Distribución de los jóvenes según su estatus de consumo y la droga que consumía la persona conocida afectada.....	154
6.6.2.	Distribución de los jóvenes según la enfermedad sufrida por la persona afectada y la droga que consumía.....	155
6.7.1.	Puntuaciones medias y desviaciones típicas de los ítems correspondientes a los pros sociales, los pros de afrontamientos y los contras según la etapa de adquisición del consumo (aPC: Precontemplación de la adquisición, aC: Contemplación de la adquisición y aP:	

	Preparación de la adquisición).....	159
6.7.2.	Medias y Desviaciones Típicas de las puntuaciones directas en la valoración de los pros sociales, los pros de afrontamiento, la combinación de ellos y los contras, en función de la etapa de adquisición.....	161
6.7.3.	Puntuaciones medias y desviaciones típicas de los ítems correspondientes a las tentaciones en situaciones sociales positivas, situaciones afectivas negativas, en situaciones relacionadas con los iguales y con la curiosidad según la etapa de adquisición del consumo.....	163
6.7.4.	Medias y Desviaciones Típicas de las puntuaciones directas en la valoración de las tentaciones sociales positivas, las tentaciones afectivas negativas, las tentaciones relacionadas con los iguales y las relacionadas con la curiosidad de consumir cannabis, según la etapa de adquisición.....	165
6.7.5.	Medias y Desviaciones Típicas de las puntuaciones T en pros, contras y tentaciones en cada uno de los clústers definidos en el análisis.....	167
6.8.1.	Resultados de la regresión logística binaria (método “introducir”) para predecir el estatus de consumo de cannabis de los jóvenes.....	170
6.8.2.	Comparación entre los jóvenes no consumidores y los consumidores/ex consumidores de cannabis según las variables introducidas en el modelo de regresión logística binaria.....	171

Introducción

El cannabis es la droga ilegal de uso más extendido en el mundo (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2011). En Europa y a lo largo de los últimos veinte años el consumo de cannabis se ha visto incrementado, especialmente entre la población de jóvenes y adolescentes (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías [OEDT], 2006). No obstante, recientemente se ha observado una estabilización e incluso un descenso en el consumo de cannabis en la población joven y adulta de Europa, incluidos los españoles (OEDT, 2011). Más concretamente a partir del año 2006 el consumo de cannabis en España comenzó a disminuir, después de un incremento acusado en su consumo entre 1997 y 2002 (OEDT, 2009a). Por lo que se refiere a Cataluña, la prevalencia de consumo de cannabis entre la población adulta de 15-64 años es del 34,4% a lo largo de la vida, del 14,1% en los últimos 12 meses y del 9,7% en el último mes, según la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas del 2007 (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas [DGPND], 2008a). El consumo esporádico de cannabis en Cataluña es mayor entre los hombres que entre las mujeres mientras que el consumo habitual predomina entre los jóvenes (15-29 años) (Generalitat de Catalunya, 2008a). A pesar del mencionado descenso o estabilización del consumo de cannabis, la prevalencia de uso de esta sustancia sigue siendo elevada en la actualidad y deviene un tema preocupante en salud pública que requiere actuaciones preventivas específicas dirigidas a colectivos en situación de riesgo como los jóvenes (Generalitat de Catalunya, 2008b).

La edad de inicio del consumo de cannabis resulta una variable fundamental para explicar la intensidad del consumo de esta sustancia y el tipo de relación que se establece con las drogas en general (Observatorio Vasco de Drogodependencias [OVD], 2008). La tendencia observada por diferentes autores en el consumo de cannabis es que conforme se incrementa la edad, los jóvenes avanzan hacia el consumo de esta sustancia (DGPND, 2004; Generalitat de Catalunya, 2004; OVD, 2008; Vega, 2008). La Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España y la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias, que realiza la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, ponen de manifiesto que el cannabis es la droga ilegal que se empieza a consumir a una edad más temprana (Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2009). En Cataluña la edad media de inicio del consumo de cannabis entre la población adulta (15-64 años) se sitúa en los 18,7 años (18,2 años en los hombres y 19,4 años en las mujeres) (Generalitat de Catalunya, 2008a). Por lo que se

refiere a estudiantes universitarios, en un estudio de Font-Mayolas, Gras y Planes (2006) con una muestra de universitarios gerundenses se detectó una edad media de inicio del consumo de cannabis de 16,1 años (16,5 años para los chicos y 16 años para las chicas).

Los consumidores de cannabis toman también con frecuencia otras drogas, principalmente tabaco y alcohol, fenómeno conocido como policonsumo (DGPND, 2004). Se ha relacionado el consumo de drogas legales con el posterior consumo de drogas ilegales bajo la teoría de la “puerta de entrada” (Henningfield, Clayton y Pollin, 1990). Así el consumo de una droga puede facilitar el uso de otra y favorecer el policonsumo de sustancias (Kandel y Davies, 1996). En esta línea, la estrecha relación entre el consumo de cannabis y tabaco ha sido explicada por Amos, Wiltshire, Bostock, Haw y McNeill (2004) como un proceso en dos fases: en primer lugar el joven se inicia en el consumo de tabaco para luego pasar al de cannabis con más facilidad, y posteriormente, al consumir cannabis se refuerza el hábito de fumar tabaco debido a que a menudo el cannabis se consume junto al tabaco, o bien el tabaco se fuma en sustitución del cannabis.

El riesgo percibido ante distintas conductas de consumo de drogas puede ser un factor explicativo de la extensión o reducción de las mismas. En el caso del cannabis, los españoles asocian un menor riesgo a fumar habitualmente la sustancia si se compara con otras drogas ilegales con un patrón de consumo similar (Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2009). No obstante el consumo de cannabis puede producir tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia. El joven que se inicia en el consumo de cannabis debe aumentar la dosis para obtener los efectos deseados, puede sufrir una dependencia a la sustancia fundamentalmente psicológica, y ante el cese de uso del cannabis el joven puede desarrollar nerviosismo, alteración del apetito y del sueño, síntomas depresivos e inquietud (Baño, 2002; Baño, Ramos, López, Antonio y Guillén, 2004).

Así, el consumo de cannabis entre los jóvenes, especialmente de inicio temprano, puede estar influenciado por su baja percepción de riesgo para la salud, llevando al uso regular de esta sustancia y éste a una dependencia, que puede derivar en el consumo de otras drogas de abuso, y afectar al aprendizaje, a las relaciones sociales y familiares, e incluso a la salud mental del joven (Fergusson, Horword y Swain-Campbell, 2002; Hall, 2006; Hall y Degenhardt, 2009).

No obstante el uso de cannabis entre los jóvenes está también estrechamente relacionado con la influencia que ejercen en éste sus principales referentes de conducta. El modelado de los referentes principales en el joven puede instaurar una conducta de consumo, reforzarla o eliminarla por imitación del modelo (Bandura, 1987). En diferentes estudios se ha encontrado una relación entre el consumo de cannabis en jóvenes y el consumo o aprobación de su uso por parte de los padres, hermanos, amigos e iguales (Jessor, Turbin, Costa, Dong, Zhang y Wang, 2003; Kuntsche y Jordan, 2006; Muñoz-Rivas y Graña, 2001; Ridenour, Lanza, Donny y Clark, 2006). Por lo que se refiere a los progenitores, en un estudio longitudinal con jóvenes de entre 14 y 17 años, Swift, Coffey, Carlin, Degenhardt y Patton (2008) observaron que el consumo de cannabis se daba más frecuentemente entre jóvenes con padres fumadores de tabaco que sin padres fumadores. Por lo que se refiere a la influencia de los amigos e iguales, en un trabajo de Scherrer et al. (2008) se encontró que el uso de cannabis por parte de los referentes próximos: hermanos, amigos y compañeros de escuela del adolescente, está fuertemente asociado al abuso y consecuente dependencia de esta sustancia en la posterior etapa de jóvenes adultos. Jiménez-Muro, Beamonte, Marqueta, Gargallo y Nerín (2009) también hallaron una concordancia entre el consumo de cannabis del joven y el de sus amigos en una muestra de estudiantes universitarios de forma que el 57% de los consumidores de cannabis afirmaron tener amigos también consumidores de la sustancia.

La adquisición del consumo de drogas en la juventud ha sido conceptualizada como un proceso por etapas. Prochaska, DiClemente y Norcross (1992) proponen, en su versión del Modelo Transteórico de Cambio, el abandono del hábito tabáquico como un proceso que sigue diferentes etapas en las que el sujeto puede progresar de forma lineal o cíclica. Dicha conceptualización de los problemas de adicción ha llevado a diferentes autores a adaptar el Modelo Transteórico de Cambio a la adquisición del consumo de sustancias entre los adolescentes y jóvenes (Cebrián, 2007; Pallonen, Prochaska, Velicer, Prokhorov y Smith, 1998; Werch y DiClemente, 1994). Con la adaptación del Modelo Transteórico de Cambio de Prochaska et al. (1992) al inicio del consumo de sustancias (Pallonen et al., 1998), se estudian en este trabajo nueve etapas que incluyen la adquisición y el cese del consumo de cannabis entre una muestra de universitarios españoles. Asimismo se valoran las situaciones de tentación al consumo de cannabis y el balance decisional para consumir la sustancia en dicha muestra.

Debido a las importantes repercusiones personales y sociales que comporta el consumo de cannabis, con la presente investigación, pretendemos entender mejor el problema del uso y abuso de esta sustancia entre los jóvenes y profundizar en el conocimiento de las variables que influyen en éste. El principal objetivo de este trabajo es pues conocer la prevalencia y el patrón de consumo de cannabis en una muestra de jóvenes universitarios de la ciudad de Girona así como estudiar algunas variables relacionadas con este consumo.

A continuación se describen de forma resumida los contenidos de los capítulos de esta tesis:

En el *capítulo 1* se revisa la prevalencia de consumo de cannabis en Europa, España y Cataluña. Se exponen datos sobre la edad de inicio del consumo de cannabis en jóvenes españoles y catalanes. Se dedica también un subapartado al policonsumo de sustancias.

En el *capítulo 2* se exponen las consecuencias del consumo de cannabis para la salud. El capítulo se inicia con una revisión de la toxicología del cannabis para seguir tratando las consecuencias de su consumo, tanto físicas como mentales, y se plantean, para acabar, sus posibles aplicaciones terapéuticas.

En el *capítulo 3* se realiza una revisión de los principales modelos teóricos relacionados con la adquisición del consumo de sustancias, enfatizando sus aplicaciones en torno a la iniciación al consumo de cannabis por parte de los jóvenes. Se presenta el Modelo Transteórico de Cambio adaptado a la adquisición del consumo de cannabis (Pallonen et al., 1998) y el Modelo Sociocomportamental (Bandura, 1987).

En el *capítulo 4* se plantean los objetivos de la presente investigación. Se inicia con la descripción del objetivo general y seguidamente se desglosan los objetivos específicos.

En el *capítulo 5* se expone la metodología utilizada en este trabajo. Se describe la muestra estudiada, el instrumento utilizado y el procedimiento seguido durante la recogida de datos.

En el *capítulo 6* se analizan los datos según los objetivos específicos planteados con anterioridad y se presentan los resultados obtenidos.

En el *capítulo 7* se plantea la discusión de los datos obtenidos en función de los objetivos, contrastándolos con los resultados encontrados por otros autores en poblaciones similares.

En el *capítulo 8* se presentan las principales conclusiones de esta investigación.

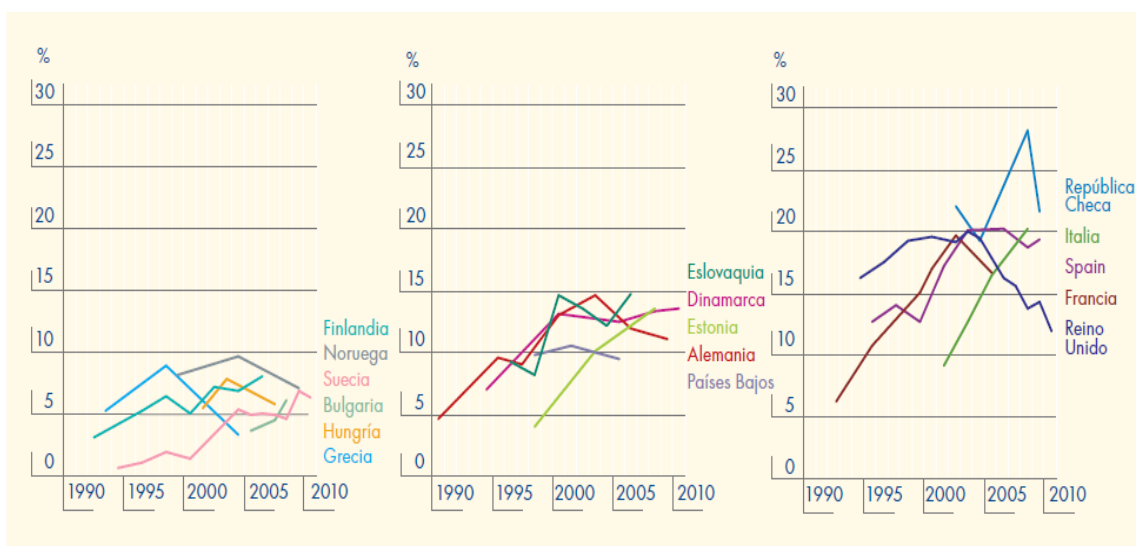
En último lugar, se presentan las referencias y un apartado de anexos en el que se adjuntan el cuestionario utilizado para la recogida de datos, y las instrucciones previas a su administración. Además se anexa una recopilación a modo de muestra de diferentes campañas mediáticas que se han realizado en España para la prevención de drogas, entre ellas el cannabis, desde 1990 y hasta la última campaña que se realizó en 2007, y la más reciente difundida a nivel internacional en 2012 encabezada por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.

PARTE I.
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1. Epidemiología del consumo de cannabis

1.1- Prevalencia de consumo de cannabis

El cannabis es la droga psicoactiva ilegal más consumida tanto en **Europa** como en el resto del mundo (OEDT, 2011; ONU, 2011). Desde los años noventa su consumo se ha visto incrementado en casi todos los países de la Unión Europea, en particular entre los jóvenes y los escolares (OEDT, 2006). En la actualidad, el consumo de cannabis tanto en población general como entre los jóvenes se está estabilizando e incluso puede haber empezado a descender en los diferentes indicadores de consumo habitual (consumo diario y mensual) y esporádico (alguna vez en el último año, alguna vez en la vida) (DGPND, 2007, 2008a; OEDT, 2008 y 2011). En la **Figura 1.1.1** se presentan las tendencias de prevalencia del consumo de cannabis durante el último año entre los jóvenes europeos (15-34 años) agrupados según el nivel más alto de prevalencia. Como puede apreciarse, en España dicho consumo se ha visto incrementado desde 1997 hasta 2003, año en que parece que empieza a estabilizarse el uso de esta sustancia entre los jóvenes españoles para disminuir a partir del 2006.



Fuente: OEDT (2011). El problema de las drogodependencias en Europa.

Figura 1.1.1: Tendencias en la prevalencia del consumo de cannabis durante el último año entre los jóvenes (15-34 años) en los países de la unión europea.

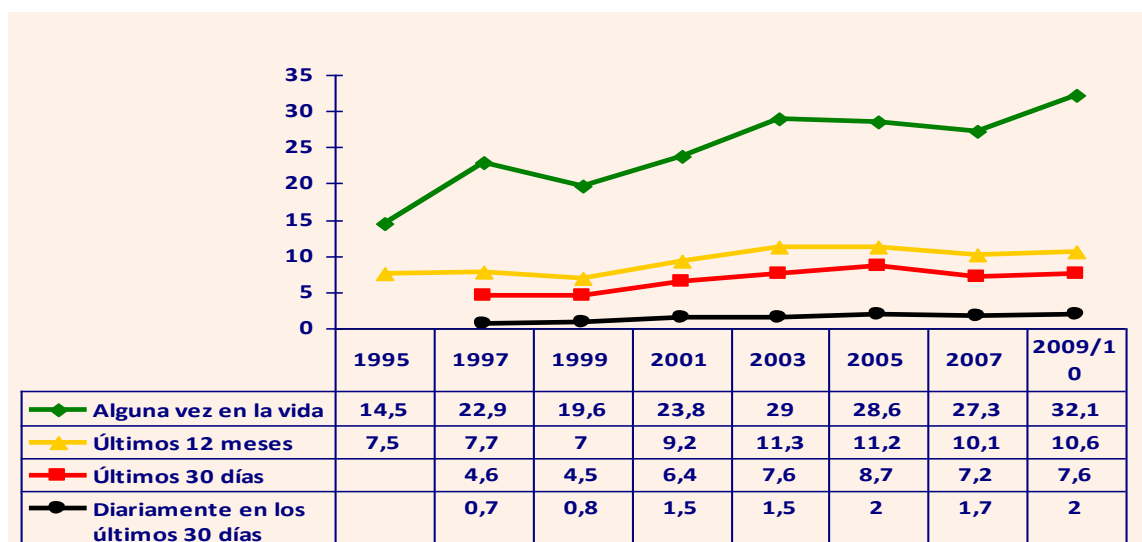
Según el informe del OEDT (2011), se observa que alrededor del 23,2% de la población adulta europea (15-64 años) ha probado el cannabis por lo menos una vez

en la vida, el 6,7% ha consumido esta sustancia en el último año y alrededor del 3,6% en el último mes. Sin embargo en la mayoría de países europeos el consumo de cannabis se concentra principalmente en los jóvenes (15- 34 años): el 32% ha consumido cannabis alguna vez a lo largo de su vida, el 12,1% los últimos 12 meses y alrededor de un 6,6% durante el último mes. En la franja de edad de 15 a 24 años se observa un mayor porcentaje de jóvenes que han consumido cannabis durante el último año (15,2%) o durante el último mes (8%). Por lo que se refiere a España, es uno de los países con prevalencia más alta de consumo de cannabis el último año (12,1%) y el último mes (6,6%), entre los jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y los 34 años. El nivel de consumo de cannabis es más elevado entre los hombres que entre las mujeres en todos los países de la Unión Europea (OEDT, 2006, 2009a y 2011).

Se conoce que el consumo reiterado de cannabis puede permanecer relativamente estable durante largos períodos de tiempo, incluso entre los consumidores jóvenes. En cambio el consumo ocasional de esta sustancia no parece estar asociado a un subsiguiente desarrollo de formas de consumo a largo plazo, por lo que tiende a interrumpirse después de un cierto tiempo de haberse iniciado el consumo (OEDT, 2008).

En **España** la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas explora el consumo de drogas entre la población adulta general de entre 15 y 64 años residentes en hogares familiares. Un avance del último informe del 2010 muestra que en 2009, entre los adultos españoles el 32,1% había consumido cannabis alguna vez en la vida, el 10,6% en los últimos 12 meses y el 7,6% en el último mes (DGPND, 2010).

Asimismo el informe del 2009 muestra una prevalencia de consumo de cannabis en el último año mayor en los hombres (13,6%) que entre las mujeres (6,6%) (DGPND, 2008a). Los datos de dicho informe del 2009 mostraron al cannabis como la tercera droga más consumida en España (le anteceden el consumo de alcohol y tabaco), siendo la sustancia ilegal más consumida entre los adultos de 15 a 64 años con una evolución de consumo estable desde el año 2003 (DGPND, 2010). Con mayor detalle se presenta la proporción de consumidores de cannabis entre la población española de 15-64 años, del año 1995 hasta el 2009/10 en la **Figura 1.1.2**.



Fuente: DGPND (2010). Presentación del Informe de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2009/10.

Figura 1.1.2: Proporción de consumidores de cannabis (%) entre la población de 15-64 años. España: 1995-2009/10.

Según la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España, los jóvenes españoles presentan tasas de consumo más elevadas que la población adulta general. Así en 2008 el consumo de cannabis habitual (en los últimos 30 días) se sitúa en el 13,5% de los jóvenes de entre 15 y 34 años, en comparación al 2,8% de los adultos (35-64 años) (DGPND, 2008a).

El IJE-1984 (Informe Juventud en España, [INJUVE]) supuso la primera investigación sistemática realizada y publicada sobre los niveles de consumo de drogas en una muestra de jóvenes de entre 15-29 años. Este trabajo fue la base empírica a partir de la cual se diseñó el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio del Interior y sus posteriores estudios (Comas, 1985). Los datos del último informe INJUVE (López, Gil, Moreno, Comas, Funes y Parella, 2008) muestran que en 2006 un 39% de los jóvenes de entre 15 y 34 años habían consumido cannabis alguna vez en su vida, y un 13,4% durante los últimos 30 días. Estos porcentajes son menores a los observados en el informe previo INJUVE (López, Cachón, Comas, Andreu, Aguinaga y Navarrete, 2005), donde un 41,5% de los jóvenes de entre 15 y 24 años habían consumido cannabis alguna vez en su vida, y un 17,2% de forma habitual (últimos 30 días).

Entre los jóvenes madrileños (muestra de 7.500 jóvenes de entre 12 y 24 años), el cannabis también es la sustancia ilegal de consumo más común, de forma que el 50,2% lo ha probado al menos en alguna ocasión, siendo superior la proporción entre los chicos (54,3%) que entre las chicas (46,1%). Asimismo el 38,6% ha consumido

cannabis en los últimos 12 meses y el 28,6% durante el último mes (Instituto de Adicciones Madrid Salud, 2005). Un estudio realizado por alumnos de la Universidad de Córdoba, en colaboración con la Diputación y profesores de esta institución académica, con una muestra de 1.500 universitarios de entre 18 y 20 años (54% mujeres y 49% hombres), concluye que uno de cada cinco estudiantes consume cannabis de forma esporádica, mientras que el 2% lo hace a diario. La tendencia de consumo observada fue que, a medida que aumenta la edad, los universitarios avanzan en el consumo de esta sustancia (Campusred, 2003).

En una investigación llevada a cabo por la Universidad Politécnica de Navarra con una muestra de 730 estudiantes universitarios se constata que el cannabis es la droga ilegal con mayor prevalencia de consumo a lo largo de la vida. Además tres de cada cinco estudiantes han consumido esta sustancia alguna vez en la vida, el 28,8% en el último año, el 6,4% en el último mes y el 7,6% a diario. Por sexos, son más chicos los que tienen un hábito de consumo frecuente (12,2% fuma diariamente y 7,6% al menos una vez por semana, comparado con el 3,6% y el 6,4%, respectivamente, de las mujeres), mientras que ellas tienden a hacer uso del hachís y la marihuana de forma ocasional (al menos una vez por semana) (16,6% de chicas, por 12,7% de chicos) (Universidad Pública de Navarra, 2007).

El Informe 2008 del Observatorio Vasco de Drogodependencias muestra que el 33,8% de la población vasca (15-74 años) ha consumido cannabis al menos en una ocasión, el 12% en el último año y el 8,7% en los últimos 30 días. Entre la población de 15 a 24 años se observan las mayores proporciones de consumidores de cannabis en los últimos 12 meses (34,5%) y en los últimos 30 días (25,5%), más entre los chicos (39,5% y 33,1%) que entre las chicas (28,7% y 17,5%) (OVD, 2008).

En **Cataluña**, la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas del 2007 en la población adulta de 15-64 años muestra una prevalencia de consumo de cannabis del 34,4% a lo largo de la vida, del 14,1% en los últimos 12 meses y del 9,7% en el último mes. La prevalencia de consumo de dicha sustancia en los últimos 12 meses es mayor entre los hombres (17,6%) que entre las mujeres (10,5%). Asimismo se observa que los fumadores de cannabis son mayoritariamente los jóvenes de entre 15 y 29 años, de los cuales el 22,2% consumieron la sustancia en los últimos 30 días (Generalitat de Catalunya, 2008a).

En un trabajo de Font-Mayolas et al. (2006) realizado en Cataluña con una muestra de 580 universitarios (edad media= 21,4 años; D.T.= 4,4) se aprecia que más de la mitad de las chicas y más de las tres cuartas partes de los chicos han fumado cannabis en alguna ocasión. Asimismo cerca de la tercera parte de las chicas y casi la mitad de los chicos respondieron ser consumidores habituales.

En una encuesta realizada por el Ayuntamiento de Barcelona a una muestra de 600 jóvenes de entre 15 y 29 años se observa que el 64,7% ha probado en alguna ocasión el cannabis (Ajuntament de Barcelona, 2007).

En la línea de los informes europeos citados previamente, el Informe 2008 del Observatorio de nuevos consumos de drogas en el ámbito juvenil de Barcelona indica un estancamiento o ligero descenso en el consumo de cannabis sobre todo entre los mayores de 20 años (Martínez, Pallarés, Barruti, Espluga y Canales, 2008; Martínez, Pallarés, Espluga, Barruti y Canales, 2009).

1.2- Edad de inicio del consumo

La edad de primer contacto con el cannabis determina no sólo una mayor frecuencia de contacto con esta sustancia, sino también, una probabilidad más elevada de consumir tabaco, drogas ilegales o de padecer un mayor número de problemas derivados del consumo de alcohol. Si bien no puede establecerse una relación causal entre la precocidad en el consumo de cannabis y el resto de los indicadores mencionados, dicha variable resulta fundamental para explicar la intensidad del consumo de cannabis y el tipo de relación que se establece con las drogas en general (García-Rodríguez, Suárez-Vázquez, Santonja-Gómez, Secades-Villa, Sánchez-Hervás, 2011; OVD, 2008).

Asimismo se observa que cuanto más precoz es el primer consumo de esta sustancia más elevadas son las tasas de continuidad y de intensidad, y más frecuente resulta el consumo diario (OVD, 2008; Perkonigg et al., 2008; Swift et al., 2008). Ellickson, Martino y Collins (2004) observan que jóvenes norteamericanos que inician el consumo de cannabis a los 13 años de edad están más predispuestos a consumir y a hacerlo en mayores cantidades, cuando llegan a los 20 años, que los que se inician de forma más tardía. Así un gran número de autores ya han detectado en estudios previos que el inicio en el uso del cannabis es un fenómeno frecuente en la

adolescencia (Boden, Fergusson y Horwood, 2006; Monshouwer, Smit, de Graaf, Van Os y Vollebergh, 2005; Wittchen et al., 2007). La tendencia observada en el consumo de cannabis es que conforme se incrementa la edad, los jóvenes avanzan hacia el consumo de esta sustancia (DGPND, 2004; Generalitat de Catalunya, 2004; OVD, 2008; Vega, 2008).

En **España** la edad media de inicio del consumo de cannabis entre la población adulta (15-64 años) se situó en 2008 en los 18,6 años mientras que en 2007 se encontraba en los 18,3 años (DGPND, 2007 y 2008a).

Datos del Observatorio Vasco de Drogodependencias muestran una edad media de inicio del consumo de cannabis en población vasca (15-74 años) de 19,2 años, siendo entre los hombres aproximadamente un año inferior (18,8 años) que entre las mujeres (19,9 años) (OVD, 2008).

En la **Tabla 1.2.1** se presenta la prevalencia de consumo de otras sustancias entre los consumidores de cannabis según la edad de inicio de dicho consumo en la población vasca. Se observa que entre los que se iniciaron en el consumo de cannabis antes de los 15 años de edad, el porcentaje de uso de otras sustancias legales o ilegales es mayor respecto a los que empezaron de forma más tardía (OVD, 2008).

Tabla 1.2.1: Indicadores de consumo de otras sustancias en función del tramo de edad de inicio en el consumo de cannabis en la población general vasca (%).

Edad de inicio del consumo de cannabis	Consumo reciente de otras drogas ilegales*	Consumo actual de otras drogas ilegales*	Consumo actual de tabaco**	Consumo actual de alcohol
Menos de 15 años	24,4	12,3	68,4	33,5
De 16 a 17 años	12,8	5,5	53,4	30,4
De 18 a 19 años	6,3	2,4	52,2	23,5
De 20 años o más	5,2	1,9	47,5	20,1
No sabe no contesta	-	-	43,2	12,9
No ha consumido	0,1	0,1	25,5	7,4
Total	3,8	1,7	35,2	13,7

* excluidos cannabis y psicofármacos sin receta.

** consumo de tabaco en el último mes.

Fuente: OVD (Observatorio Vasco de Drogodependencias). Euskadi y Drogas 2008.

En un estudio con jóvenes madrileños (12-24 años) se detectó una edad media de inicio del consumo de cannabis de 15,44 años. Asimismo se apreció un incremento de la prevalencia de consumo de esta sustancia a medida que avanza la edad, de forma que el estrato entre 21 y 24 años presenta un consumo más elevado de cannabis que los más jóvenes (Instituto de Adicciones Madrid Salud, 2005). Un estudio longitudinal de García-Merita et al. (2012) con una muestra de jóvenes valencianos de entre 11 y 17 años, mostró también un mayor consumo de sustancias, entre ellas el cannabis, a medida que aumentaba la edad de los jóvenes estudiados.

Según una encuesta realizada por la Universidad Politécnica de Navarra con una muestra de 730 estudiantes universitarios, la edad media de inicio del consumo de cannabis está en los 16,7 años, siendo la droga que se prueba a una edad más temprana (Universidad Pública de Navarra, 2007).

En **Cataluña** la edad media de inicio del consumo de cannabis entre la población adulta catalana (15-64 años) se sitúa en los 18,7 años (18,2 años en los hombres y 19,4 años en las mujeres) (Generalitat de Catalunya, 2008a).

En una muestra de 580 estudiantes de la Universidad de Girona, Font-Mayolas et al. (2006) detectaron una edad media de inicio del consumo de cannabis de 16,1 años (16,5 años para los chicos y 16 años para las chicas).

En un trabajo de Cebrián (2007) con una muestra de 1.624 estudiantes gerundenses de entre 12 y 18 años se encontró una edad media de inicio del consumo de cannabis de 13,6 años, y una edad media de inicio del consumo regular de 13,8 años.

1.3- Policonsumo de sustancias psicoactivas

El consumo de diferentes drogas, como el alcohol, el tabaco y el cannabis, suele presentar una asociación muy estrecha, de manera que es bastante frecuente que los consumidores de una droga en un período dado de tiempo hayan consumido otras drogas durante el mismo intervalo, fenómeno denominado policonsumo (Brière, Fallu, Descheneaux y Janosz, 2011; DGPND, 2004).

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías define el policonsumo como: *“el consumo frecuente de más de una sustancia durante un período mínimo de tiempo especificado, por ejemplo de un mes”* (OEDT, 2006, p. 92).

En Estados Unidos, la relación entre tabaco, alcohol y cannabis fue analizada por Duhig, Cavallo, McKee, George y Krishnan-Sarin (2005) en una muestra de 162 jóvenes de Connecticut (EUA), de 14 a 18 años de edad (edad media= 16,24 años; D.T.= 1,33). Se observó que el 19,6% de los adolescentes fumadores de tabaco habían consumido marihuana, tabaco y alcohol el mismo día en más de una ocasión, durante el último mes.

Entre los jóvenes **europeos** de 15 a 24 años, más de la mitad de los consumidores de cannabis fuman también tabaco de forma regular. Cuando se pregunta por el consumo de cannabis en el último mes, se observa que el 72% de los usuarios de cannabis también han fumado tabaco. Se da la misma situación para los jóvenes consumidores de cannabis y alcohol: el 44% que han probado el cannabis beben alcohol de forma regular, y el 56% que ha consumido cannabis en el último mes bebe alcohol habitualmente. Asimismo España es uno de los países de la Unión Europea que muestra mayor porcentaje respecto al consumo simultáneo de cannabis y otras drogas ilegales (5%) (Eurobarometer, 2004).

Según el Informe sobre Policonsumo del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2009b), entre los jóvenes adultos (15-34 años) consumidores habituales de alcohol se incrementa entre dos y seis veces la probabilidad de informar ser consumidores de cannabis en comparación a la población general. Asimismo entre los jóvenes consumidores habituales de cannabis es más probable el uso de otras sustancias ilegales en comparación a la población general (OEDT, 2009b).

En las encuestas sobre drogas realizadas en **España** en población general se observa una estrecha relación entre el consumo de cannabis, tabaco y alcohol. Entre los consumidores de una droga en un período dado (últimos 12 meses, últimos 30 días) es bastante frecuente que hayan consumido otras durante el mismo intervalo de tiempo. Más concretamente entre la población de entre 15-64 años que en 2007/08 había consumido cannabis en los últimos 12 meses, un 93,9% había consumido también alcohol, un 81% tabaco, un 25,1% cocaína, un 10,2% éxtasis, un 7,5% anfetaminas, un 5,6% alucinógenos, un 0,7% heroína, un 1,5% inhalables, un 8,6% tranquilizantes y un 4,5% somníferos (DGPND, 2008a).

Muñoz-Rivas y Graña (2001) realizaron un estudio con 1.570 jóvenes madrileños de entre 14 y 18 años, con el objetivo principal de analizar la influencia y peso diferencial de determinadas variables familiares en el consumo de drogas. Los resultados mostraron que las diversas sustancias de consumo estudiadas se agrupaban de forma

empírica en tres factores denominados: “drogas legales” (asociadas a alcohol, tabaco y cannabis), “drogas médicas” (asociadas a fármacos o derivados farmacológicos) y “drogas ilegales” (cocaína, drogas de diseño y cannabis), observándose también la existencia de policonsumo. El cannabis se mostró como sustancia de uso común entre los consumidores tanto de drogas legales como ilegales.

En un trabajo de Megías, Elzo, Rodríguez, Megías y Navarro (2006) con una muestra de jóvenes españoles de entre 15 y 24 años se observa que entre los usuarios de cannabis durante el último año, el 1,2% ha consumido también otra droga, el 15,1% dos drogas más, el 58,8% tres drogas diferentes más, y el 24,9% cuatro o más drogas distintas. Concretamente entre los consumidores de cannabis el 80,6% fuma tabaco, el 96% bebe alcohol, el 19,1% consume éxtasis/anfetaminas/alucinógenos, y el 21,2% toma cannabis y cocaína.

Datos de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas (2007/08) en población general, muestran para **Cataluña** prevalencias destacadas de policonsumo en los últimos 12 meses. Así entre los consumidores de cannabis el 96,1% bebe también alcohol, el 78,4% fuma tabaco, el 25,9% consume además cocaína, el 13,6% éxtasis, el 5,8% alucinógenos, el 8,4% anfetaminas, el 0,6% heroína, el 2% inhalables, el 3,8% tranquilizantes y un 4,6% somníferos (Generalitat de Catalunya, 2008a).

En el trabajo de Font-Mayolas et al. (2006) con una muestra de 580 estudiantes de la Universidad de Girona (edad media= 21,4 años; D.T.= 4,4) se detectaron también elevados índices de policonsumo en relación al tabaco y al cannabis: sólo 1,5 de cada diez fumadores de tabaco no habían consumido nunca cannabis. Se observó que a medida que aumenta la experiencia con el tabaco, disminuye el porcentaje de estudiantes que no han tenido experiencia con el cannabis y aumenta el porcentaje de los que sí lo han consumido.

El Informe 2007 del Observatorio de nuevos consumos de drogas en el ámbito juvenil de Barcelona muestra que la mezcla más extendida entre los jóvenes en cuanto a consumo de drogas es la de tabaco, alcohol y cannabis (Oró, Barruti, Pallarés, Espluga y Canales, 2008).

En el antes citado trabajo de Megías et al. (2006) se realiza un análisis factorial de componentes principales y se obtienen tres factores que constituyen los tres modelos básicos de policonsumo en los jóvenes:

1º- Policonsumo de psicoestimulantes y cannabis: consumo de éxtasis/anfetaminas/alucinógenos y cocaína, con una fuerte presencia de cannabis y, ya más ligera, de alcohol y tabaco.

2º- Policonsumo de alcohol, tabaco y cannabis: consumos básicos de alcohol y tabaco, con una asociación relativamente importante del consumo de cánnabis.

3º- Policonsumo de narcóticos: uso de heroína, con una asociación secundaria de consumos de cocaína y éxtasis/anfetaminas/alucinógenos.

Esta relación ha llevado a diferentes autores a plantearse que el consumo de cannabis puede estar influenciado por el consumo previo de drogas legales como el tabaco y el alcohol, bajo la denominada teoría de la “puerta de entrada” (Guxens, Nebot y Ariza, 2007; Henningfield et al., 1990; Kandel y Davies, 1996; Kandel, Yamaguchi y Chen, 1992), así como actuar por sí mismo como droga facilitadora o inductora del consumo de otras sustancias ilegales (Becoña, 1999; Fergusson y Horwood, 2000; Hall, 2006; Patton, Coffey, Carlin, Sawyer y Lynksey, 2005), en particular de la heroína y la cocaína (Kandel, 1984; Kandel y Davies, 1992; Trenz et al., 2012).

Kandel y Jessor (2002) hallan evidencia a favor de dos hipótesis de la teoría de la escala o “puerta de entrada”: entre los adolescentes hay una secuencia de desarrollo de su implicación con distintas clases o categorías de drogas, de tal modo que la iniciación en el consumo de drogas comienza con las primeras drogas de la secuencia, es decir con el alcohol y el tabaco, para seguir con las ilegales, entre ellas el cannabis; el consumo de una droga de inicio en la secuencia está asociado con un incremento del riesgo o probabilidad de utilizar otra droga de la secuencia más adelante. No obstante, aunque exista una relación entre alcohol y tabaco, y el posterior consumo de cannabis, no se puede confundir relación estadística con causalidad (Becoña, 1999, 2002).

Asimismo la unión del consumo de tabaco y cannabis se ha propuesto en dos pasos (Amos et al., 2004). En primer lugar el joven iniciaría su consumo de sustancias con el tabaco para luego pasar al de cannabis con más facilidad. En segundo lugar, al consumir cannabis se reforzaría el hábito del consumo de tabaco debido a que a menudo el cannabis se consume junto al tabaco, o bien el tabaco se fuma en sustitución del cannabis en circunstancias en que el joven no puede usar esta última sustancia.

2. Consecuencias del consumo de cannabis para la salud

2.1- Toxicología del cannabis

Los derivados del cannabis o cannabinoides proceden de la planta *Cannabis sativa*. La planta del cannabis contiene al menos 60 cannabinoides distintos entre los 400 compuestos químicos identificables. El principal componente psicoactivo del cannabis es el delta⁹-tetrahidrocannabinol (Δ^9 -THC), y en menor cantidad y ligeramente menos potente, el delta⁸-tetrahidrocannabinol (Δ^8 -THC). Asimismo son componentes del cannabis: el cannabidiol (CBD), el ácido cannabinoico, el cannabinol (CBN) y el cannabinocromeno (Dewey, 1986; Leza, 1999a; Ramos-Atance y Fernández-Ruiz, 2000; Robert, Torres, Tejero, Campo y Pérez, 2006).

El **THC**¹ se encuentra en mayor concentración en los brotes florecientes de la parte superior de la planta femenina, y en menor cantidad en hojas, tallos y semillas (Balcells, 2000; Leza, 1999a).

Existen diversas tipologías de *Cannabis sativa*, pudiendo variar su contenido en THC hasta un máximo del 20% (Bobes y Calafat, 2000; Leza, 1999a). No obstante cabe diferenciar dos fenotipos de planta distintos: por un lado la planta del cannabis cultivada para su uso como droga de abuso, que tiene mayor cantidad de THC (media de THC del 2-6%), y por otro la cultivada para la producción de fibra, utilizada en producción textil (con THC inferior al 0,25% y mayor concentración de CBD) (Leza, 1999a; Ramos-Atance y Fernández-Ruiz, 2000).

Químicamente se han definido tres tipos de plantas, dependiendo de la concentración de los principales cannabinoides (Ramos-Atance y Fernández-Ruiz, 2000):

1. Tipo droga pura con alto contenido en THC (2-6%) y sin CBD. Crecen en climas cálidos (Sudamérica o Sudáfrica).
2. Tipo intermedio, con concentraciones de THC más bajas y con CBD. Crecen en climas cálidos alrededor del Mediterráneo (Marruecos o Líbano).
3. Tipo fibra, con contenido de THC bajo (menos del 0,25%) y CBD superior al 0,5%. Crecen en climas templados como Francia o Hungría, cultivándose con fines industriales.

¹ En el presente trabajo se refiere al Δ^9 -THC y al Δ^8 -THC, salvo precisión, como THC.

En el ámbito occidental, las preparaciones de la planta del cannabis más utilizadas son:

- La **marihuana** (*grifa, maría, hierba*) contiene entre el 0,5-10% de THC y se prepara a partir de las flores, hojas, tallos de pequeño tamaño; desecados y triturados. Suele fumarse mezclada con tabaco (llamado *porro, canuto* o *petardo*) o directamente mediante vaporizadores (Balcells, 2000; Leza, 1999a; Ministerio del Interior, 2006).
- El **hachís** (*chocolate, costo, goma*), con una concentración de THC de entre 10-20%, es un preparado a base de la resina exudada y flores prensadas. Se presenta en forma de pastilla para su venta y consumo (*talego, china*), y suele fumarse junto a picadura de tabaco (también llamado *porro, canuto* o *petardo*) (Balcells, 2000; Leza, 1999a; Ministerio del Interior, 2006).
- La **resina** o **aceite de cannabis** (*aceite*), con entre 25-50% de THC, se obtiene de la secreción de las ramificaciones y de las terminaciones de los tallos (Balcells, 2000; Leza, 1999a). Se suele utilizar en forma líquida por vía oral (Ministerio del Interior, 2006).

Recientemente se ha observado el uso como sustancia psicotrópica de las llamadas *Spice drugs*, mezcla de incienso aromático no apta para el consumo humano que contiene en su composición agonistas cannabinoides sintéticos. Los usuarios de las *Spice drugs* refieren efectos similares a los producidos por el cannabis, tras su consumo fumado o en infusión (Mustata et al., 2009).

La farmacocinética del cannabis dependerá de la vía de administración y de la forma de consumo. La forma de consumo más frecuente es fumado en cigarrillos o pipas, mezclado con tabaco. Durante la combustión del cigarrillo de cannabis el ácido tetrahidrocannabinólico presente en la planta y que carece de psicoactividad, se convierte en THC (OMS, 1997). Como se ha anotado, la marihuana y el hachís también pueden consumirse por vía oral (en infusiones, mezclado con alimentos, etc.), ya que el THC es soluble en grasas y en alcohol, pero esta vía de administración es la menos usada puesto que retrasa y disminuye los efectos psicoactivos de la droga (Balcells, 2000; Iversen, 2001; Leza, 1999a).

El THC y los demás cannabinoides actúan sobre el sistema nervioso central uniéndose, una vez introducidos en el organismo, a los receptores cannabinoides orgánicos o endocannabinoides (CB1 y CB2), presentes en la membrana de algunas células y acoplados a la proteína G como sistema de transducción. El receptor CB1 está presente en el sistema nervioso central y en menor densidad en el sistema

nervioso periférico, mientras que el CB2 se encuentra principalmente en células del sistema inmunológico (Atance, 2007; Ministerio del Interior, 2006; Robert et al., 2006). Un cigarrillo de cannabis suele contener entre 0,5 y 1 gramo de esta sustancia. La cantidad de THC liberada dependerá de la concentración del preparado y del número de inhalaciones, pudiendo variar entre el 20 y el 70%. El THC absorbido por el organismo, teniendo en cuenta este porcentaje, estará entre el 10 y el 25%, con lo cual el consumo de un cigarrillo de cannabis aportará al organismo entre 0,2 y 4,4 mg de THC (Balcells, 2000).

Los efectos del THC en el organismo son tempranos: en 3-10 minutos se alcanzan las concentraciones plasmáticas máximas, pudiendo durar sus efectos entre 2-3 horas. La dosis oral tiene, como se ha apuntado, menos efectos o menor intensidad, que la inhalada y en general debe ser de 3 a 5 veces mayor para que aparezcan las mismas manifestaciones. La concentración máxima en plasma del THC inhalado se alcanza a las 2-4 horas y el inicio de los efectos se da entre media hora y 2 horas post administración, pudiendo durar hasta 6 horas (Hall y Solowij, 1998; Leza, 1999a; Ministerio del Interior, 2006).

Los efectos psicotrópicos producidos por el consumo de cannabis pueden estar influenciados por la dosis, la forma de administración, la experiencia del usuario con la droga, junto con el uso frecuente, las expectativas del consumidor, el estado de ánimo y las actitudes hacia el consumo de la sustancia, así como por efectos ambientales, biológicos y genéticos (OMS, 1997; Robert et al., 2006). En consecuencia, la dosis que produce los efectos psicoactivos derivados de su consumo dependerá de la frecuencia de consumo y de la variabilidad interindividual. Fumadores ocasionales pueden obtener estos efectos con dosis de 2-3mg (aproximadamente un cigarrillo de cannabis), en cambio los habituales pueden necesitar entre 10-15mg o más (5 o más cigarrillos de cannabis) (Adams y Martin, 1996).

El empleo ocasional de cannabis a dosis bajas, según autores como Leza (1999b), no induce **tolerancia**, aunque el uso continuado de dosis elevadas, sí lo hace (Robert et al., 2006; Sagredo, 2011). Los efectos del cannabis disminuyen con el tiempo en estos sujetos y necesitan más cantidad de sustancia para producir el mismo efecto. Asimismo la tolerancia puede aparecer con dosis repetidas durante varias semanas con efectos diferentes (Baño, 2002). Además junto a otras drogas de abuso, fundamentalmente de tipo depresor como el alcohol, es posible desarrollar tolerancia cruzada en ambos sentidos (Leza, 1999b).

No está clara la aparición del **síndrome de abstinencia** en consumidores de cannabis, pero sí se dan efectos subjetivos en el individuo que llevan a la búsqueda y consumo de la droga (Maldonado, 2002). Entre los efectos subjetivos producidos por el abandono del cannabis se incluyen: agitación, desasosiego, irritabilidad, insomnio, ansiedad, incremento de la agresión, anorexia, sudoración profusa, náuseas, temblor en la musculatura y efectos autonómicos. Este síndrome puede aparecer a los 3-7 días de cesar el consumo y resolverse pasados unos 28 días (Ashton, 2001) o desaparecer al volver a consumir cannabis (Baño, 2002; Leza, 1999b).

En un estudio de Baño et al. (2004) con una muestra de 145 jóvenes madrileños (edad media= 20,6; D.T.= 3,23), consumidores de hachís, se observó la aparición de síntomas de abstinencia por abandono del consumo, tales como el aumento del consumo de tabaco, alteraciones del apetito y sueño, nerviosismo, síntomas depresivos e inquietud.

En un consumidor habitual de cannabis la aparición de la tolerancia hace que aumente su próxima dosis, y en caso de cese de consumo, la presencia del efecto del abandono lleva a continuar con su uso. Este consumo crónico de cannabis es el que puede llevar a la **dependencia** a la sustancia (Ashton, 2001). Se estima que entre el 7 y el 10% de las personas que han probado el cannabis tienen riesgo de desarrollar un trastorno de dependencia (Hall y Solowij, 1998).

Autores como Dennis, Babor, Roebuck y Donaldson (2002) consideran que el cannabis puede producir dependencia, como otras drogas de abuso, tales como el alcohol y la nicotina. Así el uso habitual de cannabis (al menos una vez por semana) antes de la etapa adulta se ha asociado con un mayor riesgo de desarrollar una dependencia y el uso de otras drogas ilegales (Hall, 2006), en particular heroína y cocaína (Kandel, 1984; Kandel y Davies, 1992).

No obstante la dependencia física que puede producir es débil, en comparación con otras drogas de abuso, y similar a la producida por la dependencia a ansiolíticos. Crean, Crane y Manson (2011) apuntan a que el cese del consumo de cannabis crónico genera una dependencia física manifestada por irritabilidad, insomnio y anorexia, entre otros síntomas. El cannabis induce una dependencia fundamentalmente de tipo psicológico, llegando a ser su consumo más importante que otras actividades de la vida del sujeto (Baño, 2002; Leza, 1999b). La dependencia se manifiesta de forma más común en la juventud, 10 años después de la iniciación en el consumo de cannabis (Copeland y Swift, 2009).

Las sustancias endógenas con efectos similares al THC (anandamidas) y los receptores cannabinoides específicos (CB1) presentes en el sistema nervioso central,

son las bases biológicas de la dependencia y la abstinencia al cannabis (Quiroga, 2000a).

En un estudio longitudinal realizado por Nocon, Wittchen, Pfister, Zimmermann y Lieb (2006) con una muestra de 2.446 jóvenes de entre 14 y 24 años, se observó que entre los consumidores de cannabis el 35% cumplían al menos uno de los criterios de dependencia que recoge el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR). Los síntomas expresados por estos consumidores eran similares tanto en el caso de consumidor habitual como esporádico. Además la manifestación del síndrome de dependencia o de alguno de sus criterios definitorios no se atribuía al uso de otras drogas de abuso, ni a la comorbilidad con la dependencia a la nicotina y el alcohol.

El riesgo para la dependencia al cannabis se incrementa a medida que disminuye la edad de inicio. El *inicio temprano* de su uso incrementa la probabilidad de convertirse en un consumidor diario de cannabis, y por tanto predice la consecuente dependencia a la sustancia y un mayor riesgo de desarrollar conductas problemáticas o de sufrir daños de diferente índole (Calderia, Arria, O'Grady, Vincent y Wish, 2008; Chen, Storr y Anthony, 2009; Coffey, Carlin, Degenhardt, Lynskey, Sanci y Patton, 2002; Font-Mayolas et al., 2006; Hall, 2006).

En un estudio longitudinal realizado con una muestra de 1.601 estudiantes norteamericanos de entre 14-15 años, Patton et al. (2002) encontraron que el consumo frecuente de cannabis en las chicas predecía la consecuente depresión y ansiedad, con un riesgo todavía mayor en consumidoras diarias.

Swift et al. (2008) realizaron también un estudio longitudinal de 10 años con 1.943 estudiantes norteamericanos de secundaria con edades comprendidas entre los 14 y los 17 años. A los 24-25 años, el 43% de los jóvenes con un consumo semanal o mayor de cannabis había informado también de un consumo de esta droga durante la adolescencia de al menos una vez por semana. Se observó que el consumo temprano y continuado de cannabis y de tabaco, así como sufrir trastornos psicológicos persistentes (depresión, ansiedad), se asociaron al consumo problemático (semanal o diario, con dependencia) de cannabis en el grupo de jóvenes.

En un estudio epidemiológico de Hall y Degenhardt (2009) se halla que entre adolescentes y jóvenes consumidores de cannabis es más probable sufrir síndrome de dependencia, se incrementa el riesgo de estar implicado en accidentes de tráfico, se deteriora la función respiratoria, se padecen con más frecuencia enfermedades cardiovasculares, y el consumo de esta sustancia tiene efectos negativos sobre el desarrollo psicosocial del adolescente y sobre su salud mental.

La aparición de síntomas de dependencia al cannabis se da con mayor probabilidad si se consume dicha sustancia junto al tabaco (Ream, Benoit, Johnson y Dunlap, 2008), por lo que el *policonsumo* se presenta como otro posible factor de vulnerabilidad. En la misma línea, los consumidores de cannabis que también utilizan otras drogas presentan problemas de salud mental más severos que los que sólo consumen cannabis (Johns, 2001).

Así, la dependencia al cannabis en jóvenes comporta un mayor riesgo de utilización de otras drogas, bajo rendimiento en los estudios, conducta antisocial y pobre salud mental, incluyendo la aparición de síntomas psicóticos (Fergusson y Horwood, 1997; Hall, 2006; OVD, 2008). En un estudio de Fergusson et al. (2002) se observó que el uso regular de cannabis, con una frecuencia mínima semanal, en el intervalo de 14-21 años, se asociaba con el consumo de otras drogas ilegales, depresión, ideación e intentos suicidas y crimen violento o violación a la propiedad. McGee, Williams, Poulton y Moffitt (2000) también apuntaron que el inicio temprano al consumo de cannabis (entre los 15 y los 18 años) puede llevar a problemas conductuales emergentes en la escuela, menor unión con los padres durante la adolescencia y problemas de salud mental. Con lo cual, el consumo de cannabis entre los jóvenes puede desencadenar en problemas de salud mental, interferir en el aprendizaje y el desarrollo personal, incrementar el riesgo de progresión en el consumo de otras drogas de abuso (Brook, Balka y Whiteman, 1999; Johns, 2001) y conllevar el abandono de los estudios (Bray, Zarkin, Ringwalt y Qi, 2000).

En los últimos años se está observando un aumento de la producción y consumo de un tipo de marihuana cultivada en espacios cerrados llamada “marihuana hidropónica” y que puede contener hasta tres veces mayor contenido de tetrahidrocannabinol que el cannabis natural, con el consiguiente incremento de los efectos psicoactivos (Becoña, 2005; Calafat, 2004).

Entre los *trastornos mentales* que se han relacionado con una mayor dependencia al cannabis destacan el trastorno de ansiedad social: las mujeres que presentan esta sintomatología son más vulnerables a experimentar una dependencia derivada de su uso (Buckner, Mallot, Schmidt y Taylor, 2006; Buckner, Schmidt, Lang, Small, Schlauch y Lewinsohn, 2008). También el padecimiento de trastorno de personalidad antisocial en el adulto y de trastorno disocial en el joven han mostrado una elevada asociación con el trastorno por dependencia al cannabis (Agosti, Nunes y Levin, 2002).

2.2- Consecuencias sobre la salud física

Un cigarrillo de cannabis desprende en su combustión compuestos parecidos a los expedidos por un cigarrillo de tabaco. A excepción del THC y la nicotina como constituyentes de cada humo en particular, ambos poseen cantidades parecidas de acroleínas, acetonitrilo, benceno, tolueno, nitrosaminas, benzopirenos y benzantracenos (estos últimos en cantidades significativamente más elevadas que en el tabaco), muchos de ellos reconocidos como carcinógenos (Leza, 1999a).

El uso de cannabis puede producir cambios cognitivos en dos situaciones, tras su consumo agudo como alteración relacionada con las elevadas tasas de concentración de cannabinoides alcanzadas en el sistema nervioso central y, tras su uso crónico, debido a la exposición continuada del sistema nervioso a los cannabinoides. Los efectos agudos se han demostrado reversibles, no obstante existe una controversia en torno a la recuperación cognitiva después de un consumo prolongado de cannabis (Atance, 2007; Verdejo-García, 2011).

Los **efectos inmediatos** (agudos) del consumo pueden durar entre 2 y 3 horas, entre ellos se incluyen:

- *Efectos sobre el sistema nervioso central (SNC)*: Se inician a los pocos minutos y pueden durar entre 1 y 1,5 horas.

1. Efectos psicológicos: Son efectos muy variables interindividualmente y dependen de la dosis consumida, el contenido de THC, la proporción de THC y CBD, la forma de administración, la personalidad del sujeto, las expectativas y la experiencia previa, así como del contexto o acompañantes con los que se consume (Camí, Guerra, Ugena, Segura y de la Torre, 1991). Se inician con un período de excitación, sensación de euforia y bienestar, hilaridad, locuacidad y megalomanía, sobre todo si el consumo se da en grupo, acompañado de una sensación de intoxicación. En una segunda etapa se da una disminución de la ansiedad, del estado de alerta, de la depresión y tensión, un aumento de la sociabilidad, y un estado de relajación y reflexión. No obstante puede también producir una reacción de disforia, incluyendo ansiedad y pánico, síntomas depresivos, paranoia y psicosis, más comunes en consumidores no habituales, sujetos ansiosos y sujetos psicológicamente vulnerables (Ashton, 2001; Atance, 2007; Leza, 1999b). Además altas dosis de cannabis pueden

acompañarse de alucinaciones (Ashton, 2001). Habitualmente estos cuadros agudos desaparecen espontáneamente a las pocas horas, a medida que el THC se elimina del organismo (Atance, 2007; Ministerio del Interior, 2006). El uso de cannabis produce una agudización de las percepciones visuales, auditivas y táctiles. También aumenta la conciencia perceptiva de los colores (es posible que se perciban más brillantes), los sonidos pueden parecer más vívidos y aumenta la conciencia de otras sensaciones, como percibir las emociones de forma más intensa y significativa. Puede afectar la apreciación del tiempo y el espacio, por ejemplo, facilitar la percepción de que el tiempo pasa más rápido (Ashton, 2001; Leza, 1999b).

2. Efectos cognitivos, sobre el rendimiento psicomotor y la conducción de vehículos: El consumo agudo de cannabis altera la capacidad cognitiva (atención, memoria, percepción, resolución de problemas) y el rendimiento psicomotor. Puede afectar la memoria, el curso y la habilidad del pensamiento (Leza, 1999b). El sujeto presenta una sensación subjetiva de estar especialmente ingenioso y brillante, acompañado de un aumento en la velocidad de aparición de ideas. Como consecuencia se da un tipo de diálogo insustancial. En la memoria a corto plazo y en acciones complejas que requieren atención dividida, se puede dar dificultad para concentrarse (Ashton, 2001; O'Leary et al. 2007). Si el consumo de cannabis tiene lugar durante el aprendizaje y el recuerdo, se ven afectadas también todas las áreas del aprendizaje, con la excepción de la abstracción y el vocabulario (Quiroga, 2000a). En general los cannabinoides empeoran todas las etapas de la memoria incluyendo la codificación, consolidación y recuperación (Ranganathan y D'Souza, 2006). Derivado de su consumo se da un enlentecimiento en la velocidad de reacción y en la coordinación motora. También puede aparecer hipotensión muscular y desvanecimientos (Ashton, 2001). El retardo en la cognición y en la psicomotricidad es debido a una reducción del flujo sanguíneo cerebral, que puede persistir aún 24 horas después de haber realizado el consumo. Estos efectos inciden negativamente en la habilidad para la conducción de vehículos y en el manejo de maquinaria de precisión (Quiroga, 2000a).
3. Efectos sobre el sueño: El THC induce sueño y altera el patrón sueño-vigilia. Tras la administración continua de dosis elevadas se puede observar durante la mañana siguiente un cierto grado de resaca en algunos sujetos. Además puede aparecer un efecto rebote en la cantidad de sueño REM (disminución) tras la interrupción brusca de consumos elevados (Ministerio del Interior, 2006).

4. Efectos sobre la conducta alimentaria: El cannabis produce un aumento del apetito entre 1-3 horas tras su consumo (sobre todo ansia por comer cosas dulces) y sed (Atance, 2007; Leza, 1999b). El THC consumido tanto por vía oral como fumado, incrementa el número de ingestiones y la cantidad total de comida consumida. Sin embargo, el consumo continuado de cannabis puede producir una cierta disminución de este efecto (Ministerio del Interior, 2006; Sagredo, 2011).
5. Otros efectos: Estudios sobre el dolor agudo y crónico con animales han demostrado que los cannabinoides tienen un poder analgésico. En humanos se apunta hacia la presencia de este efecto en dolor crónico pero no se ha demostrado claramente en el dolor agudo (Leza, 1999b; Ministerio del Interior, 2006).

- *Efectos sistémicos:*

1. Efectos en el sistema cardiovascular: Consisten principalmente en un aumento de la frecuencia cardíaca, debido a la disminución de la presión arterial, que puede llegar a más de 160 latidos/minuto, aunque la tolerancia en consumidores crónicos puede hacer que no aparezca. Este efecto depende de la dosis, llegando al nivel máximo pocos minutos después de iniciar el consumo fumado y desapareciendo tras 1-3 horas (Ashton, 2001; Robert et al., 2006). Genera también taquicardia, independientemente de la dosis consumida, en correlación con la intensidad de la experiencia subjetiva tanto al fumar como al ingerir el cannabis (Quiroga, 2000a). Estas consecuencias pueden aumentar el riesgo cardiovascular en personas con patología cardíaca o vascular previa (Sidney, 2002), aunque se ha observado también algún caso de infarto de miocardio en jóvenes consumidores aparentemente sanos (Quiroga, 2000a).
2. Efectos sobre el sistema respiratorio: El consumo de cannabis produce disminución en la resistencia de las vías aéreas y broncodilatación en personas sanas (Robert et al., 2006). Este último efecto queda enmascarado por el efecto irritante del humo, al que le sigue una leve obstrucción, cuando el cannabis es consumido un mínimo de 4 días a la semana durante 6-8 semanas (Leza, 1999b; Quiroga, 2000a).
3. Efectos endocrinos: El THC disminuye la secreción de adrenalina y noradrenalina en la médula adrenal con el consecuente incremento del deseo sexual, si bien dicho efecto agudo desaparece con la administración repetida de cannabinoides (Robert et al., 2006).

4. Efectos oculares: Produce irritación de los ojos y dilatación de los vasos conjuntivales con enrojecimiento ocular, reducción de la producción de lágrimas, caída del párpado, dificultad en la acomodación y disminución del reflejo pupilar a la luz (Ashton, 2001; Leza, 1999b).
5. Efectos gastrointestinales: Aparece una reducción en la producción de saliva, sequedad de boca, reducción del peristaltismo intestinal y enlentecimiento del vaciado gástrico. Tiene también un efecto antiemético, previniendo náuseas y vómitos en pacientes con tratamientos anticancerosos (Leza, 1999b; Ministerio del Interior, 2006).
6. Efectos sobre la musculatura estriada: Produce relajación muscular y el cannabidiol (CBD) y el Δ^9 -THC tienen propiedades anticonvulsivantes (Leza, 1999b; Ministerio del Interior, 2006).

Los **efectos a largo plazo** del consumo de cannabis están relacionados con el consumo crónico, e interfieren en el aprendizaje, el rendimiento escolar y la memoria (Baño, 2002; Tirado, Aguaded y Marín, 2010). Entre ellos destacan:

- *Efectos sobre el sistema nervioso central (SNC)*: Se ha visto que sobre el SNC el cannabis tiene efectos morfológicos (destrucción neuronal y fragmentación del ADN en el hipocampo) y funcionales (hiperfrontalidad alfa y theta, alteración de la P50 auditiva, disminución de la actividad bioeléctrica en ambos lóbulos temporales) (Quiroga, 2000a). No obstante hoy en día existe una gran controversia acerca de que las alteraciones presentes en consumidores habituales de cannabis sean de carácter permanente (Atance, 2007; Verdejo-García, 2011).

1. Efectos cognitivos y sobre el rendimiento psicomotor: La concentración, la memoria y la capacidad de aprendizaje pueden reducirse con el uso regular de cannabis (Baño, 2002; Martín del Moral, 1999; Verdejo-García, 2011). Puede aparecer una interrupción de la continuidad del discurso (lagunas) y un lenguaje monótono (Baño, 2002). Derivado del consumo crónico, se produce un deterioro cognitivo, en especial en la atención, memoria y habilidad de procesamiento de información compleja, que puede durar días, meses o años después del abandono del consumo de cannabis (Ashton, 2001). La Organización Mundial de la Salud considera que el consumo crónico de THC altera la organización e integración de la información compleja (OMS, 1997; Robert et al., 2006). Especialmente el consumo habitual de cannabis antes de los 16 años, interfiere en el sistema cannabinoide endógeno durante la etapa prepuberal del desarrollo, y causa déficits específicos en las funciones de la atención, que persisten en la vida adulta (Quiroga, 2000a). Jacobsen, Mencl,

Westerveld y Pugh (2004) también encontraron que el inicio temprano al cannabis durante la adolescencia puede cursar con déficits más severos y persistentes en el funcionamiento cognitivo: aprendizaje verbal y memoria, atención sostenida y selectiva, velocidad de procesamiento, funciones cognitivas ejecutivas y declives en el coeficiente intelectual.

2. Efectos sobre el aprendizaje y el rendimiento escolar: En España, según datos de la Encuesta sobre drogas a población escolar (14-18 años), realizada en 2004, una proporción significativa de los estudiantes consumidores de cannabis afirmó haber sufrido problemas asociados al consumo, como pérdida de memoria (24%), tristeza, apatía, depresión (14,3%), dificultad para estudiar o trabajar (15,8%) y absentismo escolar (10%). En un estudio longitudinal de Reboussin, Hubbard y Lalongo (2007) con una muestra de 488 estudiantes afro-americanos, el 7% de los jóvenes afirmó haber sufrido algún problema de salud debido al consumo de cannabis (sentir miedo o pánico por su consumo, notarse triste, decepcionado o deprimido, sufrir tos crónica, y/o síntomas de dependencia). Estas repercusiones derivadas del consumo de cannabis pueden afectar al rendimiento académico, asociándose a peores notas, menor satisfacción y actitudes negativas hacia la escuela, y a un mayor riesgo de abandono de los estudios. Macleod et al. (2004) en una revisión sistemática de diferentes estudios (americanos, suecos y neozelandeses) de seguimiento poblacional de uso de drogas y secuelas psicológicas y sociales, observaron una asociación entre el consumo de cannabis y la obtención de un nivel de estudios más bajo, en comparación con los sujetos controles que no tomaban esta sustancia. Asimismo la asociación se encontró mayor en caso de inicio temprano del consumo (alrededor de los 15 años). Fergusson et al. (2003), también apreciaron una relación, dosis-dependiente, entre el consumo de cannabis y el rendimiento escolar. En un estudio longitudinal con una muestra de 1.265 estudiantes neozelandeses (desde el nacimiento hasta los 21 años), detectaron que el 22,5% de los chicos que se habían iniciado en el consumo de cannabis con edad inferior a los 15 años, habían abandonado la escuela antes de los 16 años, mientras que en los no consumidores el abandono fue del 3,5%.

- *Efectos sistémicos*:

1. Efectos en el sistema cardiovascular: El consumo crónico de cannabis causa en sujetos jóvenes un incremento de la frecuencia y el gasto cardíaco, por lo que puede facilitar una *angéítis obliterante* o Síndrome de Buerger de etiología desconocida (enfermedad vaso-oclusiva no arteriosclerótica, segmentada e

inflamatoria que afecta a las arterias y venas de tamaño pequeño o medio de las extremidades) (Baño, 2002). Jayanthi et al. (2010) con una muestra de 18 consumidores de marihuana (edad media= 21,4 años), en grandes cantidades y a largo plazo, y 24 no consumidores (edad media= 21,8 años), ambos grupos estadounidenses, observaron que los consumidores de dicha sustancia presentaban en sangre niveles elevados de una proteína asociada al aumento de las concentraciones de triglicéridos, y consecuentemente tenían mayor riesgo de infarto de miocardio y de ictus, además de sufrir deterioro de los procesos de aprendizaje y memoria.

2. Efectos sobre el sistema respiratorio: Debido a los vapores generados por la combustión del cigarrillo de cannabis, el uso crónico se ha relacionado con un incremento del riesgo de problemas respiratorios como bronquitis aguda y crónica, laringitis, asma, reducción de la respuesta inmunitaria pulmonar, enfisema o cáncer de pulmón, de boca o de lengua (Ashton, 2001; Baño, 2002; Quiroga, 2000a; Robert et al., 2006). Autores como Benson y Bentley (1995) han apuntado que fumar 3-4 cigarrillos de cannabis al día se ha asociado con la misma probabilidad de padecer bronquitis aguda crónica, y el mismo grado de daño en la mucosa bronquial, que consumir 20 o más cigarrillos de tabaco al día.
3. Efectos sobre el sistema inmunológico: El THC puede producir una acción estimuladora o inhibidora del sistema inmunológico. Se ha observado un decremento en las defensas antitumorales en consumidores crónicos (Robert et al., 2006). Pacifici et al. (2003), detectaron en una muestra italiana de consumidores de cannabis (edad media= 23 años), una disminución de la inmunidad celular correlacionada con la historia de consumo de los sujetos. No obstante, faltan evidencias claras de que este tipo de alteraciones inmunológicas causen un mayor número de infecciones en los consumidores (Ministerio del Interior, 2006).
4. Efectos en el sistema endocrino y la conducta sexual: El consumo de cannabis crónico puede afectar a la producción de hormonas, alterando el ciclo menstrual en la mujer y disminuyendo la producción de espermatozoides en el hombre (Baño, 2002). El uso de esta sustancia altera el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal y la producción de hormonas responsables del sistema reproductor y la maduración sexual. Se observa una reducción de secreción de adrenalina y noradrenalina, que podría alterar la respuesta al estrés, y una disminución de todas las hormonas sexuales (luteinizante, folículo-estimulante y prolactina). Asimismo, se detectan efectos inhibitorios sobre el deseo y la

respuesta sexual, y disminución de la fertilidad (Quiroga, 2000a; Robert et al., 2006). En un estudio reciente de Dailing et al. (2009) con una muestra de 369 hombres de Seattle (Estados Unidos) con edades comprendidas entre los 18 y 44 años, diagnosticados de cáncer testicular, se observa que ser fumador habitual o desde la adolescencia de marihuana en el momento del diagnóstico se asocia con un riesgo un 70% mayor de cáncer testicular, es decir alrededor de dos veces mayor que los que nunca la han fumado. Los resultados también sugieren que la asociación con el consumo de marihuana podría estar limitada a una malignidad testicular de rápido desarrollo que tiende a producirse entre los 20 y los 35 años y que supone el 40% de los casos de cáncer de testículos.

5. Efectos durante el embarazo (desarrollo intrauterino) y desarrollo postnatal: El uso de cannabis durante el embarazo puede provocar problemas de bajo peso en los neonatos, inmadurez fetal, elevada probabilidad de prematuridad y problemas inmunológicos en el bebé. Los recién nacidos de madres consumidoras suelen mostrar irritabilidad, inquietud, alteraciones del sueño y disminución del apetito durante los primeros días de vida, y en los tests de maduración general se detecta una afectación global en el desarrollo. Estos trastornos se han interpretado como síndrome de abstinencia en el neonato, y se ha señalado un ligero retraso en la habilidad y la memoria verbal, detectable a los cuatro años de edad. Si la madre lactante consume cannabis, transmite parte del THC al bebé a través de la leche materna, y puede afectar su desarrollo motor (Baño, 2002; Leza, 1999b). En estos niños, entre los 9 y los 12 años, no se ve alterado el lenguaje o la lectura ni la capacidad intelectual global, pero sí permanece afectada la función ejecutiva (Quiroga, 2000a). Asimismo, la exposición prenatal al cannabis, junto a otros factores, es un predictor del posterior consumo durante la adolescencia (Day, Goldschmidt y Thomas, 2006).

En la **Tabla 2.2.1** se presentan, a modo de cuadro resumen, los efectos adversos agudos y crónicos del consumo de cannabinoides sobre la salud:

Tabla 2.2.1: Consecuencias agudas y crónicas del consumo de cannabis sobre la salud.

Sistemas	Efectos agudos	Efectos crónicos
Cardiovascular	Taquicardia Hipotensión ortostática	Angeítis obliterante Fibrilación atrial
Respiratorio	Broncodilatación Obstrucción leve vías aéreas	Cambios histológicos Bronquitis, asma, laringitis
Endocrino	Disminución de la secreción de adrenalina y noradrenalina Incremento del deseo sexual	Alteración eje hipotálamo-hipófiso-adrenal Inhibición de la liberación de hormonas sexuales
Inmunológico	<i>No se observan</i>	Alteración de los macrófagos Inhibición de la producción IL*1 e interferón y Anergia células K
Cerebral	Enlentecimiento psicomotor Retardo en la cognición	Hiperfrontalidad EEG** α y θ Menor actividad cerebelosa

* IL: interleucina

** EEG: electroencefalograma

Fuente: Robert et al., (2006).

2.3- Consecuencias sobre la salud mental

Estudios epidemiológicos muestran que el consumo prolongado de cannabis puede producir por sí mismo síntomas psicopatológicos agudos (psicosis cannabinoide o cannábica); puede actuar también como desencadenante de una psicosis latente; precipitar un trastorno psiquiátrico persistente o interactuar con la vulnerabilidad del sujeto hacia estos trastornos (Atance, 2007; Martín del Moral, 1999; Wittchen et al., 2007). En jóvenes y adolescentes su consumo a largo plazo puede provocar un deterioro cognitivo, síntomas depresivos, esquizofrenia y trastornos por abuso de sustancias (Pérez de los Cobos, 2009; Sewell, Ranganathan y D'Souza, 2009; Sundram, 2006). En sujetos con un trastorno psicótico, como la esquizofrenia, el uso de cannabis puede incrementar los síntomas, su periodicidad y empeorar el curso de la enfermedad (Sewell et al., 2009). Dragt et al. (2010), en una muestra de población adulta con riesgo de sufrir psicosis, hallan una asociación entre la pronta edad de inicio del consumo de cannabis y la edad de aparición de la sintomatología psicótica. A su vez el consumo de cannabis por parte de un individuo con patología psiquiátrica

puede ser utilizado como automedicación, con el riesgo de desarrollar una rápida dependencia y de sufrir un empeoramiento de la patología. Un estudio sobre patología dual en España refleja que de una muestra de 1.200 pacientes atendidos en centros de salud mental, el 53% puede sufrir, además de un trastorno mental, una conducta adictiva a sustancias (García, 2008).

Para la clasificación de las consecuencias psiquiátricas del consumo de cannabis se han establecido los siguientes tres niveles (Arias y Atance, 2008; Fergusson y Horwood, 1997; Martín del Moral, 1999):

1- *Causal*: Los síntomas psicopatológicos aparecen con una relación directa a la ingesta de THC, normalmente de carácter *agudo*, con efectos directos en el funcionamiento psicológico y efectos en el funcionamiento interpersonal.

2- *Desencadenante*: Derivado del consumo se activa un trastorno psiquiátrico preexistente (maníaco o esquizofrénico), puede interactuar con la vulnerabilidad del sujeto a sufrir este tipo de trastornos, o bien los problemas mentales aparecen por la asociación del consumo de cannabis y la presencia de factores de riesgo presentes en el entorno (como por ejemplo de tipo familiar). Los síntomas se muestran después de un consumo reciente de cannabis y persisten si se retira el consumo de la sustancia.

3- *Automedicación*: El sujeto presenta una patología psiquiátrica e intenta aliviarla con el consumo de cannabis, que lleva a una rápida dependencia y a un empeoramiento de la patología psiquiátrica primaria (reagudización de los síntomas, abandono de los tratamientos, necesidad de ingresos hospitalarios para conseguir la abstinencia del consumo, etc.).

Van Os, Bak, Hanssen, Bijl, de Graaf y Verdoux (2002), realizaron un estudio longitudinal de tres años de duración sobre los riesgos del consumo de cannabis en una muestra de 4.848 jóvenes holandeses sin sintomatología psiquiátrica en la línea base. Observaron que la frecuencia de consumo de cannabis en la línea base predecía (dosis-dependiente) el incremento del riesgo de sufrir síntomas psicóticos durante el seguimiento. Verdoux, Gindre, Sorbara, Tournier y Swendsen (2002) estudiaron la relación entre el consumo de cannabis y los síntomas psicóticos en un trabajo longitudinal de 14 años con una muestra de 79 universitarios holandeses. Encontraron que el consumo de cannabis en sujetos sin sintomatología psicótica incrementa el riesgo de padecerla y que informar de sintomatología psicótica al inicio del estudio predecía un riesgo mayor de consumo de cannabis. Moore et al. (2007) apuntan de igual forma a una relación entre el consumo de cannabis y el desarrollo de un trastorno psicótico. En un metaanálisis realizado a partir de 35 estudios, dados

hasta 2006, hallaron que los sujetos que consumían esta droga tenían un 41% más de posibilidades de desarrollar un trastorno psicótico, frente a los pacientes no consumidores. Este riesgo dependía también de la dosis consumida a lo largo del tiempo.

Henquet et al. (2005) en un estudio longitudinal con una muestra de 2.500 sujetos de la población general holandesa, demostraron la existencia de una interacción entre el factor ambiental de riesgo para psicosis que sería el consumo de cannabis y la predisposición-vulnerabilidad para padecer dicha enfermedad. Se evaluaron los niveles de esquizotipia y consumo de cannabis al inicio del estudio y 4 años más tarde. Entre aquellos sujetos con baja predisposición para la psicosis, el 15% de los consumidores de cannabis presentaba un riesgo de sintomatología psicótica, mientras que el 21% de los consumidores mostraba dicho riesgo. Entre los sujetos con una elevada predisposición a la psicosis, el 26% de los no consumidores presentaban riesgo de manifestar una psicosis, mientras que entre los consumidores el porcentaje era del 50%.

En un estudio de Durdle, Lundahl, Johanson y Tancer (2008) con un grupo de estadounidenses adultos consumidores principalmente de MDMA (“éxtasis”), y también de cannabis, se halló que el consumo de cannabis estaba asociado con la depresión en las mujeres.

En resumen, los factores contemplados en diversos estudios en los que se relaciona el consumo de cannabis con psicopatología son (Arias y Atance, 2008):

- a. La edad de inicio del consumo: a menor edad de inicio mayor probabilidad de padecer un trastorno.
- b. Sexo del sujeto: en las mujeres se ha hallado una mayor relación entre consumir cannabis y trastornos depresivos.
- c. Frecuencia del consumo: el factor dosis-dependiente. A mayor frecuencia de consumo también se incrementa el riesgo de padecer una enfermedad psicopatológica.
- d. Presencia de una vulnerabilidad psicopatológica previa.
- e. Uso comórbido de otras sustancias.

Entre los efectos psicopatológicos que pueden desarrollarse en el curso de la ingesta de cannabis se encuentran:

1. Trastornos por consumo de cannabis:

- Abuso y Dependencia (Eje 1: F12.1 Abuso de cannabis (305.20) y F12.2x Dependencia de cannabis (304.30); DSM-IV-TR, 2005):

Las manifestaciones iniciales del trastorno por abuso de cannabis consisten en abandono del grupo de amigos no consumidores, desinterés por actividades que no tengan relación directa con el consumo y preocupación por disponer de cannabis. Cuando estas situaciones se acompañan del uso compulsivo de la sustancia se denomina trastorno por dependencia (Martín del Moral, 1999; Ministerio del Interior, 2006).

- Intoxicación (Eje 1: F12.00 Intoxicación por cannabis (292.89) y F12.04 Intoxicación por cannabis con alteraciones perceptivas; DSM-IV-TR, 2005):

Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (por ejemplo, deterioro de la coordinación motora, euforia, ansiedad, sensación de que el tiempo transcurre lentamente, deterioro de la capacidad de juicio, retraimiento social) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de cannabis. Se acompañan de dos o más de los siguientes síntomas: inyección conjuntival, aumento de apetito, sequedad de boca y taquicardia. Asimismo puede aparecer con o sin alteraciones perceptivas (A.P.A., 2005; Martín del Moral, 1999; Ministerio del Interior, 2006).

2. Trastornos asociados al consumo:

- Trastorno de ansiedad:

La persona vivencia de forma inadecuada los cambios o acontecimientos ambientales. Se suele producir en consumidores inexperimentados o cuando existe un estado emocional previo alterado. Las patologías ansiógenas más típicas son las *crisis de pánico* y las *fobias* (Martín del Moral, 1999; Ministerio del Interior, 2006). En la clasificación de los trastornos mentales DSM-IV-TR se recoge en el eje 1 como Trastorno de ansiedad inducido por cannabis (F12.8 (292.89)), pudiéndose manifestar con ansiedad generalizada, crisis de angustia, síntomas obsesivos-compulsivos o síntomas fóbicos. También se distingue entre: de inicio durante la intoxicación (si se cumplen los criterios diagnósticos de intoxicación por una sustancia y los síntomas aparecen durante el síndrome de intoxicación) o durante la abstinencia (si se cumplen los criterios diagnósticos de síndrome de abstinencia de una sustancia y los síntomas aparecen durante o poco después de la abstinencia) (A.P.A., 2005).

- Trastorno psicótico o *psicosis cannábica*:

No existe consenso en cuanto a la categoría del trastorno, para unos autores es necesaria una vulnerabilidad en el sujeto para padecerlo, para otros investigadores puede producirse como consecuencia de un consumo muy

elevado de cannabis (nombrados anteriormente como efecto *Desencadenante* o *Causal* del consumo) (Martín del Moral, 1999), y otros autores apuntan a la emergencia del trastorno debido a la confluencia de los dos factores: alteraciones neurológicas premórbidas y abuso de cannabis (Ruiz-Veguilla et al., 2009). Inicialmente se ha diferenciado entre *psicosis cannábica*, si prevalece una ideación delirante, o *alucinosis cannábica* si prevalecen las alucinaciones en la clínica del trastorno. La clasificación de la A.P.A. (American Psychiatric Association) para los trastornos mentales recoge estas psicosis en el eje 1 como: Trastorno psicótico inducido por cannabis con ideas delirantes (F12.51 (292.11)) y Trastorno psicótico inducido por cannabis con alucinaciones (F12.52 (292.12)) (A.P.A., 2005).

Se ha asociado con este trastorno la ansiedad, la labilidad afectiva, la despersonalización y la amnesia posterior al episodio (Martín del Moral, 1999).

3. Otros cuadros clínicos relacionados con el uso de cannabis:

- *Delirium* (F12.03 Delirium por intoxicación por cannabis (292.81) y F19.04 Delirium por abstinencia de sustancias; DSM-IV-TR, 2005), caracterizado por:
 - Alteración homogénea de la conciencia: estado confusional y despersonalización.
 - Alteración sensorio-perceptiva: alucinaciones visuales, kinestésicas (sensibilidad propioceptiva) y kinestésicas (percepción de los miembros del cuerpo).
 - Alteración psicomotora: comportamiento violento o absurdo.
 - Cambio en las cogniciones (trastorno del pensamiento y la memoria): paranoia, paramnesias. Estas alteraciones se desarrollan a lo largo de un breve período de tiempo, horas o pocos días, y tienden a fluctuar a lo largo del día (Martín del Moral, 1999; Ministerio del Interior, 2006).
- *Trastorno amnésico* (F19.6 Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias (292.83); DSM-IV-TR, 2005) y episodios de *flashback*. En el trastorno amnésico se da un deterioro de la memoria por consumo de cannabis que se manifiesta por un déficit de la capacidad para aprender información nueva, o incapacidad para recordar información aprendida previamente; la alteración de la memoria puede provocar un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representa una merma importante del nivel previo de actividad, y dicha alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium o de una demencia, y se mantiene más allá de la duración habitual de la intoxicación o abstinencia de sustancias. En los episodios de *flashback* se revive una intoxicación sin haber consumido THC, pueden aparecer vivencias-

alucinaciones con la cualidad de una percepción real, semanas o meses después de la abstinencia (Ministerio del Interior, 2006; OMS, 1997; Quiroga, 2000b).

El uso continuado de cannabis puede provocar en el individuo la aparición del *síndrome amotivacional*:

Disminuye la energía y motivación para estudiar y trabajar, aparece incapacidad para desarrollar planes futuros, apatía, empobrecimiento afectivo, abandono del cuidado personal, inhibición sexual, etc. La consecuencia directa del síndrome amotivacional en el funcionamiento vital de la persona es la falta de voluntad, y las consecuencias indirectas, un descenso en el rendimiento académico o laboral, un deterioro de las habilidades comunicativas y un retraimiento social. Estos síntomas se dan principalmente en jóvenes y desaparecen en cuanto se interrumpe el consumo (Baño, 2002; Martín del Moral, 1999; Ministerio del Interior, 2006; Verdejo-García, 2011).

Un elemento que diferencia el síndrome amotivacional de la depresión es la pérdida de capacidad introspectiva, de forma que la persona no tiene conciencia de la conducta patológica que presenta, sin la consecuente búsqueda de ayuda. No está claro si se trata de un trastorno como efecto del consumo de cannabis o bien un trastorno de personalidad del sujeto, por tanto anterior al inicio del consumo (Martín del Moral, 1999).

Si bien existe una gran controversia entre los estudios que relacionan el consumo de cannabis con otras patologías psiquiátricas (ansiedad, psicosis), las características de estas investigaciones no permiten determinar si el uso de cannabis causa problemas de salud mental, si los trastornos psiquiátricos provocan su consumo, o si se trata de dos variables independientes relacionadas con factores externos (Robert et al., 2006). No obstante un trabajo de McGrath et al. (2010) muestra que el consumo de cannabis aumenta el riesgo de psicosis en jóvenes. Los autores estudian una muestra de 3.081 jóvenes adultos australianos (edad media= 20,1 años) y obtienen que, en comparación con aquellos que nunca habían tomado cannabis, los adultos jóvenes que habían comenzado a consumirlo hacía seis o más años eran dos veces más propensos a desarrollar psicosis no afectiva y cuatro veces más propensos a tener puntuaciones más altas en las medidas de alucinaciones. Asimismo hallan una relación dosis-respuesta de forma que a mayor tiempo desde el primer consumo de cannabis, mayor era el riesgo de síntomas asociados a la psicosis. Además los individuos que habían experimentado alucinaciones tempranas en la vida eran más propensos a haber consumido cannabis más tiempo y a consumirlo de forma más frecuente. Así el

consumo temprano de cannabis parece estar relacionado con un incremento en el riesgo de desarrollar una enfermedad psiquiátrica, especialmente psicosis, y sobre todo en individuos vulnerables (Parolaro, 2010; Sagredo, 2011).

Leza (1999b) aporta un listado de síntomas y signos posibles indicadores del consumo de cannabis, de utilidad para la identificación de dicho comportamiento entre los jóvenes y adolescentes (**Tabla 2.3.1**):

Tabla 2.3.1.: Síntomas y signos indicadores del consumo de cannabis.

Signos Conductuales	Signos Sociales	Signos Circunstanciales	Signos Médicos
Problemas de memoria	Retirada del permiso de conducir	Olor a cannabis en la ropa	Fatiga y aletargamiento crónico
Mentiras repetidas sobre actividades y lugares frecuentados	Conducir en estado anormal	Empleo de jerga relacionada con drogas	Vómitos y náuseas crónicos
Desaparición súbita de dinero u objetos de valor del hogar	Accidentes de circulación	Drogas o útiles relacionados con el cannabis en la habitación, en las ropas o en el coche	Tos seca irritativa crónica
Robos sospechosos durante la ausencia de la familia	Frecuente absentismo escolar	Frecuentes desapariciones de casa	Conjuntivitis crónica sin otra explicación
Rápidos cambios de humor	Pérdida de trabajos temporales	Cambio de amigos	Bronquitis crónica
Comportamiento ofensivo hacia uno mismo y los demás	Rendimiento por debajo de lo habitual	Cambios en los hábitos de higiene y vestimenta	Cefaleas
Ataques de pánico	Claro deterioro del rendimiento laboral o escolar		Alteración de la coordinación motora
Frecuentes explosiones de mal genio	Abandono del deporte		Traumatismos reiterados
Hostilidad acompañada de falta de remordimientos	Problemas con la ley: agresiones, robos, etc		
Incremento de la reserva sobre la propia intimidad			

Fuente: Leza (1999b).

Similares síntomas y problemas se encuentran recogidos en el *Adolescent Cannabis Problems Questionnaire (CPQ-A)* constituido por 27 ítems y en el cual se está trabajando en una posible versión abreviada (Martin, Copeland, Gilmour, Gates y Swift, 2006; Proudfoot, Vogl, Swift, Martin y Copeland, 2010).

2.4- Utilidad terapéutica

Además de los usos recreacionales, el cannabis se ha utilizado desde la antigüedad por sus supuestas propiedades terapéuticas (Ministerio del Interior, 2006). Durante la mayor parte del siglo XX, en la medicina occidental hubo muy poco interés por el uso terapéutico del cannabis, prohibido desde la década de los setenta en Europa. No obstante durante los años sesenta y setenta aumentó el número de personas que lo consumían como forma de diversión, y en los años ochenta y noventa hubo un creciente interés por sus aplicaciones terapéuticas (Iversen, 2001). En los últimos años se ha descrito su consumo por parte de grupos de pacientes, en algunas enfermedades, y se ha investigado su posible utilidad en diferentes problemas de salud (Ministerio del Interior, 2006).

La indicación terapéutica de la que existen más evidencias es la prevención y tratamiento de las náuseas y vómitos secundarios al tratamiento de quimioterapia contra el cáncer. También hay evidencias basadas en los resultados de ensayos clínicos aleatorizados y controlados en el tratamiento de la pérdida de apetito del síndrome de anorexia y caquexia (pérdida del apetito y de peso, involuntario, asociado a enfermedades como el SIDA y el cáncer terminal); el control de la espasticidad muscular (esclerosis múltiple, lesiones de la médula espinal, trastornos del movimiento); tratamiento del dolor neuropático; epilepsia; glaucoma y asma bronquial principalmente (Barturen, 1998; Fernández-Ruiz, 2012; Iversen, 2001; Lorenzo y Leza, 2000; Ministerio del Interior, 2006; Robson y Guy, 2004). También en el tratamiento de la obesidad se ha utilizado un fármaco específico (no un cannabionide sintético) que actúa en el sistema cannabinoide endógeno (López-Jaramillo, Pradilla, Bracho y Silva, 2005; Van Gaal, Rissanen, Scheen, Ziegler y Rössner, 2006).

La toxicidad del THC como medicamento se considera baja a corto y largo plazo, no obstante sus efectos agudos limitan su utilidad como fármaco ya que existe un margen muy estrecho entre la dosis que produce los efectos deseados y los indeseados (Iversen, 2001).

Debido a los efectos cardiovasculares y a la tendencia del THC a empeorar los síntomas de la esquizofrenia, los pacientes con estas dolencias no son aptos para tratamientos elaborados a partir de cannabis (Iversen, 2001). Tampoco es aconsejable el uso prolongado de la marihuana fumada debido a su relación con la bronquitis crónica y al riesgo a largo plazo de provocar cáncer en el tracto respiratorio. No

obstante, en determinados casos de pacientes gravemente enfermos o terminales, diferentes autores justifican el uso de la marihuana fumada con fines paliativos (Iversen, 2001).

Los cannabinoides sintéticos utilizados como fármacos y generados en los años setenta y principios de los ochenta, son el *dronabinol* (Marinol®) y la *nabilona* (Cesamet®). La aplicación médica de estos compuestos con efecto **antiemético** está avalada por pruebas científicas obtenidas en estudios clínicos y por la aprobación de la *Food and Drug Administration* de los Estados Unidos en el año 1992 (Barturen, 1998; Iversen, 2001).

El *dronabinol* es el término genérico del Δ^9 -tetrahidrocannabinol, comercializado como Marinol®. Se trata de una resina amarilla de tacto viscoso, prácticamente insoluble en agua. Para su administración se disuelve en aceite de sésamo, inocuo para el organismo, y se introduce en cápsulas de gelatina blanda (el contenido de *dronabinol* puede variar en 2,5-5 ó 10 mg). Sus efectos se manifiestan pasados 30-60 minutos de su ingestión, con el punto máximo entre las 2-4 horas. Este efecto máximo puede permanecer entre 4 y 6 horas, aunque la estimulación del apetito puede perdurar hasta 24 horas.

Las principales indicaciones terapéuticas del *dronabinol* son el acometimiento de las náuseas y vómitos asociados a la quimioterapia en el tratamiento del cáncer, y la estimulación del apetito para contrarrestar el “complejo relacionado con el SIDA”: anorexia (pérdida del apetito) y síndrome de emaciación (adelgazamiento excesivo) (Breivogel y Sim-Selley, 2009; Iversen, 2001).

La *nabilona* es un potente análogo sintético del Δ^9 -THC. Es una sustancia sólida cristalina estable. Para su consumo se distribuye en forma de pastilla por vía oral, con un contenido de 1 mg de *nabilona*, en dosis de 1 a 2 mg al día. Se ha aplicado mayoritariamente al tratamiento de las náuseas y/o vómitos de pacientes en quimioterapia anticancerosa (Iversen, 2001; Lorenzo y Leza, 2000).

En niños, la *nabilona* parece mostrarse efectiva como fármaco antiemético y sus efectos secundarios son bien tolerados, pero se necesitan más estudios para poder confirmar su eficacia (Robson y Guy, 2004).

La mayoría de ensayos clínicos realizados, comparando los cannabinoides sintéticos con otros fármacos antieméticos, han demostrado que los efectos colaterales producidos por la *nabilona* y el *dronabinol* (somnolencia, sequedad de boca, ataxia,

alteraciones visuales y reacciones disfóricas) son más importantes que los ocasionados por los antieméticos (Lorenzo y Leza, 2000; Robson y Guy, 2004).

En los últimos años el *dronabinol* y en mayor medida, la *nabilona*, han pasado a un segundo plano como antieméticos, utilizándose como alternativa en pacientes que no responden bien a los fármacos antagonistas de la serotonina (10-20% de los enfermos de cáncer) (Grotenhermen, 2006; Iversen, 2001; Lorenzo y Leza, 2000).

El *levonantradol* (delta⁸-tetrahidrocannabinol), también se consideró en los años setenta como un potente cannabinoide sintético, efectivo en el tratamiento de vómitos y náuseas, pero con efectos secundarios importantes en el sistema nervioso central, tales como somnolencia y reacciones disfóricas (Iversen, 2001; Lorenzo y Leza, 2000).

Un programa piloto llevado a cabo en Cataluña, auspiciado por el Departamento de Salud, con una muestra de 123 pacientes con dolencias de diferente índole (espasticidad y dolor por esclerosis múltiple, dolor neuropático por cáncer u otros orígenes, y síndrome de anorexia-caquexia) que no habían mejorado sus síntomas con tratamientos previos demostró la eficacia del extracto de cannabis presentado en spray (*Sativex*®), mejorando los síntomas en un 65% de los casos. No obstante un 25% de los pacientes abandonó el tratamiento por los efectos indeseados del extracto de cannabis como sequedad de boca, somnolencia y mareos, y otro 10% por no notar mejoría (Generalitat de Catalunya, 2006).

Así los cannabinoides se han mostrado eficaces en el control de náuseas y vómitos producidos por el tratamiento del cáncer, pero surgen algunos interrogantes: no se ha demostrado claramente la eficacia relativa de los cannabinoides o la posible potenciación de los efectos al asociarlos con otros antieméticos; las reacciones adversas limitan su uso y no se ha establecido un régimen óptimo de administración (posología, frecuencia de administración e interacciones con otros fármacos); no existen resultados contrastados sobre qué cannabinoides son los más adecuados para cada tipo de paciente y para cada tipo de quimioterapia anticancerosa (Lorenzo y Leza, 2000; Robson y Guy, 2004).

Por otra parte, Velasco, Galve-Roperh, Sánchez, Blázquez y Guzmán (2004) proponen el uso de cannabinoides para el tratamiento de los **gliomas** (tumores malignos primarios del cerebro), basándose en ensayos clínicos realizados con animales que muestran una disminución y una inhibición del crecimiento del tumor tratados con

estas sustancias. No obstante esta posible vía de aplicación de los cannabinoides está aún en desarrollo (Robson y Guy, 2004).

En el **síndrome de caquexia** (acompañado de diarrea crónica, debilitamiento y fiebre) y en concreto en la enfermedad del SIDA, se ha utilizado el *dronabinol*, para estimular el apetito (Iversen, 2001; Lorenzo y Leza, 2000).

Un ensayo clínico con 72 pacientes con enfermedades relacionadas con el SIDA en fase avanzada, demostró que el *dronabinol* reducía de forma significativa las náuseas y vómitos, incrementaba el apetito, detenía la pérdida de peso y el deterioramiento mental, en comparación con un grupo placebo (Beal et al., 1995).

Por otra parte el uso crónico de cannabinoides en pacientes con SIDA o que reciben quimioterapia anticancerosa puede ocasionar efectos inmunosupresores, lo cual supone un efecto adverso importante, ya que son sujetos con el sistema inmune ya afectado (Baker, 2004; Lorenzo y Leza, 2000).

El uso de cannabis ha sido también aplicado a pacientes con enfermedades neurológicas como la esclerosis múltiple, lesiones de la médula espinal, Parkinson, etc., que presentan **espasticidad muscular** con dolor, calambres musculares y alteraciones neuromusculares tales como: debilidad muscular, temblor, distonía, movimientos anormales, ataxia o alteraciones neurovegetativas (pérdida del control de la vejiga urinaria o del intestino) (Iuvone, Esposito, De Filippis, Scuderi y Steardo, 2009; Lorenzo y Leza, 2000).

En ensayos clínicos con pacientes enfermos de esclerosis múltiple se ha demostrado que el cannabis por inhalación (fumado) o por vía oral (*dronabinol*) puede aliviar los síntomas, en los casos en que otros fármacos habían fracasado (Lorenzo y Leza, 2000). Concretamente puede mejorar síntomas característicos de la esclerosis múltiple como espasticidad, dolor, temblor y la regulación funcional de la vejiga (Baker, 2004; Baker, Pryce, Jackson, Bolton y Gavin, 2012).

En el cannabis, el agente antiespástico más importante es el THC, pero en su administración resulta difícil disociar la psicoactividad de los efectos terapéuticos (Baker, 2004).

Estudios como el de Zajicek et al. (2003), con una muestra de 630 pacientes enfermos de esclerosis múltiple y síntomas de espasticidad muscular a los que trataron con extracto de cannabis oral (n=211), Δ^9 - THC (n=206) y placebo (n=213), apuntan hacia

la utilidad del cannabis (tanto del extracto oral como del Δ^9 - THC) para la mejora de la movilidad y de la intensidad subjetiva del dolor en estos pacientes.

Rog, Nurmikko, Friede y Young (2005) también encontraron una reducción significativa de la intensidad del dolor y el insomnio, en una muestra de 66 pacientes con esclerosis múltiple tratados con Δ^9 - THC y cannabidiol (cannabinoide no psicoactivo), en comparación con un placebo.

En lesiones de la médula espinal los síntomas que presenta el paciente son parecidos a los de la esclerosis múltiple: dolores musculares espásticos, espasticidad muscular y alteraciones del control de la vejiga.

Existen datos que han demostrado una mejoría de los síntomas (espasticidad y dolor muscular, cefaleas, dolor del miembro fantasma) con tratamiento de cannabis o el cannabinoide *dronabinol* (Lorenzo y Leza, 2000).

En los trastornos del movimiento como el Parkinson se ha evidenciado en algunos estudios (20-50% de los casos) una mejoría de la distonía utilizando el cannabinoide no psicoactivo cannabidiol (Lorenzo y Leza, 2000).

En el Síndrome de la Tourette también se ha observado una mejoría de los tics, al fumar cannabis (Lorenzo y Leza, 2000).

En ensayos clínicos el cannabidiol (cannabinoide no psicoactivo) y el THC se han mostrado efectivos en el control del **dolor** (agudo, crónico y neuropático) si bien presentan reacciones adversas como somnolencia, obnubilación mental y euforia (Baker, 2004; Lorenzo y Leza, 2000).

En un estudio de Berlach, Yoram y Ware (2006) con una muestra de 20 pacientes adultos con dolor crónico no oncológico, se observó después de un año y medio de seguimiento que el tratamiento con *nabilona* se mostraba eficaz en la mejora subjetiva general de 15 de los pacientes, disminuyendo la intensidad del dolor en 9 de ellos.

En general, la respuesta analgésica de los cannabinoides es irregular, existiendo variaciones importantes según el tipo de dolor y la receptividad del paciente (Lorenzo y Leza, 2000; Robson y Guy, 2004).

En el tratamiento de la **epilepsia**, el cannabidiol se ha mostrado útil clínicamente, asociado a otros medicamentos antiepilépticos, para la potenciación del control de los síntomas del paciente (Lorenzo y Leza, 2000; Musty, 2004; Robson y Guy, 2004).

También en casos de **glaucoma**, provocado por el incremento de la presión intraocular, se ha ensayado el uso de cannabis. Se ha detectado que los cannabinoides pueden reducir la presión intraocular en sujetos normales pero no existe evidencia clara de su utilidad clínica en pacientes con glaucoma (Contreras, Gutiérrez-García, Saavedra, Bernal-Morales, Rodríguez-Landa y Hernández-Lozano, 2003; Lorenzo y Leza, 2000; Robson y Guy, 2004).

Se ha estudiado el *dronabinol* en pacientes con **asma**, mostrándose efectivo en la mejora de la función respiratoria, pero son necesarios más ensayos clínicos a largo plazo para esclarecer su eficacia (Lorenzo y Leza, 2000).

En el tratamiento de la **obesidad**, se han utilizado fármacos que actúan a través del sistema endocanabinoide, que se basa en el antagonismo/agonismo inverso del receptor CB1 utilizando el compuesto rimonabant (Acomplia®) (Breivogel y Sim-Selley, 2009; Kirkham, 2009). En un estudio realizado con 1.507 sujetos aleatorizados a placebo, a 5 mg y a 20 mg de rimonabant, el seguimiento a un año demostró, además de pérdida de peso en los grupos tratados con rimonabant, mejora en el perfil lipídico y reducción del perímetro de cintura, con mejores resultados en el grupo de 20 mg/día (López-Jaramillo et al., 2005).

Entre las **otras aplicaciones** de los cannabinoides se ha analizado el efecto del cannabis y de los cannabinoides para el control de la migraña, la ansiedad, la depresión y en el tratamiento del trastorno bipolar, pero no hay evidencia de que posean utilidad clínica igual o superior a los fármacos convencionales disponibles (Breivogel y Sim-Selley, 2009; Lorenzo y Leza, 2000; Musty, 2004; Robson y Guy, 2004).

En un estudio etnográfico de Bottorff, Johnson, Moffat y Mulvogue (2009) se observa que alrededor de una tercera parte de los adolescentes canadienses que fuman cannabis regularmente lo utilizan como una medicación en vez de como una droga de ocio. Se realizaron entrevistas a 63 adolescentes consumidores de cannabis y 20 de ellos afirmaron utilizar la droga para aliviar o controlar sus problemas de salud, por lo que *“la marihuana se percibe por algunos adolescentes como la única alternativa para aquellos que sufren problemas difíciles de salud cuando los tratamientos médicos*

estándar han fallado o cuando carecen de acceso a una atención sanitaria adecuada” (pág. 8). La mayoría de problemas que los investigadores registraron en estas entrevistas eran emocionales, como la depresión, la ansiedad y el estrés; las dificultades para dormir; los problemas de concentración; y el dolor físico. Las experiencias de los adolescentes con el sistema médico eran, por lo general, negativas. Así, los investigadores hallaron que los jóvenes a los que se les habían recetado Ritalin®, Prozac® o píldoras para dormir no cumplían con el tratamiento debido a la falta de eficacia del mismo o a sus efectos secundarios. De ahí que fumaran marihuana, pero no con el propósito de “colocarse” sino con la finalidad de obtener un alivio inmediato de las dolencias que padecían.

3. La adquisición del consumo de sustancias psicoactivas: El Modelo Transteórico de Cambio y el Modelo Sociocomportamental

El proceso de convertirse en consumidor de sustancias en la juventud ha sido conceptualizado por muchos investigadores como la progresión en una secuencia de estadios de desarrollo (Mayhew, Flay y Mott, 2000; United States Department of Health and Human Services [USDHHS], 1994). Se trata de las teorías que Becoña (1999, 2007) denomina evolutivas y en este capítulo se presenta concretamente la adaptación del Modelo Transteórico de Cambio de Prochaska et al. (1992) al inicio del consumo de sustancias (Pallonen et al., 1998).

Asimismo el porqué del inicio y mantenimiento de las conductas adictivas se ha intentado explicar a partir de factores psicológicos y sociales como la imitación y el refuerzo social y en las denominadas según Becoña (1999, 2007) teorías integrativas. En el presente capítulo se expone concretamente el Modelo Sociocomportamental de Bandura y Walters (1979) y Bandura (1987) el cual da especial relevancia al aprendizaje por imitación de modelos sociales (familiares, amigos, etc.) en jóvenes y adolescentes.

3.1- Adaptación del Modelo Transteórico de cambio

En este apartado se exponen en primer lugar las principales características del modelo transteórico original para seguidamente detallar su aplicación a la iniciación al consumo de drogas.

El Modelo Transteórico de Cambio (MTC) fue propuesto por Prochaska y DiClemente (1983) para orientar el contenido y la temporización de las intervenciones diseñadas con el objetivo de promover y facilitar conductas saludables. Su objetivo era explicar el **abandono** del hábito tabáquico, considerándolo un proceso que sigue unas etapas determinadas, y no una simple dicotomía entre ser o no fumador. La definición de estas etapas ha variado a lo largo del planteamiento del modelo (Font-Mayolas, 2002). En el presente capítulo se expone la versión de más amplia aplicación (Prochaska et al., 1992):

- **Precontemplación:** El sujeto no tiene una intención firme de abandono del hábito de fumar tabaco en los próximos 6 meses. En esta fase *no* existe una *motivación* para el cambio, sea por una falta de información en cuanto a las consecuencias negativas del consumo o bien por la atribución externa de sus propias responsabilidades.
- **Contemplación:** El sujeto presenta una firme intención de abandono del consumo de tabaco en los próximos 6 meses. Se percibe la conducta como un problema y se empieza a considerar el cambio. La *cronificación* es el riesgo que presenta esta etapa, debido a que el sujeto siente una ambivalencia entre los pros y contras que relaciona con la conducta adictiva.
- **Preparación:** El individuo ya tiene una *intención firme* de abandono del hábito de fumar, que quiere llevar a cabo en los siguientes 30 días. Asimismo ha intentado dejar de fumar tabaco en un intervalo mínimo de 24 horas, durante el último año de consumo.
- **Acción:** La persona ha *modificado su conducta* y hace entre 1 y 6 meses que no fuma tabaco.
- **Mantenimiento:** El sujeto hace más de 6 meses que no fuma tabaco.

Los fumadores de tabaco pueden progresar entre las etapas de forma lineal o cíclica, a menudo haciendo intentos de abandono, retrocediendo en las etapas antes de situarse en la etapa de Mantenimiento.

Otro elemento clave en el modelo transteórico son los procesos de cambio comunes entre las personas que abandonan el consumo de tabaco (Prochaska et al., 1992). En ellos el individuo realiza actividades que pueden modificar la conducta, la intencionalidad, los pensamientos y emociones, y las relaciones interpersonales en torno al abandono del consumo. Se agrupan en dos tipos de procesos: los procesos experienciales (entendidos como actividades cognitivas o afectivas) y los procesos conductuales (dícese del aprendizaje que se obtiene a partir de las contingencias de la conducta):

Procesos experienciales:

- *Concienciación:* Se incrementa la información sobre uno mismo y en relación al problema.
- *Alivio por dramatización:* Experimentar y expresar sentimientos sobre los problemas y soluciones.

- *Reevaluación del entorno*: Evaluación del efecto de los propios problemas sobre el entorno.
- *Liberación social*: Se amplía el abanico de alternativas conductuales no problemáticas para la sociedad.
- *Autoreevaluación*: Evaluación de los sentimientos y pensamientos sobre uno mismo en torno al problema.

Procesos comportamentales:

- *Control de estímulos*: Evitación o limitación de las situaciones estímulo que propician la conducta problema.
- *Contracondicionamiento*: Substitución de la conducta problema por otras no dañinas.
- *Relaciones de ayuda*: Personas de apoyo o confidentes de los problemas.
- *Manejo de contingencias*: Recompensa o auto recompensa por los cambios logrados.
- *Autoliberación*: Decisión y compromiso en la actuación y/o capacidad para el cambio.

El modelo transteórico de cambio ha tenido un importante impacto en la comprensión de la etiología y tratamiento de problemas de adicción (Miller, Walters y Bennett, 2001) y un gran efecto en el diseño e implantación de intervenciones en promoción de la salud y en prevención del consumo de sustancias (DiClemente, Schlundt y Gemmell, 2004).

Principalmente se ha estudiado su uso y validación en intervenciones orientadas al abandono del consumo de tabaco (Guo, Aveyard, Fielding y Sutton, 2009; Schumann, Kohlmann, Rumpf, Hapke, John y Meuer, 2005; Stein-Seroussi, Stockton, Brodish y Meyer, 2009; Tang, Chen y Chen, 2009). El modelo transteórico de cambio ha sido también aplicado al estudio de muestras de fumadores españoles (Font-Mayolas, Planes, Gras y Sullman, 2007; Suñer-Soler et al., 2012). Asimismo el MTC se ha aplicado en las intenciones dirigidas al abandono del consumo de alcohol (Callaghan, Taylor y Cunningham, 2007; Flórez-Alarcón, 2001; Heather, Hönekopp y Smailes, 2009).

Por lo que se refiere al consumo de cannabis, motivo de estudio de esta tesis, McWhirter (2008) integró aspectos del MTC en un programa de tratamiento dirigido a

adolescentes norteamericanos con problemas de consumo de alcohol y marihuana. El resultado fue una mayor participación con un aumento en el éxito del tratamiento. Asimismo en un estudio con una muestra de jóvenes norteamericanos portadores del virus VIH y consumidores de alcohol y marihuana, más de un tercio de los participantes se encontraban en etapas tempranas del cambio (Precontemplación y Contemplación). Para ambas sustancias la percepción de autoeficacia terció la relación entre la etapa de cambio y el comportamiento de riesgo (Naar-King, Wright, Parsons, Frey, Templin y Ondersma, 2006b). Callaghan, Taylor, Moore, Jungerman, Vilela y Budney (2008) también investigaron la relación entre la etapa de cambio en la que se encuentra el consumidor de marihuana y el éxito de tratamientos para reducir su consumo, en un análisis de tres estudios realizados con muestras de jóvenes brasileños y norteamericanos. Hallaron que los sujetos que permanecen en las etapas de Precontemplación o Contemplación durante el período de tratamiento mejoran significativamente.

Además el modelo transteórico se ha aplicado a aproximadamente otras 50 conductas (Hall y Rossi, 2008) entre las cuales, destacan la ingesta alimentaria, el ejercicio físico, el comportamiento sexual y los procesos de cambio en las víctimas de violencia de género, tal y como se detalla a continuación.

En pacientes obesos se ha utilizado el MTC para evaluar el progreso en las etapas para la reducción de la ingesta (Andrés, Saldaña y Gómez-Benito, 2009; Wright, Velicer y Prochaska, 2009) y para intervenir de la forma más apropiada y efectiva en función de la etapa en la que se encuentra el sujeto (Gainey, 2007), así como se han aplicado los constructos del MTC para promover hábitos alimentarios saludables (Toral y Slater, 2007). Se ha analizado también la relación entre las etapas de cambio y las características clínicas y procesos de tratamiento en trastornos alimentarios como la anorexia y la bulimia (Hasler, Delsignore, Milos, Buddeberg y Schnyder, 2004).

El MTC igualmente se ha utilizado como modelo teórico en el estudio del efecto de la predisposición para hacer ejercicio físico, sobre la forma de recibir las recomendaciones de llevarlo a cabo y su inicio (Callaghan, Khalil y Morres, 2010; Rosen, 2000; Spencer, Adams, Malone, Roy y Yost, 2006).

El uso del preservativo por parte de los adolescentes, su predicción de uso según las etapas de cambio y los pros y contras relacionados con su utilización (Grossman, Hadley, Brown, Houck, Peters y Tolou-Shams, 2008; Naar-King, Wright, Parsons, Frey, Templin y Ondersma, 2006a), y la descripción de los procesos de cambio en las

víctimas de violencia de género (Burkitt y Larkin, 2008) también han sido estudiados desde los constructos del MTC.

Las etapas del MTC han sido adaptadas para explicar la **adquisición** del consumo de tabaco en adolescentes (Elder et al. 1990; Werch y DiClemente, 1994; Werch, Meers y Farrell, 1993). Concretamente, el objetivo ha sido expandir el uso de los conceptos del MTC a todas las fases del consumo de tabaco adolescente (adquisición y cese) y profundizar en el conocimiento de las características de estas etapas y sus diferencias en función de variables demográficas y de consumo. Stern, Prochaska, Velicer y Elder (1987) propusieron inicialmente un modelo para explicar el inicio del consumo de tabaco entre los adolescentes norteamericanos formado por cuatro etapas llamadas:

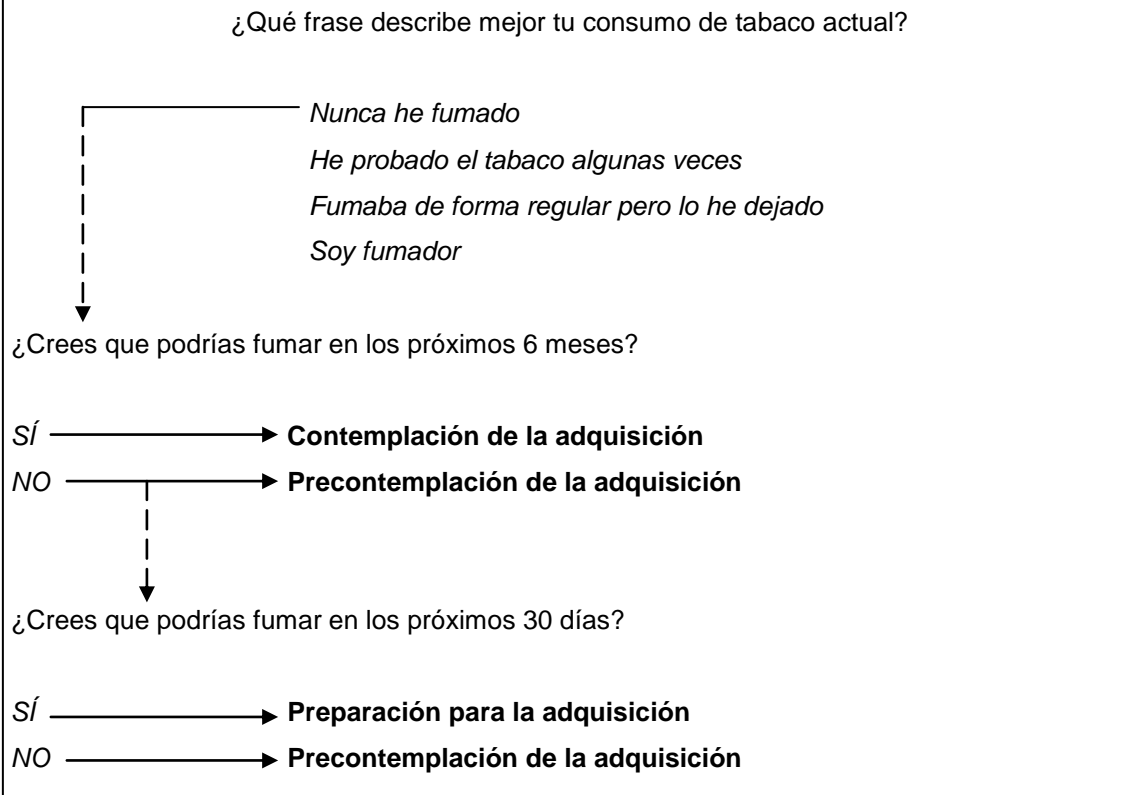
- Precontemplación: adolescentes que no han empezado a fumar tabaco y que no tienen deseo de fumar en el futuro.
- Contemplación: adolescentes que están pensando en empezar a fumar tabaco.
- Acción: adolescentes que han empezado a experimentar con los cigarrillos y que están decidiendo si fumar tabaco va con ellos o no.
- Mantenimiento: adolescentes que están fumando de forma regular y comprometidos a fumar tabaco ahora y en el futuro.

Más tarde y partiendo de dicho estudio, Pallonen et al. (1998) con una muestra de 853 adolescentes norteamericanos (edad media= 16,6; D.T.= 1) analizaron variables como las etapas de adquisición y cese, el estatus de consumo del tabaco, el número de cigarrillos consumidos, el consumo de tabaco por parte de familiares y amigos cercanos, los intentos de cese de consumo, la tentación de consumo, y el balance decisional para fumar. Propusieron nueve etapas, siendo las tres primeras las que corresponden al proceso de adquisición del hábito:

- *Precontemplación de la adquisición*: No pensar en probar el tabaco en los próximos 6 meses.
- *Contemplación de la adquisición*: Pensar en probar el tabaco en los próximos 6 meses.
- *Preparación para la adquisición*: Pensar en probar el tabaco en los próximos 30 días.

El siguiente esquema define con mayor detalle el sistema de clasificación:

Esquema ilustrativo para conocer la etapa de *adquisición* en qué se encuentra el adolescente (Pallonen et al., 1998):



Pallonen et al. (1998) obtuvieron los siguientes resultados y conclusiones principales en relación a las etapas de cambio y adquisición del consumo de tabaco:

Etapas de adquisición:

La mayoría de adolescentes de la muestra (65,8%) se encontraron en una de las tres etapas de adquisición del consumo de tabaco: entre ellos el 93,2% se situaron en la etapa de Precontemplación, el 3,1% en la Contemplación y el 3,7% en la Preparación.

Estatus de consumo y sexo:

Entre los chicos fue menos frecuente la prevalencia de consumo de tabaco y los chicos no fumadores fueron menos propensos a probar el tabaco que las chicas.

Magnitud de consumo:

Los fumadores actuales de etapas diferentes fumaron un número de cigarrillos similar (media= 11,1; D.T.= 9,7), excepto en el caso de los fumadores recientes (Acción reciente) los cuales fumaron una cantidad inferior (media= 5,8; D.T.= 6,7).

Exposición al tabaco en el entorno (familiares cercanos, iguales y amigos):

Los adolescentes no fumadores, especialmente aquellos que se situaron en la etapa de Precontemplación de la adquisición, informaron de una menor exposición al tabaco en su entorno (padres, hermanos, iguales y mejores amigos no fumadores). La

exposición a un entorno de consumo de tabaco se incrementó a medida que el adolescente tenía intención de probar el tabaco. El porcentaje de amigos o mejores amigos fumadores aumentó según el adolescente avanzaba en las etapas de adquisición.

Intentos de cese de consumo:

Los adolescentes fumadores realizaron como media 2,1 (D.T.= 2) intentos para dejar de fumar. Se observó que a mayor número de intentos realizados mayor proximidad al abandono del consumo.

Pallonen et al. (1998) propusieron un listado de **Situaciones de Tentación** hacia el consumo de tabaco, basándose en el concepto de autoeficacia de Bandura (1987) que se expone más adelante. Este listado engloba tres situaciones sociales positivas (*me apetece fumar cuando estoy relajado y charlando, cuando estoy pasando un buen rato, y cuando estoy con un miembro de la familia que está fumando*), cuatro situaciones afectivas negativas (*cuando estoy muy nervioso y estresado, cuando las cosas no suceden como me gustaría y me siento frustrado, cuando necesito algo para pasar un día difícil, y cuando discuto con mi familia*), tres situaciones relacionadas con los iguales (*cuando quiero formar parte del grupo, con amigos en una fiesta, y cuando me avergüenza no ser un fumador*) y dos situaciones sobre la curiosidad de consumir (*cuando quiero saber a qué sabe y cuando quiero saber qué se siente*).

Los autores obtuvieron los siguientes resultados en relación a las **Situaciones de tentación del consumo** hacia el consumo de tabaco:

Los adolescentes en etapa de Contemplación de la adquisición estaban más tentados al consumo por situaciones de influencia de los iguales o por la curiosidad que los que se encontraban en Precontemplación de la adquisición. Asimismo los adolescentes Preparados para la adquisición estaban más tentados a consumir por la curiosidad que los Contempladores de la adquisición. Las situaciones afectivas negativas y la influencia social de percibir el consumo de tabaco como positivo tuvieron más repercusión en los adolescentes que se encontraban en la fase de Preparación que en la de Precontemplación de la adquisición. Se observó una tentación de fumar similar entre los fumadores para las situaciones afectivas negativas y las situaciones de ofrecimiento por parte de los iguales. En la etapa de Acción del abandono estas dos situaciones de tentación de consumo tuvieron menos efecto en el adolescente y aun menor peso en la etapa de Mantenimiento.

Asimismo Pallonen et al. (1998) incorporaron el concepto de **Balance Decisional**, entendido como la evaluación de pros y contras en relación a la conducta de fumar. Este concepto fue desarrollado en un inicio por Janis y Mann (1977) en un trabajo sobre la toma de decisiones y aplicado por Velicer, DiClemente, Prochaska y Brandenburg (1985) a la conducta de fumar para intentar predecir el abandono del tabaquismo. Pallonen et al. (1998) evaluaron seis ítems relacionados con los pros o ventajas de fumar tabaco (*fumar hace que las personas sean más respetadas por los demás, los chicos y chicas que fuman tiene más amigos, fumar ayuda a afrontar mejor la frustración, fumar cigarrillos es placentero, fumar cigarrillos reduce la tensión, y los chicos y chicas que fuman tienen más citas*), y seis ítems relacionados con los contras o desventajas de fumar (*fumar huele mal, fumar puede afectar la salud de los demás, fumar es peligroso para la salud, fumar molesta a las demás personas, fumar es un hábito sucio y fumar amarillea los dientes*).

A raíz de los resultados, los pros fueron clasificados en dos subtipos: pros sociales: *fumar hace que las personas sean más respetadas por los demás, los chicos y chicas que fuman tiene más amigos, y los chicos y chicas que fuman tienen más citas*; y los pros de afrontamiento: *fumar ayuda a afrontar mejor la frustración, fumar cigarrillos es placentero, y fumar cigarrillos reduce la tensión*.

Se observó que la mayor presencia de pros sociales y de afrontamiento hacia dicha conducta junto a una menor valoración de los contras incrementa la probabilidad de que el adolescente no fumador avance en las etapas de adquisición.

En resumen cabe destacar que los familiares cercanos, los iguales y los mejores amigos fumadores ejercen una influencia importante en los adolescentes para el inicio y el mantenimiento del consumo del tabaco. En cambio son de menor relevancia las variables demográficas y las características de consumo (como la historia y número de cigarrillos). En cuanto a las tentaciones de consumo, los adolescentes están más tentados a fumar tabaco por situaciones sociales positivas y el ofrecimiento de cigarrillos por parte de los iguales.

En la misma línea Plummer et al. (2001) relacionaron el Balance Decisional (pros y contras de fumar tabaco) y las Situaciones de Tentación hacia el consumo de tabaco con las etapas de cambio en un estudio con 2.808 adolescentes norteamericanos (edad media= 15,2, D.T.= 0,6). En cuanto al **Balance Decisional** los autores también distinguieron entre los *Pros Sociales*, que corresponden a la influencia y presiones sociales (como por ejemplo: “los chicos y chicas que fuman ligan más”) y los *Pros de*

Afrontamiento (“Fumar ayuda a superar la frustración”). Por lo que se refiere a las **Situaciones de Tentación** que pueden llevar a fumar tabaco, se distinguió entre las que podrían afectar a los fumadores y a los no fumadores. Para aquellos que fuman propusieron 4 tipos de situaciones: *Situaciones Sociales Positivas*, por ejemplo estar hablando relajadamente, *Situaciones Afectivas Negativas*, como sería estar ansioso o estresado, las que responden a la *Fuerza del Hábito de consumo*, por ejemplo llevar un rato sin fumar y las relacionadas con el *Control del Peso corporal*, como sería fumar cuando existe la intención de adelgazar. Las situaciones que tentarían a los no fumadores se agruparon en 6 categorías: las *Situaciones Sociales Positivas*, las *Situaciones Afectivas Negativas*, el *Control del Peso corporal*, y se añadieron las *Situaciones entre Iguales*, por ejemplo estar con amigos en una fiesta, y la *Curiosidad*, querer saber a qué sabe o qué se siente fumando.

Los autores hallaron relación entre la etapa de cambio, el Balance Decisional y las Situaciones de Tentación del consumo. En las etapas de cese la importancia relativa a las Situaciones de Tentación disminuyó a medida que el joven avanzaba en el abandono, por contra aumentó su consideración a medida que el joven progresaba en la etapas de adquisición del consumo de tabaco. Los jóvenes fumadores en la etapa de Precontemplación valoraron más los pros y menos los contras que los que se encontraban en Acción o Mantenimiento. Estudios anteriores y posteriores también han apuntado esta relación: los pros relacionados con la conducta de fumar disminuyen mientras que los contras aumentan a medida que los fumadores avanzan en las etapas de cambio (Font-Mayolas et al., 2007; Hazen, Mannino y Clayton, 2008; Loumakou, Brouskeli y Sarafidou, 2006; Prochaska et al. 1994; Velicer et al., 1985; Yalcinkaya-Alkar y Karanci, 2007). La situación inversa se da entre los jóvenes no fumadores en etapas de adquisición, los Precontempladores valoran más los contras y menos los pros relacionados con fumar que los Preparados (Font-Mayolas et al., 2008).

Kaplan, Nápoles-Springer, Stewart y Pérez-Stable (2001) estudiaron la adquisición de la conducta de fumar en una muestra de 1.411 jóvenes norteamericanos de entre 14 y 24 años. Observaron que, entre otros factores, la intención de consumo futuro correlacionaba con la experimentación, y la transición entre la experimentación ocasional y el uso regular del tabaco también estaba asociada a la intención de consumo futuro, siendo el predictor más fuerte de entre los analizados tanto en experimentación como en consumo regular.

Huang, Hollis, Polen, Lapidus y Austin (2005) con una muestra de 1.955 adolescentes norteamericanos de entre 14 y 17 años, basándose en las etapas de adquisición del consumo de tabaco, encontraron que los adolescentes Contempladores de la adquisición son de 3 a 5 veces más propensos a ser fumadores (en un plazo de dos años) que los que se encuentran en la etapa de Precontemplación de la adquisición, y comparados con estos últimos los Preparados para la adquisición son de 5 a 8 veces más propensos a ser fumadores.

Velicer, Redding, Anatchkova, Fava y Prochaska (2007) con una muestra de 1.542 adolescentes norteamericanos no fumadores de tabaco (edad media= 14,6; D.T.= 0,5), profundizaron en el análisis de la etapa de Precontemplación de la adquisición del consumo de sustancias y estudiaron variables como el Balance Decisional, las Situaciones de Tentación de consumo, el Apoyo familiar para no fumar y la Influencia de los amigos. Entre los chicos y chicas autclasificados en la etapa de Precontemplación de la adquisición identificaron cuatro subtipos de adolescentes en función del riesgo para el consumo de tabaco:

- *Alto riesgo* (5,7%): adolescentes que informan de muchos pros, elevadas tentaciones para el consumo de tabaco y pocos contras de fumar. Presentan menor apoyo familiar para no fumar, y el mayor porcentaje de amigos y mejores amigos fumadores.
- *Protegidos* (59,7%): indican muy pocos pros y muy pocas tentaciones de consumo de tabaco, así como muchos contras (poco interés en fumar). Tienen mayor apoyo familiar para el no consumo, y el menor número de amigos y mejores amigos fumadores.
- *Ambivalentes* (24,4%): informan de contras y tentaciones de consumo de nivel similar, pero de pros más elevados. Se encuentran entre el grupo de *Protegidos* y el de *Alto riesgo*, en cuanto a las puntuaciones en apoyo familiar para el no consumo y número de amigos/mejores amigos fumadores.
- *Negación del riesgo* (10,1%): presentan similares pros y tentaciones para el consumo que los *Protegidos*, pero pocos contras. Tienen la menor puntuación en apoyo familiar para no fumar, no obstante indican igual número reducido de amigos y mejores amigos fumadores que los *Protegidos*.

Los autores observaron que a los 12 meses los participantes que permanecieron en la etapa de Precontemplación, de mayor a menor medida, fueron el grupo de adolescentes *Protegidos*, en término medio los *Ambivalentes* y de *Negación del*

Riesgo, y los que menos se mantuvieron fueron aquellos clasificados como de *Alto Riesgo*.

A los 24 y 36 meses el grupo de *Negación del Riesgo* junto al de *Alto Riesgo* fueron los que menos se mantuvieron en la etapa de Precontemplación, mientras que los demás seguían en el mismo estatus que a los 12 meses.

Kremers, Mudde y de Vries (2001) con una muestra de 21.535 jóvenes europeos no fumadores de tabaco (edad media= 13,3 años, D.T.= 0,7) evaluaron las actitudes hacia el tabaco, las influencias sociales percibidas y la autoeficacia para permanecer siendo un no fumador. Dentro de la etapa de Precontemplación hallaron tres subgrupos en función de las variables cognitivas estudiadas y que mostraron de mayor a menor riesgo de inicio de consumo:

- 1) Con intención de empezar a fumar en los próximos cinco años (*progressives*).
- 2) Sin intención de fumar en los próximos cinco años pero sin una decisión firme de no empezar a fumar nunca (*immotives*).
- 3) Seguridad de no empezar nunca a fumar (*commiters*).

En un trabajo de Cebrián (2007) con una muestra formada por 1.624 estudiantes de edades comprendidas entre los 12 y 18 años (edad media= 14,16 años; D.T.= 1,29) y aplicando el modelo propuesto por Pallonen et al. (1998) al consumo de cannabis, se observó que la mayoría de adolescentes, sin diferenciación de género, se hallaba en la etapa de Precontemplación de la adquisición. Asimismo se analizó la variable *haber probado o no el cannabis* (experimentación con la sustancia) como factor relevante en el progreso hacia la adquisición del consumo de cannabis. Se halló que la experimentación previa con la sustancia adquiere una elevada importancia en la intención de consumo futuro: haber probado el cannabis en una ocasión se asocia a tener la intención de volver a consumirlo en un futuro.

En un estudio de Font-Mayolas, Gras, Planes y Sullman (2008) con una muestra de 1.510 estudiantes de ESO, se aplicó la adaptación del modelo transteórico de la adquisición del consumo de tabaco. La mayor parte de los participantes se encontraron en la etapa de Precontemplación. Asimismo se observó que los estudiantes que habían experimentado con el consumo de tabaco en comparación con los que no habían experimentado informaban en mayor medida de intención futura de consumo.

McGee et al. (2012) con una muestra de 3.527 adolescentes norteamericanos (edad media= 11,4; D.T.= 0,68), hallan un buen ajuste y validez psicométrica de las situaciones que tientan al consumo de tabaco.

En la presente investigación se aplica la adaptación del modelo transteórico a la **adquisición del consumo de cannabis** en una muestra de jóvenes españoles.

3.2- Modelo Sociocomportamental

Bandura y Walters (1979) son los autores de la **Teoría del Aprendizaje Social** basada en el enfoque del aprendizaje operante o análisis del comportamiento en función de sus consecuencias. En esta teoría se enfatiza el papel de variables sociales como la imitación y el refuerzo social en la adquisición de nuevas conductas.

Dichos autores introducen el concepto de *modelado* para referirse a los comportamientos que se aprenden al atender las conductas que los demás realizan y las consecuencias derivadas. A través del modelado de la conducta es posible adquirir valores y actitudes, e incluso patrones de pensamiento y de comportamiento, observados en terceros.

La imitación se define como el proceso por el cual un organismo copia los actos de otro, en un período de tiempo corto. En la adquisición de una habilidad, el modelado, más que una respuesta de imitación constituye una regla de aprendizaje. Bandura (1987) diferencia el *modelado* de la *imitación* en que esta última no explica el aprendizaje cuando el observador no realiza la conducta a imitar en la misma situación donde es modelado, cuando ni el modelo ni el observador son reforzados, cuando se adquieren estructuras de respuesta nuevas, y cuando las respuestas adquiridas se realizan por primera vez días más tarde.

En jóvenes y adolescentes el aprendizaje a través del modelado de referentes sociales tiene una relevancia destacada y los modelos más habituales suelen ser las personas próximas. Así, éstos pueden ser los propios padres, hermanos, familiares cercanos, amigos, maestros, incluso cantantes, deportistas y otros personajes “famosos” que sean para ellos un referente, ya que si el observador se identifica con alguna característica del modelo se incrementa la tendencia a reproducir sus conductas (Bandura y Walters, 1979).

No obstante la reproducción de una conducta por parte del imitador del modelo viene determinada por las consecuencias observadas en este último. Los efectos de la conducta pueden ser directamente observados o no, pero la conducta del observador se verá influenciada por la del modelo si conoce que éste ha sido gratificado o castigado (Bandura y Walters, 1979). Es decir, un joven puede no haber consumido nunca sustancias pero haber realizado un aprendizaje a partir de las posibles consecuencias positivas y/o negativas que han obtenido los consumidores de su entorno y dicho aprendizaje puede determinar el consiguiente consumo de drogas.

En 1987, Bandura propone la **Teoría de la Cognición Social** e introduce los conceptos *expectativas de resultados* y *expectativas de autoeficacia*. Las *expectativas de resultados* aluden a la convicción de que una acción concreta producirá unas consecuencias determinadas. Este autor diferencia entre expectativas de resultado situacionales (las consecuencias son generadas por los acontecimientos ambientales) y expectativas de resultado de la acción (las consecuencias provienen de la actuación personal). Por ejemplo los jóvenes no consumidores de cannabis observan en sus modelos a imitar consecuencias positivas o recompensas (por la situación o por la acción del modelo) derivadas del no consumo de esta sustancia, creándose la expectativa de que no consumir cannabis conlleva un resultado gratificante.

Las *expectativas de autoeficacia* se definen como la creencia del sujeto sobre sus propias capacidades para la realización de una acción determinada, necesaria para lograr un resultado o cambio destacado. Por ejemplo, entre los jóvenes no consumidores de cannabis, observar modelos que son capaces de no consumir esta sustancia y que por ello obtienen un resultado positivo para su salud, puede proporcionar la creencia de ser capaz de mantenerse también como no consumidor. Según Bandura (1987) la probabilidad de modificar una conducta o un hábito perjudicial depende de tres sistemas de creencias:

- De la expectativa de encontrarse en una *situación de riesgo*. Por ejemplo en los jóvenes consumidores de cannabis el cambio hacia el abandono o reducción del uso dependerá de sus expectativas sobre estar provocando efectos negativos en su salud como consecuencia del consumo de esta sustancia.
- De la expectativa de que el cambio de comportamiento *reducirá la amenaza*. Así en los jóvenes consumidores de cannabis el abandono del uso de esta sustancia estará determinado por la creencia de que no utilizarla hará que su salud mejore o no se vea tan afectada.

- De la expectativa de *sentirse capacitado para modificarla* y adoptar un *comportamiento positivo*. Los jóvenes consumidores de cannabis dejarán de fumar “porros” o reducirán su consumo si creen que pueden llegar a no consumir esta sustancia.

Según la Teoría de la Cognición Social, el aprendizaje humano se lleva a cabo a partir de la influencia recíproca de tres elementos: la conducta, los factores personales y cognitivos y los acontecimientos del entorno, tal y como se observa en el siguiente esquema (Bandura, 1987):

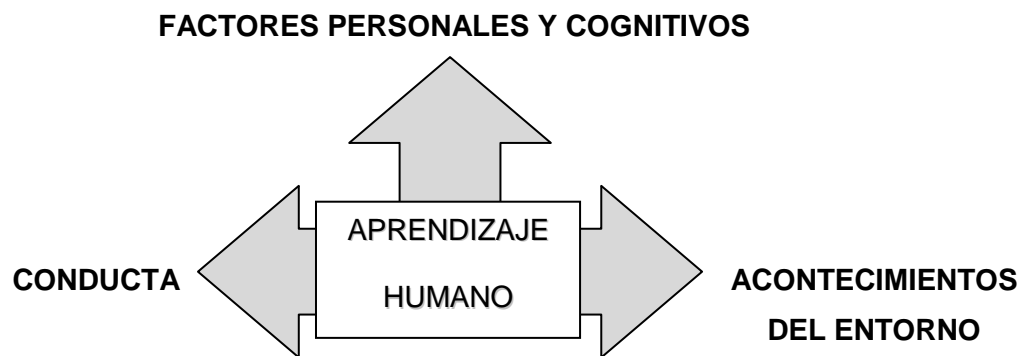


Figura 3.2.1: Relaciones entre los tres tipos de determinantes en el **modelo de reciprocidad triádica** (Bandura, 1987).

El aprendizaje se concibe como producto de una actividad de procesamiento de la información en la que los datos sobre la propia conducta y los acontecimientos del entorno social del individuo se vuelven representaciones simbólicas que actúan potenciando la acción (Bandura, 1987).

El aprendizaje puede producirse en acto o con un refuerzo directo (la persona es capaz de aprender de las consecuencias de las propias acciones) por condicionamiento clásico y operante, o bien por observación con un refuerzo vicario o indirecto, es decir observando las consecuencias que recibe el modelo que ejecuta la conducta. Además, el efecto de la experiencia vicaria es posible incluso cuando la recompensa o el castigo no ocurren delante del observador (Bandura, 1987).

La influencia del modelo sobre el observador puede actuar como instructora de actos, inhibidora o desinhibidora, facilitadora, como incremento de los estímulos y activadora de emociones. Así las principales funciones del *modelado* son (Bandura, 1987):

- **Efecto del aprendizaje por observación:**

A través de la observación de la actuación de los demás, el observador puede adquirir habilidades cognitivas y nuevos patrones de conducta. El aprendizaje

puede consistir en patrones de comportamiento nuevos, criterios de evaluación, competencias cognitivas y reglas generativas de nuevas conductas. Por ejemplo un joven no consumidor de cannabis puede iniciarse al consumo en función de las consecuencias positivas que observa en los consumidores del entorno.

- **Efecto inhibitor y desinhibidor:**

El modelado es capaz de disminuir o fortalecer las inhibiciones sobre la conducta previamente aprendida. Se produce el efecto inhibitor cuando el observador disminuye la conducta por advertir consecuencias negativas en el modelo. Por ejemplo un joven consumidor regular de cannabis con un amigo próximo también consumidor que vive un brote psicótico vinculado a este consumo, puede como consecuencia reducir el número de “porros” o abandonar el hábito. El efecto desinhibidor ocurre cuando el observador incrementa la conducta inicialmente inhibida como consecuencia de ver a otras personas realizar actividades amenazantes o prohibidas sin que les comporte efectos adversos. En el caso del consumo de cannabis se observaría este efecto si los jóvenes empezaran a consumir cannabis o a incrementar su consumo, debido a la observación de amigos o familiares que consumen cannabis y al desconocimiento por parte del observador de que les haya producido algún efecto negativo en su vida.

La dirección y la fuerza del impacto producido por esta información observada sobre las restricciones personales depende de:

1. La opinión del observador sobre su capacidad para realizar la conducta del modelo.
2. Su percepción sobre las acciones modeladas en cuanto a generadoras de consecuencias positivas o negativas.
3. Las inferencias que haga el observador sobre la probabilidad de que se produzcan consecuencias similares o distintas si él mismo realiza idéntica conducta que el modelo.

- **Efecto de facilitación de la respuesta:**

La observación de las conductas de los demás también puede servir como un inductor social de conductas previamente adquiridas pero no practicadas por falta de incitadores suficientes. Por ejemplo, si en un grupo de jóvenes, un miembro empieza a fumarse un “porro”, probablemente, como efecto de facilitación, los otros jóvenes que no estaban consumiendo y quizá no pensaban hacerlo, se prepararán otro o accederán a fumar si les ofrecen.

Otras funciones que pueden darse como consecuencia del *modelado* son (Bandura, 1987):

- **Efecto de incremento de la estimulación ambiental:**

El modelo dirige la atención del observador hacia objetos o entornos preferidos por éstos, pudiendo aumentar la utilización por parte del observador del objeto, aunque no necesariamente de igual forma o con la misma utilidad. En el caso del consumo de cannabis si un joven observa que el modelo consume esta sustancia en parques, plazas, etc., y en grupos de amigos, puede hacer que se incremente su consumo en esta situación y lugares determinados.

- **Efecto de activación emocional:**

Ver cómo los modelos expresan respuestas emocionales suele provocar la activación emocional del observador, que puede modificar la intensidad y forma de la conducta que se realiza. Por ejemplo, observar cómo un consumidor se relaja mediante el consumo de un “porro” puede propiciar la conducta, con más frecuencia, en situaciones de estrés.

En el aprendizaje por observación intervienen diferentes procesos (Bandura, 1987):

1. Atención:

Atender y percibir con precisión los aspectos más relevantes de las actuaciones realizadas por el modelo es un requisito para el aprendizaje por observación. En el nivel de atención del observador pueden influir:

- Las propiedades de la actividad: la saliencia, la discriminabilidad y la complejidad de la conducta, determinarán la rapidez del aprendizaje.
- Características del observador: competencias cognitivas y preferencias perceptivas para focalizar la atención en unos u otros detalles.
- Valor funcional de la conducta: las que comporten un éxito para recibir ganancias tendrán mayor atención.
- Poder de atracción del modelo: determinado principalmente por la posición social, competencia o poder. Los modelos similares en sexo y edad también serán más efectivos, de manera que el observador tenderá a imitar modelos con características similares a las propias. Es decir, un joven no consumidor de cannabis con amigos próximos consumidores podría tender a imitar esta conducta. Asimismo el poder de atracción del modelo también está influido por los vínculos emocionales, así si existe una relación de afecto o satisfacción se dará con mayor probabilidad el aprendizaje. En nuestro caso, además de los amigos, aquí también deberemos tener en

consideración a los familiares cercanos y a la pareja del joven, como posibles potentes modelos de los jóvenes. Por ejemplo, tener hermanos consumidores de cannabis podría ser un factor de riesgo de consumo en el joven.

2. Retención:

La práctica de la imitación favorece la retención de la conducta, para ello será de utilidad retener las estrategias y actividades que utiliza el modelo. Por ejemplo en el caso de los jóvenes no consumidores de cannabis, a fin de mantener la conducta de no consumo, podría ser útil practicar los comportamientos observados en otros no consumidores cuando se les ofrece cannabis.

3. Producción de una conducta:

La conducta, antes de ser ejecutada, se organiza mediante mecanismos integradores centrales (*Locus integrador de la respuesta*). El observador, para la reproducción de un comportamiento, se imagina la combinación de los actos que componen la conducta del modelo y su secuencia temporal, e introduce determinadas adaptaciones correctoras de la ejecución. No obstante pueden darse errores de producción, que mediante la práctica y las adaptaciones correctoras se van corrigiendo hacia reproducciones más precisas. Si bien la observación es necesaria para el aprendizaje vicario además es preciso el ensayo conductual del observador y el feedback corrector que se va realizando con la práctica de la conducta. Por ejemplo los jóvenes no consumidores de cannabis, para mantenerse como tales, deberían ensayar con frecuencia las conductas de negación ante el ofrecimiento de esta sustancia observadas en jóvenes no consumidores, y a base de repetirlas en diferentes situaciones, irían mejorando la respuesta ante tal situación introduciendo las modificaciones que creyesen oportunas.

4. Motivación:

El aprendizaje no se lleva a cabo si la conducta observada no tiene un valor funcional o conlleva un elevado riesgo de castigo. Asimismo la realización de la conducta está determinada por tres tipos de incentivos: directos (incluye los costes y beneficios materiales que provoca la conducta), vicarios o sociales (contiene las reacciones positivas o negativas que el comportamiento provoca en los sujetos del entorno), y auto producidos (reacciones positivas o negativas de autoevaluación del propio sujeto que realiza la conducta).

Así mantenerse como no consumidor de cannabis será más probable si no fumar esta sustancia (porque se ha observado que los demás no realizan esta conducta) supone un reconocimiento del grupo del cual forma parte el joven, y beneficios inmediatos (como ejemplo, mayor capacidad de atención y rapidez de estudio) y constatables para la salud (por ejemplo, mayor rendimiento en actividades deportivas).

Según el **Modelo Sociocomportamental** (teoría del aprendizaje social y teoría de la cognición social), si pretendemos que los jóvenes no se inicien en el consumo de cannabis o no lo hagan de forma temprana, sus modelos a imitar deberían ser personas no consumidoras cuyo comportamiento de no consumo de esta sustancia sea recompensado en presencia del observador. Por ejemplo, es más probable que un joven no consuma cannabis si tiene como modelos amigos no consumidores y si observa en ellos algún tipo de recompensa en relación al hecho de no consumir en algún ámbito de sus vidas, como obtener mejores notas, ser mejor deportista, etc.

Asimismo, las conductas relacionadas con el consumo deberían ser sancionadas, y el castigo debería ser observado por el joven. Por ejemplo, es más probable que un joven no consuma cannabis si observa consecuencias negativas en los amigos que sí lo hacen, como que sean sancionados con no poder jugar un partido de fútbol muy deseado.

Al mismo tiempo estos jóvenes deben creer que existe un riesgo real para la propia salud derivado del consumo de cannabis, que este riesgo se puede eliminar o reducir si no se consume y sentirse capacitados para ello.

A continuación se presenta una selección de investigaciones en las cuales se analizan los efectos del modelado en la iniciación y mantenimiento de conductas adictivas. En primer lugar se expondrán estudios sobre consumo de tabaco y alcohol, y seguidamente se detallarán algunos trabajos sobre consumo de cannabis.

Como se ha apuntado en el apartado anterior, Pallonen et al. (1998) destacaron la influencia de la conducta de consumo de los familiares y amigos cercanos, y de los iguales, sobre el inicio del consumo de tabaco y su mantenimiento en adolescentes norteamericanos. Las personas principales del entorno del joven actúan como

modelos favoreciendo la imitación del comportamiento que realizan (en este caso, fumar tabaco).

Hoffman, Monge, Chou y Valente (2007) se plantearon si la concordancia en adolescentes entre el estatus propio de consumo de tabaco y el de los amigos podía explicarse por la presión de los iguales (los jóvenes adoptan el comportamiento de consumo de tabaco de sus amigos) o por la selección de los iguales (los jóvenes eligen amigos según su propio estatus de consumo; es decir jóvenes fumadores se juntarían con amigos también fumadores). Con una muestra de 20.747 adolescentes norteamericanos (edad media= 15,7 años, D.T.= 1,74) hallaron que ambas explicaciones se asocian al consumo o no consumo de tabaco por parte de los jóvenes, pero con mayor peso por parte de la presión de los iguales.

En una investigación longitudinal de 6 años sobre las redes sociales y el consumo de tabaco en una muestra inicial de 20.745 adolescentes norteamericanos (12-19 años) se detectó que aquellos participantes con mayor número de amigos fumadores seguían en mayor medida trayectorias de elevado uso del tabaco en comparación con los adolescentes vinculados a amigos no fumadores (Pollard, Tucker, Green, Kennedy y Myong-Hyun, 2010).

El efecto del modelado ha sido observado incluso en el abandono del hábito de fumar de forma que en adolescentes norteamericanos fumadores diarios de tabaco a los 17 años con padres que habían dejado de fumar antes de que los hijos tuvieran 8 años, se incrementaba 17 veces la probabilidad de haber dejado de fumar a los 28 años en comparación a aquellos cuyos padres no habían dejado de fumar (Bricker, Otten, Liu y Peterson, 2009).

En un estudio con una muestra de 1.411 jóvenes latinoamericanos de entre 14 y 24 años sobre el papel de los factores socioambientales y personales en el inicio del consumo de tabaco, se observó que la transición entre la experimentación con la sustancia y el uso regular está asimismo asociado con el consumo de tabaco por parte de los iguales (Kaplan et al., 2001).

En un trabajo realizado con población escolar (12 a 14 años) de Salamanca con el objetivo de conocer la prevalencia y de valorar conocimientos y actitudes sobre el consumo de tabaco, Torrecilla, Ruano, Plaza, Hernández, Barrueco y Alonso (2004)

detectaron que en ambos sexos los amigos también favorecían el consumo del primer cigarrillo (en el 59,8% de los chicos y en el 66,5% de las chicas).

En cuanto a la influencia que pueden ejercer los familiares sobre el consumo de tabaco, Aburto, Esteban, Quintana, Bilbao, Moraza y Capelastegui (2007), con una muestra de 1.921 estudiantes vascos de entre 12 y 18 años, encontraron que el hecho que los hermanos fumen tabaco en presencia del joven se asocia a una mayor probabilidad de consumir esta sustancia.

Font-Mayolas y Planes (2000), en un estudio con una muestra de 122 estudiantes universitarios de Girona igualmente constataron la influencia del entorno social, observando que los jóvenes fumadores de tabaco suelen tener a su alrededor un mayor número de familiares y amigos también fumadores, en comparación con los no fumadores.

En relación al consumo de alcohol, Salamó, Gras y Font-Mayolas (2010) con una muestra de 1.624 estudiantes de secundaria de entre 12 y 18 años, observaron una influencia del entorno (amigos y familiares) en el consumo de alcohol y su consumo de riesgo, de forma que se evidencia nuevamente la influencia de los referentes principales en el consumo del joven.

Considerando la relevancia del consumo de sustancias del entorno como factor de riesgo de consumo en el joven, Jessor et al. (2003) elaboraron un modelo explicativo de los comportamientos de riesgo entre los jóvenes (delincuencia, uso de tabaco, alcohol y cannabis, y comportamiento sexual de riesgo) en el que intervienen tres tipos de factores de riesgo y tres de protección. Entre los factores de riesgo consideraron relevante la conducta de los modelos como el uso de tabaco, alcohol y otras drogas entre los familiares y amigos; así como la disponibilidad de las sustancias y vulnerabilidad (estrés, depresión y baja autoestima) hacia las drogas. Como factores de protección propusieron las conductas saludables de los modelos, la desaprobación y control por parte de los padres en relación a las drogas y comportamientos de riesgo, y el apoyo emocional por parte de familiares y amigos en relación al joven. Los mencionados factores de riesgo pueden dirigir más fácilmente a los jóvenes a consumir drogas o llevar a cabo comportamientos de riesgo, y por contra los factores de protección pueden moderar o evitar estos comportamientos.

A partir de una muestra de 1.570 adolescentes madrileños de entre 14 y 18 años, Muñoz-Rivas y Graña (2001) obtuvieron como principales factores familiares de riesgo del consumo de drogas (alcohol, tabaco y cannabis) la ausencia de normas familiares sobre el uso de drogas, los conflictos entre los padres y el adolescente, y el consumo de alcohol por parte del padre. Los padres modelan la conducta de consumo de sus hijos adolescentes favoreciéndola por la permisividad implícita en la falta de normas hacia esta conducta y el adolescente imita la conducta de consumo de drogas observada en el padre. El aprendizaje por observación de la conducta del padre en cuanto al alcohol produce un efecto desinhibidor hacia el consumo de drogas, generalizándose a otras sustancias (tabaco y cannabis). Otros autores también han encontrado una relación entre el consumo de cannabis en adolescentes norteamericanos y la aprobación de su uso por parte de los padres e iguales (Gruber y Pope, 2002).

La relación entre el consumo de drogas por parte de los padres y el uso de sustancias por parte de los hijos adolescentes se refleja igualmente en un estudio longitudinal de Ridenour et al. (2006). Mediante una muestra de 590 niños norteamericanos (edad media= 11,48; D.T.= 0,91), obtuvieron que los chicos y chicas con padres fumadores de tabaco se inician al consumo regular de diferentes sustancias (tabaco, alcohol, cannabis, cocaína y opiáceos) de forma más rápida, que los que informan tener padres no fumadores. Los chicos y chicas con progenitores consumidores de alcohol u otras drogas son más propensos a tener problemas derivados del consumo de drogas antes que los que no tienen padres consumidores.

Swift et al. (2008) realizaron un estudio longitudinal con 1.943 estudiantes de secundaria con edades comprendidas entre los 14 y los 17 años, y observaron que el consumo de cannabis es más común entre chicos con padres divorciados o separados, cuyos padres fuman tabaco.

En un trabajo de López y Rodríguez-Arias (2010) con una muestra de 2.440 adolescentes coruñeses evidencian la importancia de la permisividad de las normas familiares con respecto al consumo de cannabis. La actitud favorable de los padres en relación al consumo de cannabis se relaciona con un consumo de esta sustancia por parte de los hijos.

Diferentes autores han observado que la influencia del grupo de iguales es un fuerte factor etiológico del consumo adolescente de sustancias (Bauman y Ennett, 1994; Oetting y Beauvais, 1986; Petraits, Flay y Miller, 1995). En la Encuesta sobre consumo de drogas 2002 realizada con adolescentes españoles (14-18 años) se detectó que el consumo de drogas por parte de los amigos es un factor de riesgo asociado de forma relevante a mayores consumos de drogas por parte de los estudiantes (DGPND, 2002). Así en la encuesta nacional a adolescentes estudiantes de 14 a 18 años se observó que los consumidores de cannabis en los últimos 30 días informaban en el 66,1% de los casos que la mayoría o todos sus amigos tuvieron la misma conducta en el mismo período (DGPND, 2007). Asimismo, el consumo de cannabis de los iguales predice el inicio del joven en el uso de esta sustancia (Chabrol, Chauchard, Mabila, Mantoulan, Adèle y Rousseau, 2006; Kosterman, Hawkins, Guo, Catalano y Abbott, 2000). En un trabajo de Hampson, Andrews y Barckley (2008) con una muestra de 420 escolares norteamericanos se halló que la relación de los estudiantes con pares que consumen sustancias adictivas y cometen conductas violentas o de riesgo, y la visualización de conductas de consumo de cannabis en su entorno predicen el consumo de esta sustancia.

La influencia de los amigos en el consumo de cannabis se aprecia en un estudio de Kuntsche y Jordan (2006). A partir de una muestra de 3.925 estudiantes suizos (edad media= 15,3; D.T.= 0,9) observaron una elevada asociación entre el consumo de cannabis por parte de los iguales y el propio uso. Asimismo, Coffey, Lynskey, Wolfe y Patton (2000), encontraron asociación entre el consumo de cannabis por los iguales en el entorno escolar, y el uso individual de esta sustancia. Kokkevi, Richardson, y Florescu (2007) igualmente han observado una asociación entre el consumo de cannabis del adolescente y estar rodeado de iguales o amigos que utilizan esta sustancia. Así, los iguales o amigos también actúan como modelos de conducta, propiciando en los adolescentes y jóvenes el comportamiento observado, en este caso, el consumo de cannabis. En un estudio de López y Rodríguez-Arias (2010) también detectaron dicha asociación entre el consumo de cannabis de los amigos y el uso de la sustancia por parte del adolescente.

Moral, Rodríguez y Sirvent (2006) en un estudio sobre las variables relacionadas con el consumo juvenil de alcohol y otras sustancias psicoactivas, entre ellas el cannabis, con una muestra de 755 estudiantes asturianos de entre doce y dieciséis años hallaron que las actitudes favorables hacia el consumo están relacionadas con la tendencia a

permanecer en ambientes y con compañías incitadoras al consumo, es decir, con la influencia del modelo que ejerce el grupo de iguales consumidores de drogas.

En una investigación con una muestra de 763 universitarios colombianos se encontró que el 47,3% de los jóvenes consumían sustancias principalmente con los amigos en momentos de diversión y el 31,4% en reuniones sociales (Tovar, Salazar, Varela y Cáceres, 2006).

En un trabajo de Scherrer et al. (2008) se encontró que el uso de cannabis por parte de los referentes próximos: hermanos, amigos y compañeros de escuela del adolescente, está fuertemente asociado al abuso y consecuente dependencia de esta sustancia en la posterior etapa de jóvenes adultos.

Cebrián, Font-Mayolas y Gras (2009) con una muestra formada por 1.624 estudiantes de edades comprendidas entre los 12 y 18 años (edad media= 14,16 años; D.T.= 1,29) constató el modelado que pueden ejercer familiares cercanos y amigos sobre la conducta de consumo de cannabis. Es decir, se observó una concordancia entre el consumo de la sustancia por parte del adolescente y el consumo de amigos y familiares directos (padre, madre y hermanos).

En el presente trabajo se analizan los principales constructos del **modelo sociocomportamental** aplicados al consumo de cannabis en una muestra de jóvenes universitarios españoles.

PARTE II.
INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

4. Objetivos

4.1- Objetivo general

El cannabis es la droga ilegal de mayor extensión de consumo en todo el mundo (ONU, 2011). Según datos del Informe 2011 del Observatorio Español sobre Drogas y Toxicomanías el consumo de cannabis se concentra sobre todo en jóvenes de entre 15 y 24 años: se observa que el 15,2% de los jóvenes de estas edades ha consumido cannabis durante el último año y el 8% lo ha consumido en el último mes. Asimismo se detecta un consumo de cannabis más extendido entre la población joven de 15-34 años que entre los adultos mayores de 35 años. Además se encuentran mayores proporciones de consumidores de cannabis en los últimos 30 días (consumidores actuales) entre los jóvenes de menor edad (15-24 años), y especialmente entre los hombres en comparación a las mujeres (OEDT, 2011).

Desde 1997 y hasta 2003 se ha observado en España un incremento continuado del consumo de cannabis y una edad media de inicio en el consumo de esta droga cada vez más precoz. No obstante entre 2005 y 2007-2008 se ha detectado una disminución de su consumo y un aumento de la edad media de inicio (DGPND, 2008b). Aun así, España, es uno de los países con prevalencia más alta de consumo de cannabis el último año (12,1%) y el último mes (6,6%), entre los jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y los 34 años, según el último informe del Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (OEDT, 2011).

Debido a las graves repercusiones personales y sociales que comporta el consumo de esta sustancia, nos planteamos una investigación que ayude a entender mejor el problema y que profundice en el conocimiento de las variables relacionadas con dicho consumo.

El principal objetivo de este trabajo es conocer la prevalencia y el patrón de consumo de cannabis de una muestra de estudiantes universitarios de primer ciclo matriculados en la Universidad de Girona durante el año académico 2006-2007 y el año académico 2007-2008, así como estudiar algunas variables relacionadas con este consumo.

4.2- Objetivos específicos

4.2.1- El consumo de cannabis

El Modelo Transteórico de Cambio para el abandono de las adicciones ha sido adaptado a la adquisición del consumo de tabaco (Pallonen et al. 1998) clasificando a los adolescentes norteamericanos en función de la intención de consumo. El presente trabajo pretende aplicar la adaptación de este modelo en una muestra de jóvenes universitarios españoles en cuanto al consumo de cannabis. Otra aportación de nuestro estudio consiste en clasificar a los jóvenes por etapas no sólo en función de la intención de consumo de cannabis sino además incorporando la variable nivel de experimentación con esta sustancia.

En concreto, en esta investigación se analizan variables relacionadas con el consumo de cannabis entre los jóvenes de la muestra como: el **estatus de consumo**, el **nivel de experimentación** con esta droga, la **intención de consumo futuro**, la **etapa de adquisición** (Pallonen et al., 1998) del consumo, la **magnitud del consumo** y el **policonsumo** de sustancias. Asimismo se estudian la **edad de primera experimentación** y la **edad de inicio de consumo regular** de esta sustancia.

Los objetivos específicos que planteamos, en relación con el consumo de cannabis son los siguientes:

1. Conocer la prevalencia del consumo de cannabis de los estudiantes de la muestra según el sexo.
2. Averiguar la prevalencia del consumo de esta sustancia de los y las jóvenes en función de la edad.
3. Estudiar la prevalencia del consumo de cannabis de los universitarios encuestados según la facultad/escuela de procedencia y el sexo.
4. Analizar el nivel de experimentación con la sustancia de los jóvenes encuestados en función del sexo.
5. Evaluar el nivel de experimentación con la sustancia de los y las estudiantes de la muestra en función de la edad.
6. Estudiar el nivel de experimentación con el cannabis de los universitarios según la facultad/escuela de procedencia y el sexo.
7. Conocer la intención de consumo futuro entre los estudiantes según el sexo.
8. Analizar la intención de consumo futuro de los y las jóvenes en función de la edad.

9. Evaluar la intención de consumo futuro de los universitarios de la muestra según la facultad/escuela de procedencia y el sexo.
10. Clasificar a los jóvenes encuestados según la etapa de iniciación del consumo de cannabis de acuerdo con el modelo de adquisición de la adicción propuesto por Pallonen et al. (1998) y el nivel de experimentación con esta sustancia, en función del sexo.
11. Estudiar la relación entre el nivel de experimentación con el cannabis y la intención de consumir esta sustancia en un futuro próximo en los chicos y las chicas de la muestra.
12. Conocer la magnitud del consumo de cannabis entre los jóvenes que informan ser consumidores y analizar las diferencias por sexo.
13. Evaluar la magnitud del consumo de cannabis entre los universitarios consumidores de esta sustancia según la edad.
14. Analizar la prevalencia de consumo de cannabis de los jóvenes encuestados según el consumo de otras sustancias.
15. Clasificar a los jóvenes consumidores de cannabis en función del consumo de otras sustancias.
16. Estudiar a los participantes que han probado en alguna ocasión el cannabis según la edad de primera experimentación con la sustancia.
17. Conocer la edad de primera experimentación con el cannabis según su estatus actual de consumo y el sexo entre los jóvenes que han probado alguna vez esta sustancia.
18. Clasificar a los jóvenes consumidores de cannabis en función de la edad de inicio de consumo regular de esta sustancia.
19. Evaluar la edad de inicio del consumo regular de cannabis entre los estudiantes consumidores y según la magnitud de consumo actual y el sexo.

4.2.2- La influencia social

El proceso del *modelado* y la influencia social son relevantes en la adquisición de nuevas conductas. Los modelos más habituales suelen ser las personas próximas: padres, hermanos, familiares cercanos, amigos, maestros, etc. En niños y jóvenes el aprendizaje por imitación de modelos sociales se da en mayor medida que entre los adultos (Bandura, 1987). Por otra parte los modelos similares en sexo y edad son más efectivos en la adquisición de nuevas conductas, es decir, el observador tenderá a imitar modelos con características parecidas a las propias (Bandura, 1987). Esta influencia, y en cuanto al consumo de drogas, ha sido puesta de relieve por diversos

estudios (Aburto et al., 2007; Font-Mayolas y Planes, 2000; López y Rodríguez-Arias, 2010; Muñoz-Rivas y Graña, 2001).

También Pallonen et al. (1998) apuntan que el porcentaje de amigos o mejores amigos consumidores aumenta a medida que el adolescente avanza en las etapas de adquisición.

El nivel de atención hacia determinados modelos también está mediatizado por los vínculos emocionales: si existe una relación de afecto o satisfacción se dará con mayor probabilidad el aprendizaje (Bandura, 1987). Por ejemplo Pallonen et al. (1998) observaron que los adolescentes no fumadores, especialmente aquellos que se situaban en la etapa de Precontemplación de la adquisición, informaban de una menor exposición al tabaco en su entorno (padres, hermanos, amigos e iguales no fumadores) que los fumadores. En este sentido debemos tener en cuenta a los familiares cercanos, como posibles modelos de los jóvenes. En este trabajo se estudian variables relacionadas con el consumo de cannabis de la persona que el joven considera su **mejor amigo/a**, así como de su **padre**, su **madre**, **hermanos/as** y de su **pareja**.

En esta dirección los objetivos específicos relacionados con la influencia social que se plantean en el presente estudio son los siguientes:

1. Conocer con quién estaban los jóvenes la primera vez que probaron el cannabis y si existen diferencias según el estatus de consumo actual y el sexo.
2. Analizar si los estudiantes tienden a compartir con otras personas el cigarrillo de cannabis y si existen diferencias por sexo.
3. Estudiar la concordancia entre el estatus de consumo de cannabis de los y las jóvenes de la muestra y el de su mejor amigo/a.
4. Evaluar la concordancia entre los estudiantes y sus mejores amigos en relación al nivel de experimentación con la sustancia y si existen diferencias en función del sexo.
5. Relacionar a los participantes y sus mejores amigos respecto a la intención de consumir cannabis en el futuro y analizar si se observan diferencias en razón del sexo.
6. Comparar las etapas de adquisición del consumo de cannabis del joven con la de su mejor amigo/a, en chicos y chicas.
7. Estudiar la edad de primera experimentación con el cannabis de los jóvenes según el estatus de consumo de su mejor amigo/a y el sexo.

8. Comparar la edad de inicio del consumo regular de esta sustancia de los estudiantes según el estatus de consumo del mejor amigo/a y el sexo.
9. Conocer la relación entre el consumo de cannabis de los y las jóvenes y el estatus de consumo del padre.
10. Relacionar el consumo de cannabis de los y las participantes con el consumo de esta sustancia por parte de la madre.
11. Analizar si los y las universitarios/as consumidores de cannabis tienen con más frecuencia algún hermano/a que sea también consumidor/a respecto a los no consumidores.
12. Conocer la relación entre el consumo de esta sustancia por parte del joven y el consumo de la pareja, y si existen diferencias en razón del sexo.
13. Saber si existen diferencias en la edad de primera experimentación con el cannabis de los chicos y chicas en función del estatus de consumo del padre.
14. Estudiar si existen diferencias en la edad de primera experimentación con la sustancia de los jóvenes en función del estatus de consumo de la madre y el sexo.
15. Evaluar si existen diferencias en la edad de primera experimentación con el cannabis de los chicos y las chicas según el estatus de consumo de algún hermano/a.
16. Analizar las diferencias en la edad de primera experimentación con la sustancia de los estudiantes según el consumo por parte de la pareja y el sexo.
17. Conocer si existen diferencias en la edad de inicio del consumo regular de cannabis de los chicos y las chicas en función del estatus de consumo del padre.
18. Relacionar la edad de inicio del consumo regular de cannabis del joven con el estatus de consumo de la madre, en función del sexo.
19. Estudiar las diferencias en la edad de inicio de consumo regular de cannabis de chicos y chicas en función del consumo de esta sustancia por parte de algún hermano/a.
20. Saber si existen diferencias en la edad de inicio de consumo regular de esta sustancia de los universitarios según el estatus de consumo de la pareja y el sexo.

4.2.3- La percepción de peligrosidad del consumo de cannabis

La percepción del riesgo ante distintas conductas de uso de drogas puede relacionarse con la resistencia de la población a desarrollar esa conducta en la actualidad o en el futuro (DGPND, 2008b).

Una cuarta parte de la población general (15-65 años) evalúa el cannabis como la droga menos peligrosa (Megías, Rodríguez, Megías y Navarro, 2005). Entre la población española de entre 15 y 64 años el consumo esporádico de cannabis es considerado una conducta de bajo riesgo en comparación al consumo de otras drogas (heroína, cocaína o éxtasis) (DGPND, 2010).

En relación a la percepción de peligrosidad, en este estudio se plantean como objetivos específicos:

1. Conocer la percepción de peligrosidad del consumo de cannabis de los jóvenes de la muestra según el estatus de consumo propio y el de sus referentes más próximos (mejores amigos, padre, madre, hermano/a y pareja) y el sexo.
2. Estudiar la relación entre la percepción de peligrosidad de esta sustancia y la edad de primera experimentación y de consumo regular de cannabis, por sexo.
3. Analizar si existen diferencias en la percepción de peligrosidad según la magnitud de consumo de los y las universitarios/as consumidores de esta sustancia.

4.2.4- Las expectativas de autoeficacia para negarse al consumo de cannabis

Bandura (1987) define las *expectativas de autoeficacia* como la creencia del sujeto sobre sus propias capacidades para la realización de una acción determinada, necesaria para lograr un resultado o cambio destacado.

Por lo que se refiere a las expectativas de autoeficacia para negarse al consumo de cannabis, de manera específica nos planteamos como objetivo:

1. Conocer las expectativas de autoeficacia para negarse a consumir cannabis de chicos y chicas, consumidores y no consumidores, según se hallen solos o acompañados por los amigos.

4.2.5- La experiencia vicaria en las consecuencias negativas del consumo de drogas

El aprendizaje por observación puede tener lugar mediante un refuerzo vicario o indirecto, es decir observando las consecuencias que recibe el modelo que ejecuta la conducta. El efecto de la experiencia vicaria también puede darse incluso cuando la recompensa o castigo no se proporcionan delante del observador (Bandura, 1987). Así, en relación al consumo de sustancias por parte de los jóvenes, la experiencia vicaria en relación a conocer a alguien que ha enfermado o muerto como consecuencia del consumo de drogas, podría afectar su conducta debido a la influencia de las consecuencias negativas observadas en el modelo (enfermedad o muerte).

Respecto a la experiencia vicaria en las consecuencias negativas del consumo de sustancias nos planteamos como objetivos específicos:

1. Relacionar la experiencia vicaria en las consecuencias negativas del consumo de drogas con el estatus de consumo de cannabis, por sexo.
2. Conocer qué drogas se asocian con más frecuencia a las consecuencias negativas sufridas por consumidores conocidos según el estatus de consumo informado por los estudiantes.
3. Relacionar el tipo de enfermedad sufrida con la droga que consumía la persona afectada.
4. Clasificar a los jóvenes con experiencia vicaria en las consecuencias negativas del consumo de drogas en función de la relación mantenida con la persona afectada, para las drogas en general y en el caso del cannabis en particular.

4.2.6- Valoración de pros y contras de consumir cannabis y de situaciones que tientan a su consumo

Pallonen et al. (1998) aplicaron en su trabajo un inventario sobre balance decisonal y sobre las situaciones que podían tentar al consumo de tabaco. En el caso del consumo de tabaco y en adolescentes norteamericanos y europeos se ha observado que los chicos y chicas que se encuentran en la etapa de Precontemplación pueden tener diferente riesgo de iniciarse al consumo (Kremers et al., 2001; Pallonen et al., 1998). Así se han detectado diversos perfiles en función de la valoración de los pros y contras de fumar y de las posibles situaciones de tentación al consumo (Velicer et al.,

2007). En su estudio, Velicer et al., encontraron 4 perfiles de riesgo de consumo de tabaco con una muestra de adolescentes que se encontraban en la etapa de Precontemplación de la adquisición: Protegidos (muy bajas puntuaciones en los pros y tentaciones, y elevada consideración de los contras), Riesgo elevado (elevada consideración de los pros y tentaciones, y bajos contras), Ambivalentes (falta de fuertes convicciones en cuanto a fumar) y Riesgo medio (puntuaciones parecidas al grupo en Riesgo elevado pero con las tres por debajo de la media).

En el presente trabajo se aplican las escalas de pros y contras y de situaciones de tentación, utilizadas por los autores citados, adaptadas para el caso del consumo de cannabis en universitarios.

En relación a la valoración de los pros y contras para consumir cannabis y a las tentaciones nos planteamos:

1. Estudiar los pros y contras percibidos del consumo de cannabis según la etapa de adquisición de los chicos y chicas no consumidores de la muestra.
2. Analizar la valoración de las tentaciones de consumir cannabis en función de la etapa de adquisición de los jóvenes no consumidores.
3. Identificar posibles grupos de riesgo entre los jóvenes en la etapa de Precontemplación de la adquisición del consumo de cannabis.

4.2.7- Elaboración de un modelo predictivo del consumo de cannabis

En último lugar, nos planteamos como objetivo *elaborar un modelo predictivo del consumo de cannabis. A fin de definir cuáles son las variables que mejor predicen el consumo de esta sustancia entre los jóvenes, se construye un modelo de regresión logística multinomial para predecir el estatus de consumo de cannabis de los jóvenes (consumidor, ex consumidor, no consumidor) en función del sexo, la edad, el consumo de los referentes próximos (padre, madre, algún hermano, mejor amigo y pareja), la percepción de peligrosidad, la autoeficacia percibida para negarse a consumir estando solo y con amigos, y el hecho de conocer a alguien que haya muerto o enfermado como consecuencia del consumo de sustancias.*

5. Metodología

5.1- Participantes

En este trabajo se analiza una muestra de estudiantes de primer ciclo de la Universidad de Girona durante los años académicos 2006-2007 y 2007-2008.

La **muestra** está formada por 2.137 estudiantes universitarios de entre 17 y 35 años (edad media= 21,05 años; D.T.= 3,14). El 47,3% (n= 1009) del total de la muestra son chicos, el 52,7% chicas (n= 1125) y tres participantes no informan sobre esta variable. Con independencia del género más de tres cuartas partes de la muestra tienen entre 17 y 22 años. La edad media de los chicos (media= 21,05 años; D.T.= 3,19) es similar a la de las chicas (media= 21,04 años; D.T.= 3,10).

Debido a que el objetivo de la investigación era estudiar variables relacionadas con el consumo de cannabis entre los jóvenes, un criterio de exclusión fue superar la edad de 35 años. Utilizando ese criterio se eliminaron de la muestra inicial (n= 2164) 27 estudiantes con edades comprendidas entre los 36 y los 55 años. Se da la circunstancia que ninguno de estos 27 estudiantes era consumidor de cannabis.

Forman parte de la muestra estudiantes de los tres primeros cursos (primer ciclo) de las siguientes carreras universitarias de la Universidad de Girona tal y como se detalla en la **Tabla 5.1.1**:

Tabla 5.1.1: Distribución de los estudiantes de la muestra según la carrera en la que están matriculados.

ESTUDIO	N	% muestra
Arquitectura¹	252	11,8%
Biología	120	5,6%
Ciencias Ambientales	151	7,1%
Educación²	527	24,7%
Enfermería (1º y 3º)	153	7,2%
Ingeniería Industrial	110	5,1%
Ingeniería Técnica Agrícola³	63	2,9%
Ingeniería Técnica en Informática⁴	245	11,5%
Ingeniería Técnica Industrial, especialidad en Electrónica Industrial	100	4,7%
Ingeniería Técnica Industrial, especialidad en Química Industrial	136	6,3%
Ingeniería Técnica Industrial, especialidad en Mecánica Industrial	100	4,7%
Psicología	180	8,4%

¹ Arquitectura y Arquitectura Técnica.

² Educación Social y Magisterio.

³ Ingeniería Técnica Agrícola, especialidad en Explotaciones Agropecuarias, e Ingeniería Técnica Agrícola, especialidad en Industrias agrarias y alimentarias.

⁴ Ingeniería Técnica Informática de Gestión e Ingeniería Técnica Informática de Sistemas.

A pesar de que el objetivo inicial de la investigación fue acceder al primer ciclo de los estudios citados, no se dispone de la información de 2º curso de Enfermería debido a la indisponibilidad horaria de dicho curso. Además cabe señalar que en el caso de la

Licenciatura de Química de la Facultad de Ciencias, no se pudieron aplicar los cuestionarios dado que no se obtuvo la autorización previa para ello.

Los datos se recogieron durante el segundo semestre del curso académico 2006-2007 (Facultades de Ciencias, Educación y Psicología, y Enfermería) y el primer semestre del curso 2007-2008 (Escuela Politécnica Superior).

En la **Tabla 5.1.2** se presenta la relación de los universitarios matriculados en el correspondiente estudio durante el año académico 2006-2007 (Facultades de Ciencias, Educación y Psicología, y Enfermería) y el año académico 2007-2008 (Escuela Politécnica Superior).

Tabla 5.1.2: Estudiantes matriculados y porcentajes de participación según el estudio.

FACULTAD/ESCUELA	ESTUDIO	ESPECIALIDAD	TOTAL DE MATRICULADOS PRIMER CICLO	N % PARTICIPACIÓN
CIENCIAS	Biología		451	120 26,6%
	Ciencias Ambientales		241	151 62,7%
EDUCACIÓN Y PSICOLOGÍA	Educación Social		256	527 48,5%
	Magisterio	Educación Física	157	
		Educación Infantil	287	
		Educación Musical	102	
		Educación Primaria	150	
	Lengua Extranjera	134		
Psicología		245	180 73,5%	
ENFERMERÍA	Enfermería		240	153 63,8%
ESCUELA POLITÉCNICA SUPERIOR	Arquitectura		114	252 54,3%
	Arquitectura Técnica		350	
	Ingeniería Técnica Agrícola	Explotaciones Agropecuarias	53	63
		Industrias agrarias y alimentarias	38	69,2%
	Ingeniería Industrial		185	110 59,5%
	Ingeniería Técnica Informática	Informática de Gestión	100	245
		Informática de Sistemas	150	98%
	Ingeniería Técnica Industrial	Química Industrial	151	136 90,1%
		Mecánica Industrial	200	100 50%
		Electrónica Industrial	170	100 58,8%
TOTAL			3718	2137 57,5%

El 77,1% de los chicos de la muestra estudiada cursan carreras pertenecientes a la Escuela Politécnica Superior y más de la mitad de las chicas proceden de la Facultad

de Educación y Psicología. La participación de los universitarios es homogénea en relación al curso de procedencia en la Facultad de Educación y Psicología, y Enfermería. No obstante no es homogénea en la Facultad de Ciencias, con un mayor porcentaje de participación entre los estudiantes de segundo curso (48,3%), ni tampoco en la Escuela Politécnica Superior, donde destaca la participación de los alumnos de primer curso (44,2%).

Así mismo, la baja participación de los estudiantes en determinadas carreras universitarias no se debe al rechazo de participación por parte del estudiante sino a la ausencia de estos durante las clases en las que tuvo lugar la recogida de datos.

En cuanto a la distribución por sexo de la muestra de estudio según la facultad de procedencia, no es homogénea para cada facultad. Destaca una mayor proporción de chicos (77,3%) que de chicas en la Escuela Politécnica Superior, y una mayor proporción de chicas que de chicos en la Facultad de Educación y Psicología (chicas: 86,1%) y en la Facultad de Enfermería (chicas: 83,5%).

En el apartado de *Resultados* se puede encontrar información más detallada en relación a gráficos, tablas y relaciones, sobre las variables demográficas comentadas.

Así, forman parte de la muestra los alumnos que se encontraban en clase en el momento de la recogida de datos, pertenecientes a las carreras relacionadas, y que voluntariamente accedieron a contestar al cuestionario administrado. No se realizó un muestreo proporcional de los estudiantes, ni se incluyen en la muestra todas las carreras universitarias ofertadas por la Universidad de Gerona. Tampoco se incluyeron los estudiantes a lo que no se pudo acceder debido a no estar presentes en el momento de la recogida de datos, o bien debido a la no disponibilidad o negativa del director del departamento de estudio.

5.2- Instrumento

El instrumento utilizado para la recogida de datos en este estudio de *diseño transversal* es un cuestionario de elaboración propia, que recoge diferentes variables relacionadas con el consumo de drogas involucradas en esta investigación. En el **Anexo 1** se presenta el modelo de cuestionario administrado a la muestra de estudiantes universitarios.

En el presente trabajo se analiza la información referida al consumo de cannabis y a factores que pueden tener relación con dicho consumo. Las variables evaluadas e involucrados en el estudio son:

Variables demográficas:

Sexo y edad de los participantes, así como año académico de procedencia y facultad.

Variables relacionadas con el consumo de cannabis:

- **Etapas de adquisición del consumo de cannabis** según la adaptación del Modelo Transteórico de Cambio (Pallonen et al., 1998).

Esta variable permite clasificar a los sujetos en:

- *Precontempladores*: jóvenes que no tienen intención de consumir en los próximos 6 meses.
 - *Contempladores*: jóvenes que tienen intención de consumir en los próximos 6 meses.
 - *Preparados*: jóvenes que tienen intención de consumir en los próximos 30 días.
 - *Activos*: jóvenes que consumen cannabis de forma ocasional o habitual.
- **Experimentación con el cannabis**. Los jóvenes se clasifican en una de las siguientes categorías de acuerdo con su nivel de experimentación con esta droga:
 - *Sin experimentación* (no ha probado nunca el cannabis).
 - *Con experimentación* (ha probado el cannabis).

La evaluación de la etapa de adquisición y de la experimentación se ha realizado con la siguiente pregunta conjunta:

Quizá has probado alguna de estas sustancias. A continuación te sugerimos diferentes **opciones de consumo**, anota al lado de cada sustancia el número que corresponda.

Opciones de consumo:

1. **No lo he probado nunca y no tengo intención de consumir en los próximos 6 meses.**
2. **No lo he probado nunca, pero tengo intención de consumir en los próximos 6 meses.**
3. **No lo he probado nunca, pero tengo intención de consumir en los próximos 30 días.**
4. **Lo he probado y no tengo intención de consumir en los próximos 6 meses.**
5. **Lo he probado y tengo intención de consumir en los próximos 6 meses.**
6. **Lo he probado y tengo intención de consumir en los próximos 30 días.**
7. **Consumo, pero no cada día.**
8. **Consumo cada día desde hace menos de 6 meses.**
9. **Consumo cada día desde hace más de 6 meses.**
10. **Consumía pero lo he dejado desde hace menos de 6 meses.**
11. **Consumía pero lo he dejado hace 6 meses o más.**

	NÚMERO DE OPCIÓN DE CONSUMO
Cannabis (hachís, marihuana, porros)	

- **Magnitud de consumo de cannabis.** El sujeto debe responder la cantidad de cigarrillos de cannabis (“porros”) que fumó el último día de consumo, según las siguientes opciones (Pinazo, Pons y Carreras, 2002):
 - De 1 a 5 porros.
 - De 6 a 10 porros.
 - Más de 10 porros.

Pinazo et al. (2002) no hacen constar en su trabajo indicadores sobre la consistencia interna del instrumento utilizado.

- **Edad de primera experimentación** con el cannabis. Los participantes deben indicar, si procede, la edad en la que probaron por primera vez la sustancia.
- **Edad de inicio del consumo regular** de cannabis. Los encuestados deben anotar, si procede, la edad en la que el consumo de cannabis pasó a ser regular.

La fiabilidad de incluir preguntas acerca de la edad de inicio del consumo de sustancias en un cuestionario de tipo autoadministrado ha sido demostrada por Johnson y Mott (2001) en un estudio realizado con niños y adultos

norteamericanos (sin datos sobre alpha de Cronbach). En el presente estudio nos basamos en este hallazgo para conocer tanto la edad de primera experimentación como la del inicio del consumo regular de cannabis de los sujetos encuestados.

Variables relacionadas con la influencia social:

- **Etapas de adquisición del consumo de cannabis del mejor amigo.** El participante debe indicar en qué etapa de adquisición, de las mencionadas con anterioridad, considera que se encuentra su mejor amigo en relación al consumo de cannabis.
- **Experimentación con el cannabis por parte del mejor amigo.** El participante valora en qué nivel de experimentación con la sustancia se encuentra su mejor amigo: sin experimentación (no ha probado nunca la sustancia) o con experimentación (ha probado la sustancia).

Estas variables (etapa de adquisición y experimentación con el cannabis del mejor amigo) también se evalúan conjuntamente con el mismo formato utilizado para el propio sujeto, presentado con anterioridad.

- **Situación durante el primer consumo.** El joven debe indicar con quién se encontraba (solo, acompañado de familiares, amigos u otras personas) en el momento del primer consumo de cannabis.

El formato de la pregunta es el siguiente:

A menudo, la primera vez que probamos alguna sustancia nos encontramos acompañados de otras personas. En caso que hayas probado la siguiente droga, haz una cruz en las casillas que corresponda:

	Estaba solo	Estaba con amigos	Estaba con familiares	<i>Estaba con otras personas (¿Con quién?)</i>
<i>Cannabis (hachís, marihuana, porros)</i>			

- **Estatus de consumo de cannabis de familiares próximos.** Se pregunta si el padre, la madre, algún hermano o la pareja son o habían sido consumidores de cannabis.

La pregunta se presenta del siguiente modo:

Indica cuáles de las siguientes **personas de tu ambiente familiar** han tomado habitualmente (*antes*) o toman habitualmente (*ahora*) la sustancia siguiente: Haz una cruz en la casilla que corresponda.

	PADRE		MADRE		ALGUN HERMANO		PAREJA	
	antes	ahora	antes	ahora	antes	ahora	antes	ahora
Cannabis (hachís, marihuana, porros)								

- **Situación de consumo compartido.** El sujeto debe indicar si suele consumir cannabis de forma individual o compartida. Se utiliza el siguiente formato:

Cuando consumo cannabis (hachís, marihuana, porros) la mayoría de las veces...

- Lo consumo yo solo.
- Lo comparto.

Percepción de peligrosidad del consumo de cannabis.

Para su evaluación se utiliza una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta (de “Muy peligrosa” a “Nada peligrosa”), tal como se aplicó con anterioridad en el trabajo de Megías et al. (2005), autores que no hacen constar indicadores sobre la consistencia interna del instrumento utilizado:

¿Según tu parecer, qué **grado de peligrosidad** tiene la siguiente droga? Haz una cruz en la casilla que corresponda.

	Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Peligrosidad media	Poco peligrosa	Nada peligrosa
Cannabis (hachís, marihuana, porros)					

Expectativas de autoeficacia para negarse a consumir cannabis.

El participante debe indicar en una escala del 0 (Nada capaz) al 10 (Totalmente capaz), su capacidad para negarse a aceptar consumir cannabis en dos situaciones diferentes: cuando está solo con quien le está ofreciendo la droga, o cuando se halla

con sus amigos. La consistencia interna hallada para esta variable es de 0,97 (α de Cronbach).

El formato utilizado para obtener información sobre esta variable es el siguiente:

Valora hasta qué punto te crees capaz de **decir NO** si te ofreciesen la siguiente sustancia en dos situaciones diferentes: en el caso que te encontraras solo con la persona que te la ofrece, o bien acompañado de tus amigos.

Observa la escala que te mostramos a continuación y **elige el número que más se adecúa** a cada situación planteada.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada capaz								Totalmente capaz		

CANNABIS (HACHÍS, MARIHUANA, PORROS):

Solo con la persona que te lo ofrece.....
Delante de tus amigos.....

Experiencia vicaria en las consecuencias negativas del consumo de drogas.

Se pregunta al sujeto si conoce a alguien que ha enfermado o muerto como consecuencia del consumo de drogas, así como la droga que consumía, la enfermedad sufrida y su relación con esa persona:

¿Conoces alguna persona que haya enfermado o muerto como consecuencia del consumo de drogas?

- Sí..... ¿Qué droga consumía?.....
¿Qué enfermedad sufrió?.....
¿Qué relación tenía contigo?.....
- No

Valoración de situaciones de tentación de consumo de cannabis.

Los participantes valoran en una escala tipo Likert del 1 (No me siento nada tentado) al 5 (Me siento extremadamente tentado) doce situaciones en las que se pueden sentir tentados a consumir cannabis. Este inventario de situaciones es una adaptación del propuesto por Pallonen et al. (1998) para una muestra de jóvenes norteamericanos no consumidores de tabaco, cuya estructura factorial está formada por 4 factores: situaciones sociales positivas (α de Cronbach= 0,68), situaciones de afecto negativo (α = 0,90), situaciones relacionadas con los iguales (α = 0,75), y situaciones vinculadas a la curiosidad de consumir tabaco (α = 0,80). Mediante un Análisis de Componentes

Principales, Font-Mayolas, Gras, Planes, Gómez y Prat (2011) hallaron que la estructura factorial de este inventario era similar a la de la escala original cuando se utilizaba para evaluar tentaciones de consumir cannabis en población española. Los ítems se agruparon en 3 situaciones sociales positivas ($\alpha= 0,82$) (“Cuando estoy hablando y relajado”, “Cuando estoy pasando un buen rato” y “Cuando estoy con alguien de la familia que está consumiendo la sustancia”), 4 situaciones afectivas negativas ($\alpha= 0,87$) (“Cuando me siento muy ansioso y estresado”, “Cuando las cosas no me salen como quiero y me siento frustrado”, “Cuando necesito algo para superar un día difícil” y “Cuando discuto con mi familia”), 3 situaciones relacionadas con los iguales ($\alpha= 0,69$) (“Cuando quiero formar parte del grupo”, “Cuando estoy en una fiesta con los amigos” y “Cuando me incomoda no consumir esta sustancia”) y 2 situaciones sobre la curiosidad de consumir (0,87) (“Cuando quiero saber qué gusto tiene esta sustancia” y “Cuando quiero saber qué se siente al consumir esta sustancia”).

Esta cuestión se formula del siguiente modo:

Tanto si consumes como si no, a continuación te presentamos un listado de situaciones en las que te puedes sentir **tentado** a consumir drogas.

Señala el número que le corresponda, teniendo en cuenta que:

1= No me siento nada tentado.

5= Me siento extremadamente tentado.

Me siento tentado a consumir...	Cannabis
Cuando estoy hablando y relajado.	1 2 3 4 5
Cuando estoy pasando un buen rato.	1 2 3 4 5
Cuando estoy con alguien de la familia que está consumiendo la sustancia.	1 2 3 4 5
Cuando me siento muy ansioso y estresado.	1 2 3 4 5
Cuando las cosas no me salen como quiero y me siento frustrado.	1 2 3 4 5
Cuando necesito algo para superar un día difícil.	1 2 3 4 5
Cuando discuto con mi familia.	1 2 3 4 5
Cuando quiero formar parte del grupo.	1 2 3 4 5
Cuando estoy en una fiesta con los amigos.	1 2 3 4 5
Cuando me incomoda no consumir esta sustancia.	1 2 3 4 5
Cuando quiero saber qué gusto tiene esta sustancia.	1 2 3 4 5
Cuando quiero saber qué se siente al consumir esta sustancia.	1 2 3 4 5

Balance decisional de los pros y contras del consumo de cannabis.

Los jóvenes deben indicar en una escala tipo Likert del 1 (Muy en desacuerdo) al 5 (Muy de acuerdo) su opinión respecto a un listado de pros y contras del consumo de cannabis, basado en una adaptación del inventario sobre balance decisional aplicado con anterioridad por Pallonen et al. (1998) y por Plummer et al. (2001) al consumo de tabaco. La escala aplicada por Pallonen et al. a una muestra de jóvenes no fumadores de tabaco tiene una estructura factorial formada por 3 factores: contras (α de Cronbach= 0,84), pros sociales (α = 0,67) y pros de afrontamiento de problemas (α =

0,83). Plummer et al. encuentran en su estudio también los mismos factores: contras ($\alpha= 0,86$), pros sociales ($\alpha= 0,68$) y pros de afrontamiento a problemas ($\alpha= 0,79$). Mediante un análisis de componentes principales, Gras, Font-Mayolas, Planes y Ferrusola (2011) hallaron que la estructura factorial de este inventario era similar a la de la escala original cuando se utilizaba para evaluar pros y contras del consumo de cannabis en población española. Los ítems se agruparon en pros sociales, pros de afrontamiento y contras del siguiente modo: 3 ítems que se refieren a los pros sociales ($\alpha= 0,71$) (“Consumir cannabis hace que las personas sean más respetadas por los demás”, “Consumir cannabis hace que las personas tengan más amigos” y “Consumir cannabis hace que las personas tengan más citas”), 3 ítems sobre los pros relacionados con el afrontamiento de ciertas situaciones ($\alpha= 0,73$) (“Consumir cannabis es agradable”, “Consumir cannabis reduce la tensión” y “Consumir cannabis ayuda a la gente a afrontar mejor sus frustraciones”) y 6 ítems sobre los contras de consumir esta sustancia ($\alpha= 0,78$) (“Consumir cannabis huele mal”, “Consumir cannabis puede afectar la salud de los demás”, “Consumir cannabis es peligroso para la propia salud”, “Consumir cannabis molesta a los demás”, “Consumir cannabis es un hábito sucio” y “Consumir cannabis amarillea los dientes”).

Se utiliza el siguiente formato de pregunta:

A continuación te presentamos posibles **beneficios y perjuicios del consumo de drogas**. ¿Qué opinas?

Señala el número que le corresponda teniendo en cuenta que:

1= Muy en desacuerdo.

5= Muy de acuerdo.

Consumir...	Cannabis
Hace que las personas sean más respetadas por los demás.	1 2 3 4 5
Hace que las personas tengan más amigos.	1 2 3 4 5
Ayuda a la gente a afrontar mejor sus frustraciones.	1 2 3 4 5
Es agradable.	1 2 3 4 5
Reduce la tensión.	1 2 3 4 5
Hace que las personas tengan más citas.	1 2 3 4 5
Huele mal.	1 2 3 4 5
Puede afectar la salud de los demás.	1 2 3 4 5
Es peligroso parar la propia salud.	1 2 3 4 5
Molesta a los demás.	1 2 3 4 5
Es un hábito sucio.	1 2 3 4 5
Amarillea los dientes.	1 2 3 4 5

5.3- Procedimiento

Previo a la *recogida de datos* se contactó con los coordinadores de cada estudio con el fin de exponer los objetivos de la investigación y solicitar el permiso para llevar a cabo la recogida de información. Una vez logrado el consentimiento se concertó con dichos coordinadores el día y la hora en que se llevaría a cabo la administración del cuestionario con cada grupo.

La recogida de datos se realizó principalmente durante el año académico 2006-2007, y durante el inicio del año académico 2007-2008. Los miembros y colaboradores del equipo de investigación en Psicología de la Salud, del Instituto de Investigación sobre

Calidad de Vida, de la Universidad de Girona, fueron los encargados de administrar los cuestionarios a los estudiantes universitarios.

Los *cuestionarios* fueron respondidos en horario académico, en las mismas aulas en que se encontraban ubicados los alumnos.

La participación en el estudio por parte de los estudiantes fue voluntaria, garantizándose el anonimato y la confidencialidad de los datos, así como su uso únicamente con fines de investigación.

En el **Anexo 2** se presentan las instrucciones previas a la administración del cuestionario utilizadas por los encuestadores.

En cuanto al *análisis estadístico*, se ha hecho uso de la metodología cuantitativa para relacionar variables cualitativas aplicando la prueba de Khi-cuadrado y la prueba exacta de Fisher en el caso de variables dicotómicas y frecuencias esperadas inferiores a cinco.

Para comparar la media de dos grupos independientes se utilizó la prueba t de comparación de dos muestras.

El análisis de la variancia factorial ha sido utilizado para analizar el efecto de dos o más factores sobre una variable numérica, y la interacción entre ellos. Para la comparación entre dos grupos se aplicaron contrastes de Scheffé.

Para correlacionar dos variables numéricas se ha calculado el coeficiente de correlación de Pearson.

La comparación de las valoraciones de los pros y contras de consumir cannabis y las situaciones que tientan a su consumo según la etapa de adquisición se realizó con la prueba no paramétrica de Kruskal Wallis y los contrastes con la prueba U de Mann-Whitney.

La técnica de análisis de clústers fue aplicada para identificar grupos de riesgo en la iniciación al consumo de cannabis en función de la valoración de los pros, los contras y las situaciones de tentación.

Para la construcción de modelos predictores del estatus de consumo de cannabis se utilizaron las técnicas de regresión logística multinomial y de regresión logística binaria.

El análisis de datos se llevó a cabo mediante el paquete estadístico SPSS 15.0.

6. Resultados

6.1- Variables demográficas

La muestra está formada por 2.137 estudiantes universitarios de primer ciclo de la Universidad de Girona. La **Figura 6.1.1** muestra la distribución de los participantes según el sexo. Tres de los adolescentes del estudio omitieron este dato.

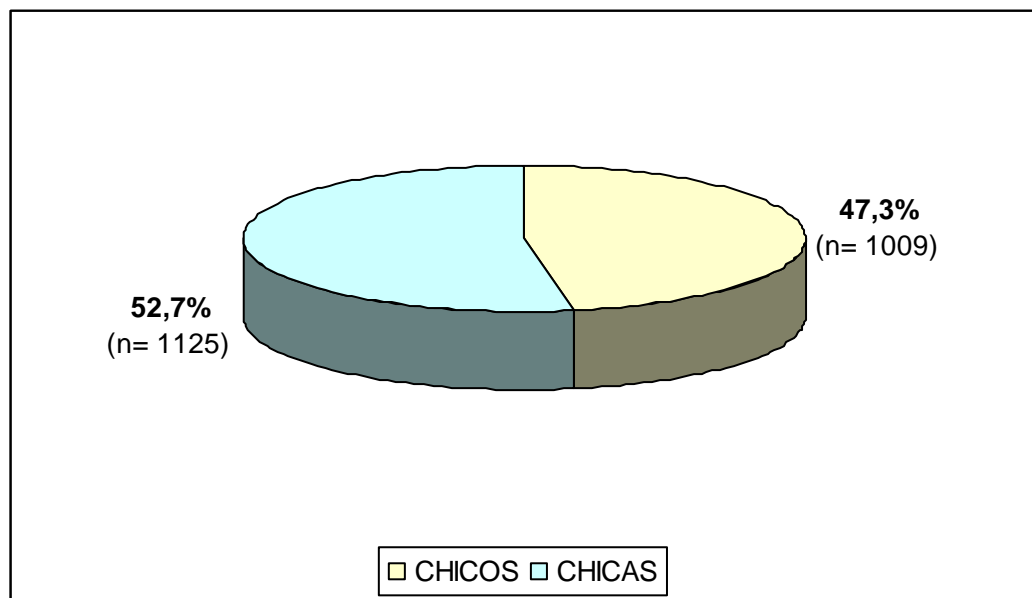


Figura 6.1.1: Distribución de la muestra en función del sexo (número de participantes y porcentaje).

En la **Figura 6.1.2** se presenta la distribución de los participantes según la facultad de procedencia y el sexo. Se puede apreciar que la distribución por sexo en cada facultad no es homogénea. De forma destacada se observa una mayor proporción de chicos que de chicas en la Escuela Politécnica Superior, siendo la única facultad en la que el porcentaje de estudiantes hombres supera al de mujeres. Se aprecia, también de manera acentuada, un mayor número de chicas que chicos estudiantes de carreras pertenecientes a la Facultad de Educación y Psicología, y a la Facultad de Enfermería. Las diferencias observadas son estadísticamente significativas ($\chi^2_{(3)} = 744,8$; $p < 0,0005$).

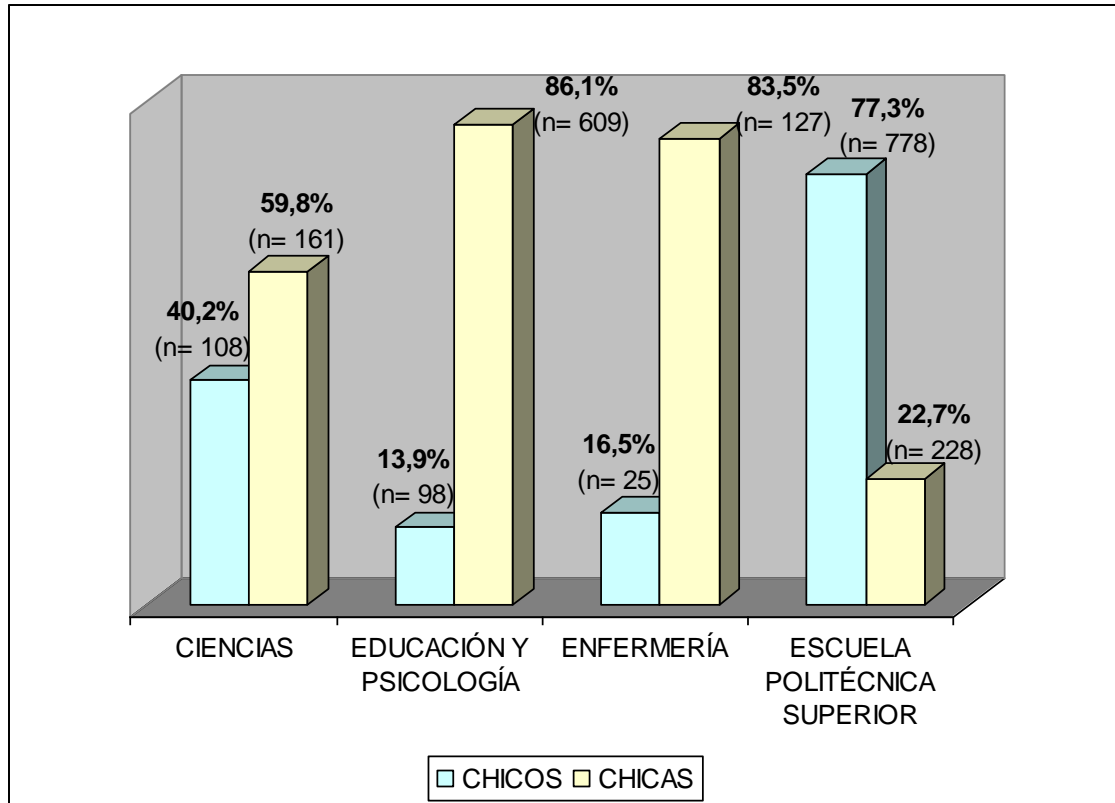


Figura 6.1.2: Distribución de los participantes según la facultad/escuela de procedencia y el sexo (número de sujetos y porcentaje por sexo de cada facultad/escuela).

La distribución de los universitarios encuestados en función de la facultad/escuela y el curso de procedencia se presentan en la **Tabla 6.1.1**.

Tabla 6.1.1: Distribución de los participantes según la facultad/escuela y el curso de procedencia.

FACULTAD/ESCUELA	CURSO			TOTAL
	1	2	3	
CIENCIAS	69 (25,5%)	131 (48,3%)	71 (26,2%)	271 (100%)
EDUCACIÓN Y PSICOLOGÍA	244 (34,5%)	242 (34,2%)	221 (31,3%)	707 (100%)
ENFERMERÍA	83 (54,2%)	0*	70 (45,8%)	153 (100%)
ESCUELA POLITÉCNICA SUPERIOR	445 (44,2%)	286 (28,4%)	275 (27,4%)	1006 (100%)
TOTAL	841 (39,4%)	659 (30,8%)	637 (29,8%)	2137 (100%)

* No se dispone de la información referente a 2º curso de la carrera de Enfermería.

Frecuencia absoluta

() Porcentaje por filas

La edad de los participantes se encuentra entre los 17 y los 35 años (edad media= 21,05; D.T.= 3,14). En la **Figura 6.1.3** se expone la distribución de la muestra por grupos de edad.

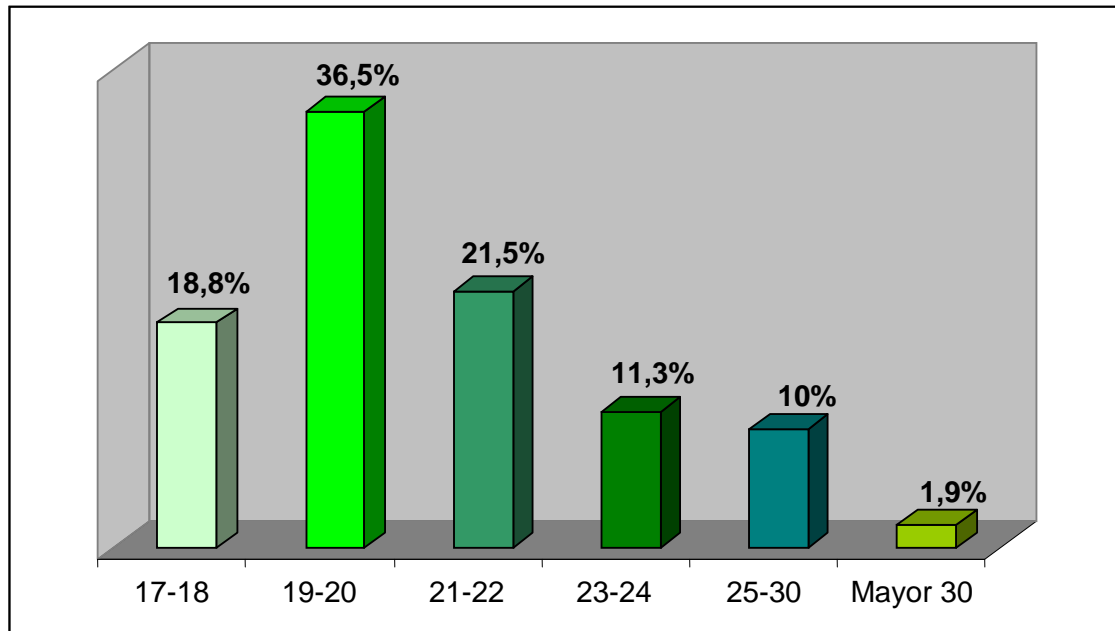


Figura 6.1.3: Distribución de los participantes por grupo de edad (porcentajes).

En la **Tabla 6.1.2** se presenta la distribución de los estudiantes en función del grupo de edad y el sexo. Con independencia del género más de tres cuartas partes de la muestra tienen entre 17 y 22 años.

Tabla 6.1.2: Distribución de los universitarios en función de las variables sexo y el grupo de edad.

EDAD	SEXO		TOTAL
	CHICOS	CHICAS	
17-18	210 (52,4%) [20,8%]	191 (47,6%) [17%]	401 (100%) [18,8%]
19-20	332 (42,6%) [32,9%]	447 (57,4%) [39,7%]	779 (100%) [36,5%]
21-22	222 (48,5%) [22%]	236 (51,5%) [21%]	458 (100%) [21,5%]
23-24	121 (50%) [12%]	121 (50%) [10,8%]	242 (100%) [11,3%]
25-30	106 (49,8%) [10,5%]	107 (50,2%) [9,5%]	213 (100%) [10%]
Mayor de 30	18 (43,9%) [1,8%]	23 (56,1%) [2%]	41 (100%) [1,9%]
TOTAL	1009 (47,3%) [100%]	1125 (52,7%) [100%]	2134 (100%) [100%]

Frecuencia absoluta

() Porcentaje por filas

[] Porcentaje por columnas

La edad media de los chicos (media= 21,05 años; D.T.= 3,19) es similar a la de las chicas (media= 21,04 años; D.T.= 3,10), no siendo estadísticamente significativas las diferencias observadas ($t_{(2132)} = 0,04$; $p = 0,97$).

En la **Tabla 6.1.3** se muestra la distribución de los participantes según la facultad/escuela, el grupo de edad y el sexo. El 77,1% de los chicos cursan carreras pertenecientes a la Escuela Politécnica Superior y más de la mitad de las chicas proceden de la Facultad de Educación y Psicología.

Tabla 6.1.3: Distribución de los estudiantes en función de las variables facultad/escuela y grupo de edad por sexo.

SEXO	FACULTAD/ESCUELA	EDAD						TOTAL
		17-18	19-20	21-22	23-24	25-30	Mayor 30	
CHICOS	CIENCIAS	9	46	34	14	5	0	108
		(8,3%)	(42,6%)	(31,5%)	(13%)	(4,6%)	-	(100%)
		[4,3%]	[13,9%]	[15,3%]	[11,6%]	[4,7%]	-	[10,7%]
	EDUCACIÓN Y PSICOLOGÍA	9	37	13	14	22	3	98
		(9,2%)	(37,7%)	(13,3%)	(14,3%)	(22,4%)	(3,1%)	(100%)
		[4,3%]	[11,1%]	[5,9%]	[11,6%]	[20,8%]	[16,7%]	[9,7%]
	ENFERMERÍA	2	5	6	1	8	3	25
	(8%)	(20%)	(24%)	(4%)	(32%)	(12%)	(100%)	
	[0,9%]	[1,5%]	[2,7%]	[0,8%]	[7,5%]	[16,7%]	[2,5%]	
ESCUELA POLITÉCNICA SUPERIOR	190	244	169	92	71	12	778	
	(24,4%)	(31,4%)	(21,7%)	(11,8%)	(9,1%)	(1,6%)	(100%)	
	[90,5%]	[73,5%]	[76,1%]	[76%]	[67%]	[66,6%]	[77,1%]	
TOTAL	210	332	222	121	106	18	1009	
	(20,8%)	(32,9%)	(22%)	(12%)	(10,5%)	(1,8%)	(100%)	
	[100%]	[100%]	[100%]	[100%]	[100%]	[100%]	[100%]	
CHICAS	CIENCIAS	16	65	45	21	13	1	161
		(9,9%)	(40,4%)	(28%)	(13%)	(8,1%)	(0,6%)	(100%)
		[8,4%]	[14,5%]	[19,1%]	[17,4%]	[12,1%]	[4,4%]	[14,3%]
	EDUCACIÓN Y PSICOLOGÍA	104	248	117	66	59	15	609
		(17,1%)	(40,7%)	(19,2%)	(10,8%)	(9,7%)	(2,5%)	(100%)
		[54,5%]	[55,5%]	[49,6%]	[54,5%]	[55,2%]	[65,2%]	[54,1%]
	ENFERMERÍA	18	55	26	11	13	4	127
	(14,2%)	(43,3%)	(20,5%)	(8,7%)	(10,2%)	(3,1%)	(100%)	
	[9,4%]	[12,3%]	[11%]	[9,1%]	[12,1%]	[17,4%]	[11,3%]	
ESCUELA POLITÉCNICA SUPERIOR	53	79	48	23	22	3	228	
	(23,2%)	(34,6%)	(21,1%)	(10,1%)	(9,7%)	(1,3%)	(100%)	
	[27,7%]	[17,7%]	[20,3%]	[19%]	[20,6%]	[13%]	[20,3%]	
TOTAL	191	447	236	121	107	23	1125	
	(17%)	(39,7%)	(21%)	(10,8%)	(9,5%)	(2%)	(100%)	
	[100%]	[100%]	[100%]	[100%]	[100%]	[100%]	[100%]	

Frecuencia absoluta

() Porcentaje por filas

[] Porcentaje por columnas

6.2- Variables relacionadas con el consumo de cannabis

6.2.1- Estatus de consumo

Objetivo: Conocer la prevalencia del consumo de cannabis de los estudiantes de la muestra según el sexo.

El estatus de consumo de cannabis de los participantes en función del sexo se muestra en la **Tabla 6.2.1.1**.

Tabla 6.2.1.1: Estatus de consumo de cannabis de los estudiantes universitarios según el sexo.

ESTATUS DE CONSUMO	SEXO		TOTAL
	CHICOS	CHICAS	
No consumidor	667 [66,7%]	841 [75,5%]	1508 [71,4%]
Ex consumidor	93 [9,3%]	81 [7,3%]	174 [8,2%]
Consumidor	240 [24%]	191 [17,2%]	431 [20,4%]
TOTAL	1000 [100%]	1113 [100%]	2113* [100%]

*24 participantes no contestaron esta pregunta.

Frecuencia absoluta

[] Porcentaje por columnas

Un **20,4%** de los participantes informan ser consumidores de cannabis. Se hallan en este caso más chicos que chicas, 24% y 17,2% respectivamente. La mayor parte de los estudiantes se consideran no consumidores de cannabis, en mayor porcentaje entre las chicas. Cabe destacar que el 8,2% de los participantes (9,3% chicos y 7,3% chicas) informan ser ex consumidores de cannabis. Las diferencias encontradas entre sexos son estadísticamente significativas ($\chi^2_{(2)} = 20,49$; $p < 0,0005$).

Objetivo: Averiguar la prevalencia del consumo de cannabis en los y las jóvenes en función de la edad.

Las **Figuras 6.2.1.1** y **6.2.1.2** muestran las distribuciones de los 1.000 chicos y de las 1.113 chicas respectivamente, que contestaron esta pregunta, en función del estatus de consumo de cannabis y el grupo de edad.

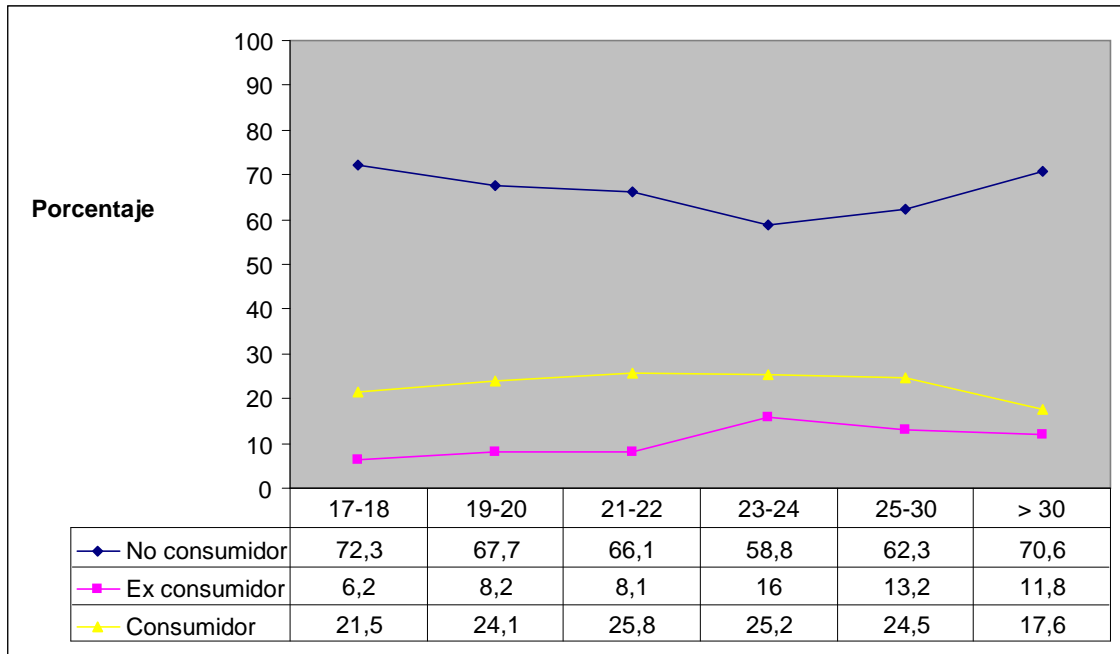


Figura 6.2.1.1: Distribución de los chicos en función del estatus de consumo de cannabis y el grupo de edad.

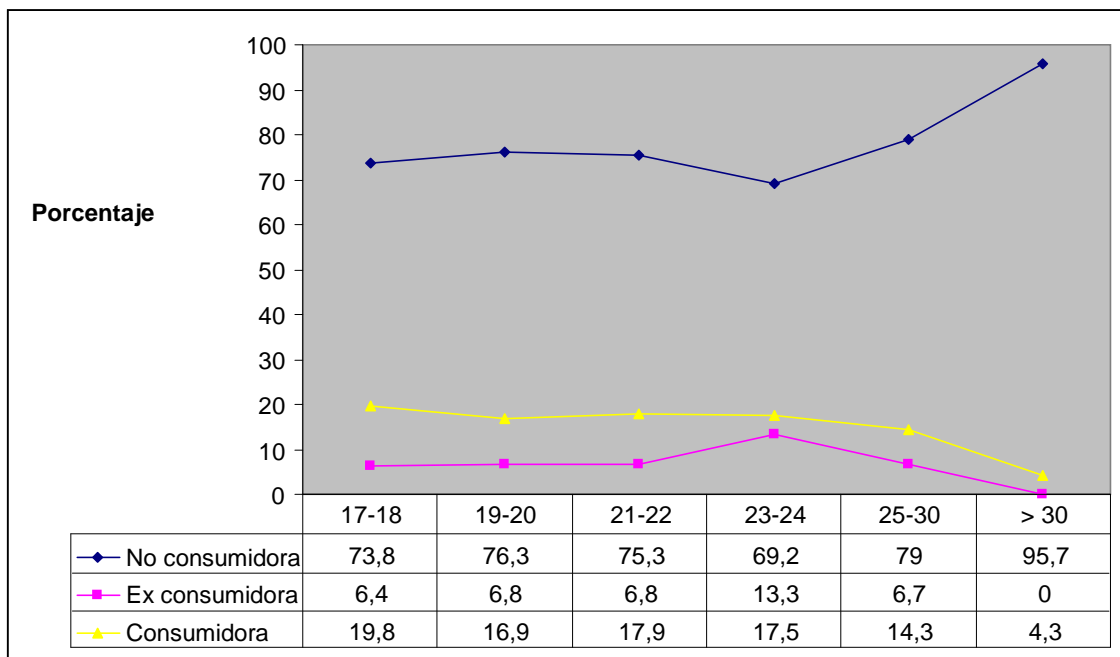


Figura 6.2.1.2: Distribución de las chicas en función del estatus de consumo de cannabis y el grupo de edad.

Entre los chicos se observa que el porcentaje de consumidores se incrementa a medida que aumenta la edad hasta los 22 años. Mientras que a partir de los 23 años la proporción de universitarios consumidores disminuye. En el caso de las chicas, entre los 19 y 20 años el porcentaje de consumidoras disminuye en relación al período de edad anterior, sin embargo entre los 21 y 22 años vuelve a aumentar. A partir de los

23 años disminuye considerablemente la proporción de chicas que consumen cannabis, situándose entre las de mayor edad muy por debajo de la proporción de chicos consumidores del mismo grupo de edad. Las diferencias en el estatus de consumo según el grupo de edad no son estadísticamente significativas ni para los chicos ni para las chicas ($\chi^2_{(10)} = 14,07$; $p = 0,17$ y $\chi^2_{(10)} = 13,90$; $p = 0,18$, respectivamente, sin cumplimiento de las condiciones de aplicación).

Objetivo: Estudiar la prevalencia del consumo de cannabis de los universitarios encuestados según la facultad/escuela de procedencia y el sexo.

La distribución de los participantes en función del estatus de consumo de cannabis, la facultad/escuela de procedencia y el sexo, se presenta en la **Tabla 6.2.1.2**.

Tabla 6.2.1.2: Distribución de los universitarios según el estatus de consumo de cannabis, la facultad/escuela a la que pertenecen y el sexo.

SEXO	ESTATUS DE CONSUMO	FACULTADES Y ESCUELAS				TOTAL
		CIENCIAS	EDUCACIÓN Y PSICOLOGÍA	ENFERMERÍA	POLITÉCNICA SUPERIOR	
CHICOS	No consumidor	66 [61,1%]	55 [56,1%]	16 [64%]	530 [68,9%]	667 [66,7%]
	Ex consumidor	10 [9,3%]	17 [17,4%]	1 [4%]	65 [8,5%]	240 [24%]
	Consumidor	32 [29,6%]	26 [26,5%]	8 [32%]	174 [22,6%]	93 [9,3%]
		108 [100%]	98 [100%]	25 [100%]	769 [100%]	1000 [100%]
	TOTAL					
CHICAS	No consumidora	105 [66,1%]	452 [74,8%]	104 [81,9%]	180 [80,7%]	841 [75,6%]
	Ex consumidora	18 [11,3%]	47 [7,8%]	6 [4,7%]	10 [4,5%]	81 [7,3%]
	Consumidora	36 [22,6%]	105 [17,4%]	17 [13,4%]	33 [14,8%]	191 [17,1%]
		159 [100%]	604 [100%]	127 [100%]	223 [100%]	1113 [100%]
	TOTAL					

Frecuencia absoluta

[] Porcentaje por columnas

Entre los chicos, el mayor porcentaje de consumidores de cannabis se encuentra en la escuela de Enfermería. Los estudiantes de la escuela Politécnica Superior son los que con menor frecuencia consumen la sustancia. Entre las chicas el mayor porcentaje de consumidoras se sitúa entre las estudiantes de carreras pertenecientes a la facultad

de Ciencias. Estas diferencias son estadísticamente significativas (chicos: $\chi^2_{(6)}= 13,88$; $p= 0,03$; chicas: $\chi^2_{(6)}= 15,30$; $p= 0,02$). El análisis de los residuos tipificados y corregidos indica que las diferencias entre los chicos no consumidores se hallan entre las facultades de Educación y Psicología y la Escuela Politécnica Superior: el porcentaje de chicos no consumidores es significativamente menor en esta última. Entre los chicos ex consumidores se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la facultad de Educación y Psicología donde se detecta un mayor porcentaje de chicos ex consumidores respecto a las otras facultades. Entre las chicas se observan diferencias relevantes en las escuelas de Enfermería y Politécnica Superior de forma que el porcentaje de no consumidoras es mayor que en el resto de facultades. El mayor porcentaje de chicas consumidoras se halla en la facultad de Ciencias con diferencias significativas respecto a las otras facultades. También destaca en esta facultad el elevado porcentaje de chicas ex consumidoras de cannabis.

6.2.2- Experimentación con el cannabis

Objetivo: Analizar el nivel de experimentación con el cannabis de los jóvenes encuestados en función del sexo.

La **Tabla 6.2.2.1** muestra a los 1.508 estudiantes universitarios no consumidores de cannabis en función de la experimentación con la sustancia y el sexo.

Tabla 6.2.2.1: Universitarios no consumidores de cannabis según si han probado o no el cannabis, por sexo.

EXPERIMENTACIÓN CON EL CANNABIS	SEXO		TOTAL
	CHICOS	CHICAS	
No lo ha probado	301 [45,1%]	369 [43,9%]	670 [44,4%]
Lo ha probado, pero no es consumidor	366 [54,9%]	472 [56,1%]	838 [55,6%]
TOTAL	667 [100%]	841 [100%]	1508 [100%]

Frecuencia absoluta

[] Porcentaje por columnas

El 55,6% de los jóvenes han probado alguna vez el cannabis aunque no se consideran consumidores de esta sustancia. La experimentación con el consumo de cannabis es

similar entre chicos y chicas: las diferencias observadas no son estadísticamente significativas ($\chi^2_{(1)} = 0,24$; $p = 0,63$).

Objetivo: Evaluar el nivel de experimentación con la sustancia de los y las estudiantes de la muestra en función de la edad.

Las distribuciones de los chicos y de las chicas no consumidores según su experimentación con el cannabis y el grupo de edad, se muestran respectivamente en las **Figuras 6.2.2.1 y 6.2.2.2**.

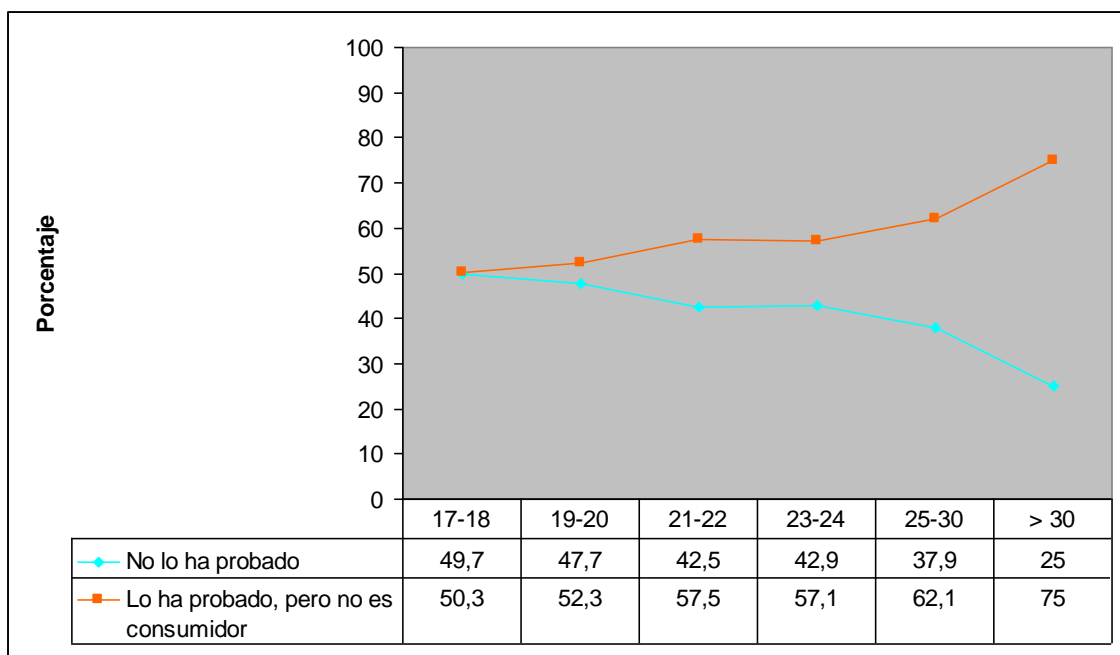


Figura 6.2.2.1: Universitarios no consumidores de cannabis en función de la experimentación con la sustancia y el grupo de edad.

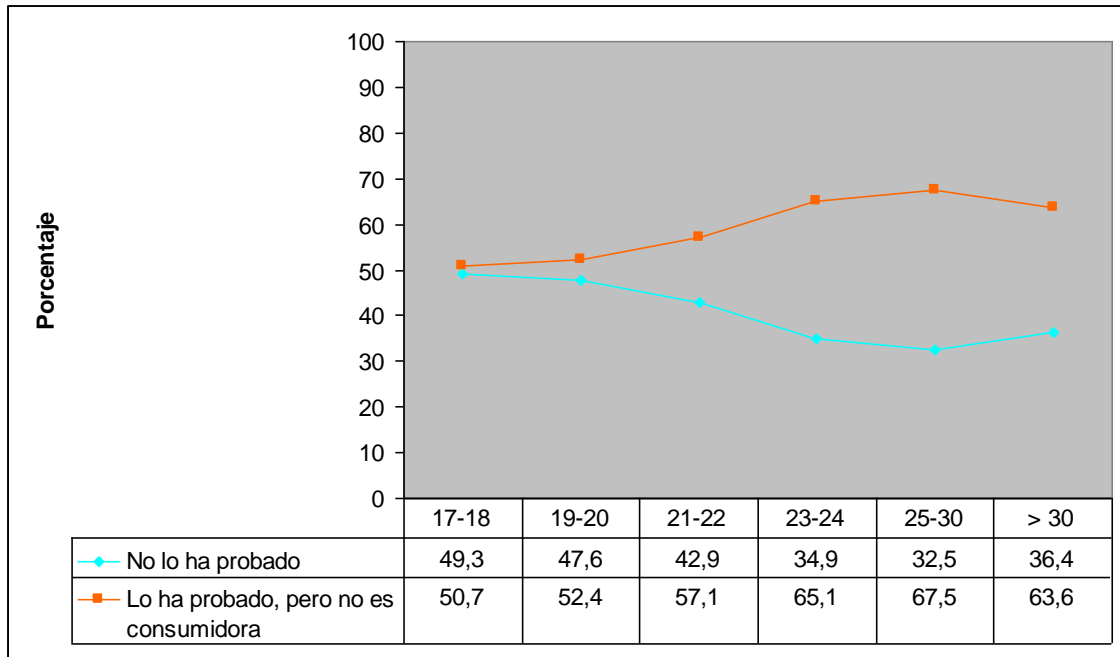


Figura 6.2.2.2: Universitarias no consumidoras de cannabis en función de la experimentación con la sustancia y el grupo de edad.

Se aprecia que a medida que aumenta la edad de los participantes se incrementa también su experimentación con el cannabis, tanto entre los chicos como entre las chicas, pero las diferencias observadas sólo son estadísticamente significativas en el caso de ellas (chicos: $\chi^2_{(5)} = 5,80$; $p = 0,33$; chicas: $\chi^2_{(5)} = 11,17$; $p = 0,048$).

Objetivo: Estudiar el nivel de experimentación con el cannabis de los universitarios según la facultad/escuela de procedencia y el sexo.

En la **Tabla 6.2.2.2** se muestra la distribución de los participantes en función de la experimentación con el consumo de cannabis, la facultad/escuela de procedencia y el sexo.

Tabla 6.2.2.2: Distribución de los universitarios no consumidores según la experimentación con el cannabis, la facultad/escuela en la que estudian y el sexo.

SEXO	EXPERIMENTACIÓN CON EL CANNABIS	FACULTADES Y ESCUELAS			TOTAL	
		CIENCIAS	EDUCACIÓN Y PSICOLOGÍA	ENFERMERÍA		POLITÉCNICA SUPERIOR
CHICOS	No lo ha probado	29 [43,9%]	19 [34,5%]	6 [37,5%]	247 [46,6%]	301 [45,1%]
	Lo ha probado, pero no es consumidor	37 [56,1%]	36 [65,5%]	10 [62,5%]	283 [53,4%]	366 [54,9%]
	TOTAL	66 [100%]	55 [100%]	16 [100%]	530 [100%]	667 [100%]
CHICAS	No lo ha probado	43 [41%]	190 [42%]	51 [49%]	85 [47,2%]	369 [43,9%]
	Lo ha probado, pero no es consumidora	62 [59%]	262 [58%]	53 [51%]	95 [52,8%]	472 [56,1%]
	TOTAL	105 [100%]	452 [100%]	104 [100%]	180 [100%]	841 [100%]

Frecuencia absoluta

[] Porcentaje por columnas

Un mayor porcentaje de chicos estudiantes de la facultad de Educación y Psicología ha probado el cannabis respecto a las otras facultades descritas; entre las chicas son las alumnas de la facultad de Ciencias las que con más frecuencia han experimentado con esta sustancia. No obstante las diferencias observadas no son estadísticamente significativas (chicos: $\chi^2_{(3)} = 3,37$; $p = 0,34$; chicas: $\chi^2_{(3)} = 2,93$; $p = 0,40$).

6.2.3- Intención de consumo de cannabis

Objetivo: Conocer la intención de consumo futuro de cannabis entre los estudiantes según el sexo.

En la **Tabla 6.2.3.1** se presenta la distribución de los jóvenes no consumidores de cannabis según su intención de consumir esta sustancia en un futuro próximo y el sexo. Un 16,2% de los estudiantes universitarios no consume cannabis pero tiene intención de hacerlo en un futuro cercano.

Tabla 6.2.3.1: Participantes no consumidores de cannabis según la intención de consumo futuro y el sexo.

INTENCIÓN DE CONSUMO	SEXO		TOTAL
	CHICOS	CHICAS	
No intención de consumo	539	725	1264
	[80,8%]	[86,2%]	[83,8%]
Intención de consumo	128	116	244
	[19,2%]	[13,8%]	[16,2%]
TOTAL	667	841	1508
	[100%]	[100%]	[100%]

Frecuencia absoluta

[] Porcentaje por columnas

Entre los no consumidores, más chicos que chicas tienen intención de consumir cannabis próximamente. Las diferencias observadas son estadísticamente significativas ($\chi^2_{(1)} = 7,99$; $p = 0,005$).

Objetivo: Analizar la intención de consumo futuro de cannabis de los y las jóvenes en función de la edad.

Las distribuciones de los y las jóvenes no consumidores de cannabis según su intención de consumo futuro y la edad, se presentan en las **Figuras 6.2.3.1** y **6.2.3.2**, respectivamente.

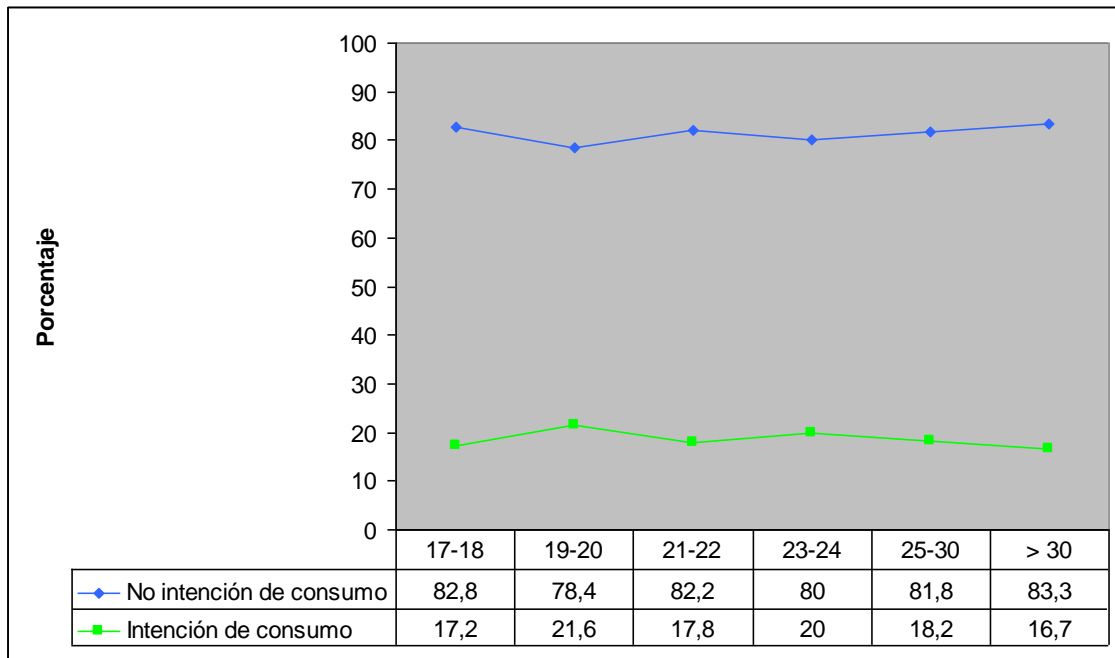


Figura 6.2.3.1: Chicos universitarios no consumidores de cannabis según la intención de consumo futuro y el grupo de edad.

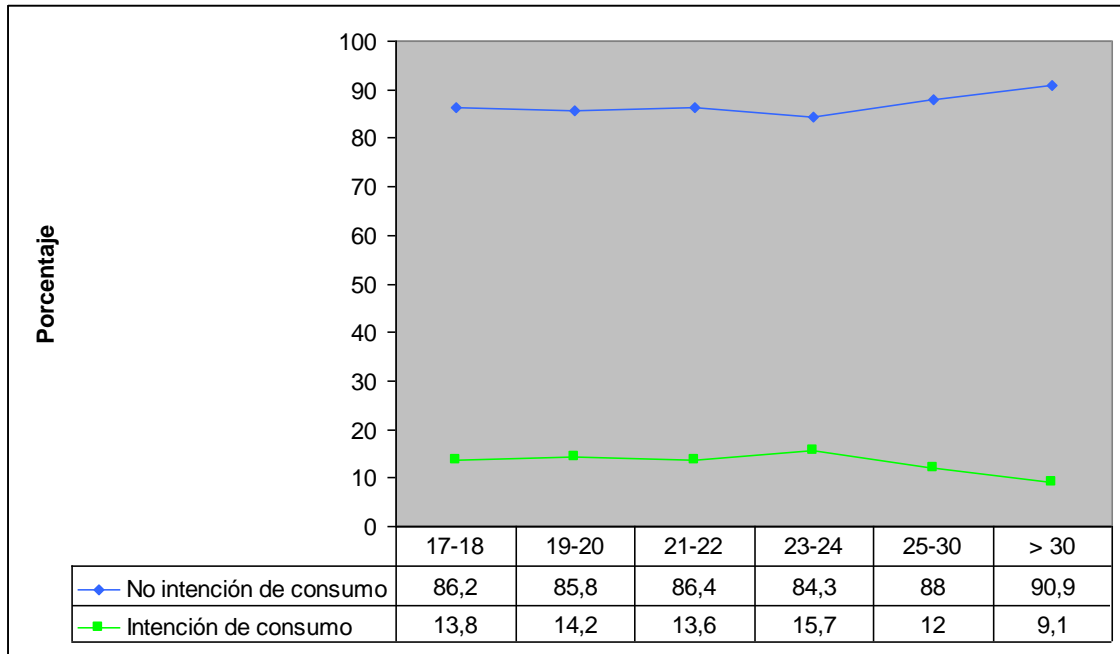


Figura 6.2.3.2: Chicas universitarias no consumidoras de cannabis según la intención de consumo futuro y el grupo de edad.

Tanto entre los chicos como entre las chicas la intención de consumir cannabis en un futuro próximo se incrementa de los 17 a los 20 años, disminuye entre los 21-22 años y aumenta entre los 23-24 años. A partir de los 25 se observa una disminución de la proporción de jóvenes que tienen intención de consumir cannabis próximamente. Si bien estas diferencias no son estadísticamente significativas (chicos: $\chi^2_{(5)} = 1,53$; $p = 0,91$; chicas: $\chi^2_{(5)} = 0,92$; $p = 0,97$, sin cumplimiento de los criterios de aplicación del análisis estadístico χ^2).

Objetivo: Evaluar la intención de consumo futuro de cannabis de los universitarios no consumidores de la muestra según la facultad/escuela de procedencia y el sexo.

En la **Tabla 6.2.3.2** se presenta la distribución de jóvenes no consumidores de cannabis según su intención de consumo futuro de la sustancia, la facultad/escuela de procedencia y el sexo.

Tabla 6.2.3.2: Universitarios no consumidores de cannabis según la intención de consumo futuro, la facultad/escuela en la que estudian y el sexo.

SEXO	INTENCIÓN DE CONSUMO	FACULTADES Y ESCUELAS				TOTAL
		CIENCIAS	EDUCACIÓN Y PSICOLOGÍA	ENFERMERÍA	POLITÉCNICA SUPERIOR	
CHICOS	No intención de consumo	50 [75,8%]	46 [83,6%]	10 [62,5%]	433 [81,7%]	539 [80,8%]
	Intención de consumo	16 [24,2%]	9 [16,4%]	6 [37,5%]	97 [18,3%]	128 [19,2%]
	TOTAL	66 [100%]	55 [100%]	16 [100%]	530 [100%]	667 [100%]
CHICAS	No intención de consumo	85 [81%]	400 [88,5%]	82 [78,8%]	158 [87,8%]	725 [86,2%]
	Intención de consumo	20 [19%]	52 [11,5%]	22 [21,2%]	22 [12,2%]	116 [13,8%]
	TOTAL	105 [100%]	452 [100%]	104 [100%]	180 [100%]	841 [100%]

Frecuencia absoluta

[] Porcentaje por columnas

El centro educativo donde existe un mayor porcentaje de participantes que tienen intención de consumir cannabis próximamente es la escuela de Enfermería, tanto entre los chicos como entre las chicas, sin embargo las diferencias observadas sólo son estadísticamente significativas en el caso de las chicas (chicos: $\chi^2_{(3)} = 5,10$; $p = 0,17$; chicas: $\chi^2_{(3)} = 9,54$; $p = 0,02$). El análisis de los residuos tipificados y corregidos indica que entre las chicas es en la facultad de Educación y Psicología donde se observa un mayor porcentaje de estudiantes sin intención de consumir cannabis en un futuro cercano respecto a la escuela de Enfermería, donde se detecta el porcentaje más bajo de chicas que no tienen intención de consumir cannabis próximamente.

6.2.4- Etapas de adquisición del consumo de cannabis

Objetivo: Clasificar a los jóvenes encuestados según la etapa de iniciación del consumo de cannabis de acuerdo con el modelo de adquisición de la adicción propuesto por Pallonen et al. (1998) y el nivel de experimentación con esta sustancia, en función del sexo.

En la **Tabla 6.2.4.1** se presenta la distribución de los jóvenes universitarios según la etapa de adquisición del consumo de cannabis, evaluada a partir de una adaptación

del modelo propuesto por Pallonen et al. (1998), la experimentación previa con la sustancia (No lo ha probado/Lo ha probado) y el sexo.

Tabla 6.2.4.1: Distribución de la muestra según la etapa de adquisición del consumo de cannabis, la experimentación con la sustancia, y el sexo.

ETAPA DE ADQUISICIÓN	SEXO		TOTAL
	CHICOS	CHICAS	
No lo ha probado nunca y no tiene intención de consumir en los próximos 6 meses.	289 (44,5%) [28,9%]	360 (55,5%) [32,3%]	649 (100%) [30,7%]
No lo ha probado nunca, pero tiene intención de consumir en los próximos 6 meses.	7 (53,8%) [0,7%]	6 (46,2%) [0,5%]	13 (100%) [0,6%]
No lo ha probado nunca, pero tiene intención de consumir en los próximos 30 días.	5 (62,5%) [0,5%]	3 (37,5%) [0,3%]	8 (100%) [0,4%]
Lo ha probado y no tiene intención de consumir en los próximos 6 meses.	250 (40,7%) [25%]	365 (59,3%) [32,8%]	615 (100%) [29,1%]
Lo ha probado y tiene intención de consumir en los próximos 6 meses.	69 (53,1%) [6,9%]	61 (46,9%) [5,5%]	130 (100%) [6,2%]
Lo ha probado y tiene intención de consumir en los próximos 30 días.	47 (50,5%) [4,7%]	46 (49,5%) [4,1%]	93 (100%) [4,4%]
Consume, pero no cada día.	145 (49,7%) [14,5%]	147 (50,3%) [13,2%]	292 (100%) [13,8%]
Consume cada día desde hace menos de 6 meses.	8 (72,7%) [0,8%]	3 (27,3%) [0,3%]	11 (100%) [0,5%]
Consume cada día desde hace más de 6 meses.	87 (68%) [8,7%]	41 (32%) [3,7%]	128 (100%) [6,1%]
Consumía pero lo ha dejado desde hace menos de 6 meses.	16 (44,4%) [1,6%]	20 (55,6%) [1,8%]	36 (100%) [1,7%]
Consumía pero lo ha dejado hace 6 meses o más.	77 (55,8%) [7,7%]	61 (44,2%) [5,5%]	138 (100%) [6,5%]
TOTAL	1000 (47,3%) [100%]	1113 (52,7%) [100%]	2113* (100%) [100%]

*24 participantes no contestaron esta pregunta.

Frecuencia absoluta

() Porcentaje por filas

[] Porcentaje por columnas

Se observa un elevado porcentaje de universitarios que no tienen intención de consumir cannabis en los próximos 6 meses, tanto si lo han probado como si no (29,1% y 30,7% respectivamente). Son pocos los participantes que tienen intención de consumir la sustancia en los próximos 30 días, independientemente de la experimentación previa. Dos de cada diez jóvenes de la muestra se consideran consumidores y 8 de cada cien ya no consumen esta sustancia, aunque la habían consumido en el pasado.

Objetivos: Estudiar la relación entre el nivel de experimentación con el cannabis y la intención de consumir esta sustancia en un futuro próximo en los chicos y las chicas de la muestra.

Las **Figuras 6.2.4.1** y **6.2.4.2** muestran las distribuciones de los chicos y de las chicas no consumidores respectivamente, según la experimentación con el cannabis y la intención de consumo próximo. En ambos casos se observa que entre los y las jóvenes que han probado alguna vez el cannabis es más frecuente encontrar participantes que tienen intención de consumir esta sustancia en un futuro cercano, y las diferencias observadas son estadísticamente significativas (chicos: $\chi^2_{(1)}= 81,76$; $p < 0,0005$; chicas: $\chi^2_{(1)}= 71,28$; $p < 0,0005$).

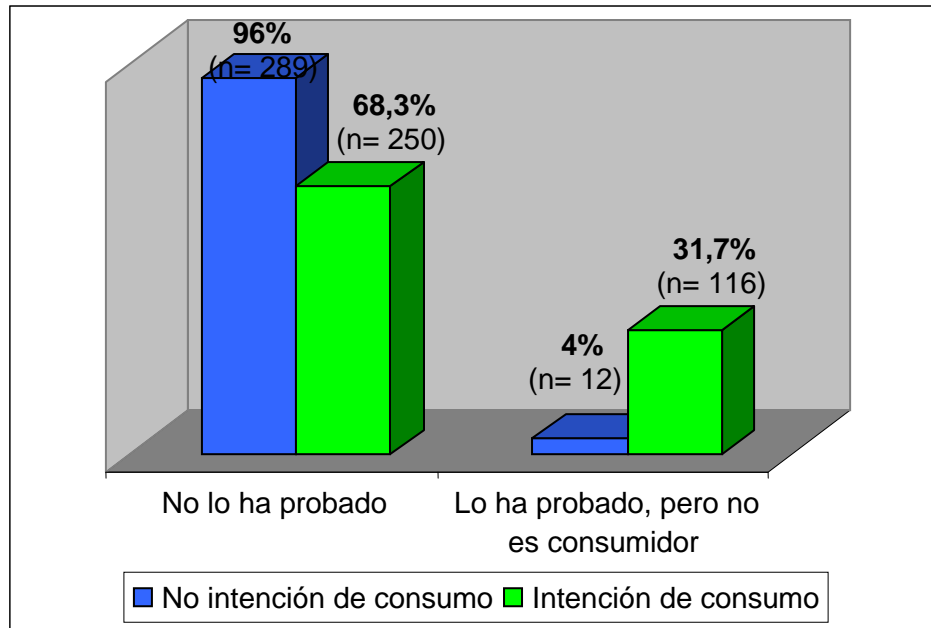


Figura 6.2.4.1: Distribución de los chicos universitarios no consumidores de cannabis según la experimentación con la sustancia y la intención de consumo futuro.

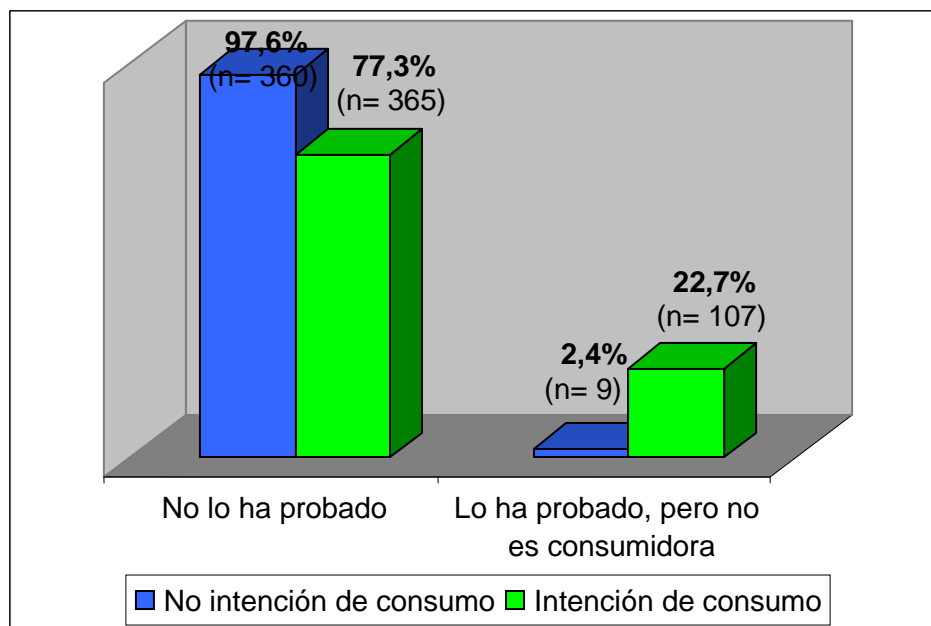


Figura 6.2.4.2: Distribución de las chicas universitarias no consumidoras de cannabis en función de su experimentación con la sustancia y la intención de consumo futuro.

6.2.5- Magnitud de consumo de cannabis

Objetivo: Conocer la magnitud del consumo de cannabis entre los jóvenes que informan ser consumidores y analizar las diferencias por sexo.

La **Tabla 6.2.5.1** muestra la distribución de los participantes consumidores según el número de “porros” de cannabis fumados el último día de consumo (de 1 a 5 “porros”; de 6 a 10 “porros”; más de 10 “porros”) y el sexo. Se puede observar que la mayor parte de los universitarios informan haber consumido entre 1 y 5 “porros” en la última ocasión de consumo, si bien 1 de cada 10 consumidores fumaron 6 o más “porros” ese día. El porcentaje de jóvenes varones con elevado consumo supera al de las chicas, siendo las diferencias observadas estadísticamente significativas ($\chi^2_{(2)}= 7,70$; $p= 0,02$).

Tabla 6.2.5.1: Distribución de los universitarios consumidores de cannabis en función de la magnitud de consumo el último día y el sexo.

MAGNITUD DE CONSUMO	SEXO		TOTAL
	CHICOS	CHICAS	
De 1 a 5 “porros”	249 (54,4%) [86,8%]	209 (45,6%) [94,1%]	458 (100%) [90%]
De 6 a 10 “porros”	27 (73%) [9,4%]	10 (27%) [4,5%]	37 (100%) [7,3%]
Más de 10 “porros”	11 (78,6%) [3,8%]	3 (21,4%) [1,4%]	14 (100%) [2,7%]
TOTAL	287 (56,4%) [100%]	222 (43,6%) [100%]	509 (100%) [100%]

Frecuencia absoluta

() Porcentaje por filas

[] Porcentaje por columnas

Objetivo: Evaluar la magnitud del consumo de cannabis entre los universitarios consumidores de esta sustancia según la edad.

La distribución de los jóvenes consumidores según la magnitud de consumo de cannabis el último día de consumo y la edad, se muestra en la **Figura 6.2.5.1**. Se observa que la mayor parte de consumidores masivos, es decir los que el último día de consumo fumaron 6 “porros” o más de cannabis, tienen entre 17 y 24 años de edad. Se ha aplicado la prueba estadística X^2 (sin cumplimiento de las condiciones de aplicación) y no se han observado diferencias estadísticamente significativas por grupo de edad ($\chi^2_{(10)}= 9,52$; $p= 0,48$).

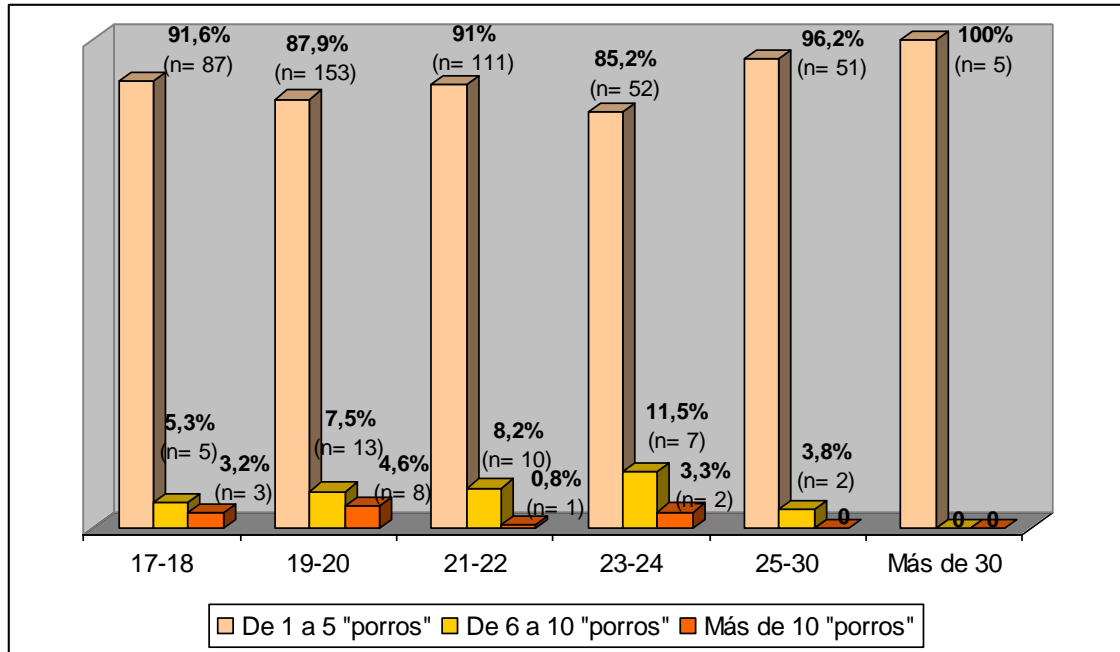


Figura 6.2.5.1: Distribución de los universitarios consumidores de cannabis en función de la magnitud de “porros” fumados el último día de consumo y el grupo de edad.

6.2.6- Policonsumo de sustancias

Objetivo: Analizar la prevalencia de consumo de cannabis de los jóvenes encuestados según el consumo de otras sustancias.

La **Figura 6.2.6.1** muestra el porcentaje de consumidores de tabaco, alcohol, cocaína y pastillas (éxtasis o similares) en función del consumo actual de cannabis.

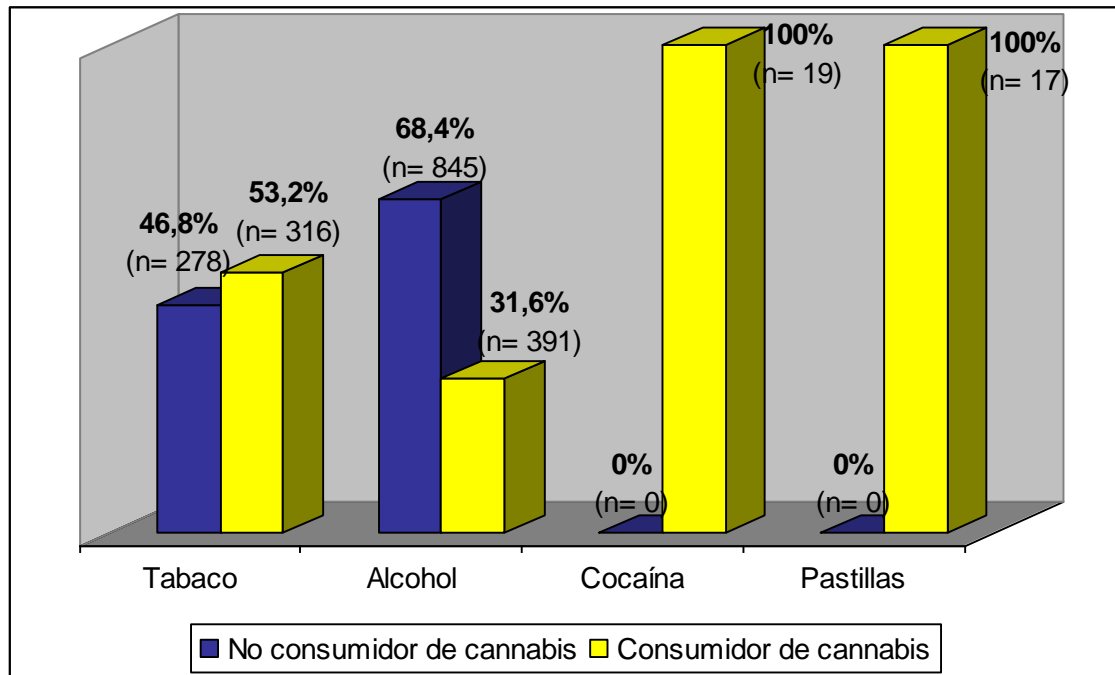


Figura 6.2.6.1: Porcentaje de consumidores de tabaco, alcohol, cocaína y pastillas según el consumo actual de cannabis.

Se observan diferencias estadísticamente significativas entre el estatus de consumo de las cuatro sustancias según el consumo de cannabis (Tabaco: $\chi^2_{(1)} = 507,59$; $p < 0,0005$; Alcohol: $\chi^2_{(1)} = 169,84$; $p < 0,0005$; Cocaína: Prueba exacta de Fisher: $p < 0,0005$; Pastillas: Prueba exacta de Fisher: $p < 0,0005$). Excepto en el caso del alcohol, se aprecia una mayor proporción de consumidores de sustancias entre los consumidores de cannabis respecto a los no consumidores.

Objetivo: Clasificar a los jóvenes consumidores de cannabis en función del consumo de otras sustancias.

En la **Tabla 6.2.6.1** se muestra la distribución de los universitarios consumidores de cannabis en función del consumo de otras sustancias. En cada categoría se indican únicamente las sustancias consumidas, por ejemplo los 24 participantes que consumen cannabis y tabaco informan no consumir alcohol, cocaína o pastillas. Se observa que sólo el 3,1% de los consumidores de cannabis únicamente consumen dicha sustancia. El 6,5% de los jóvenes consumen cannabis y tabaco, y el 17,5% de los consumidores de cannabis también beben alcohol. Un 68,3% de los jóvenes consumidores de cannabis consumen también tabaco y alcohol. Es muy poco frecuente el consumo de cannabis asociado a la cocaína o las pastillas en jóvenes que no consumen tabaco y/o alcohol.

Tabla 6.2.6.1: Distribución de los universitarios consumidores de cannabis en función del consumo combinado de otras sustancias.

CONSUMIDORES DE CANNABIS	
Sólo consumen cannabis	12 (3,1%)
Consumen cannabis y tabaco	24 (6,5%)
Consumen cannabis y alcohol	65 (17,5%)
Consumen cannabis y cocaína	1 (0,3%)
Consumen cannabis y pastillas	- -
Consumen cannabis, tabaco y alcohol	254 (68,3%)
Consumen cannabis, tabaco y cocaína	- -
Consumen cannabis, tabaco y pastillas	- -
Consumen cannabis, alcohol y cocaína	2 (0,5%)
Consumen cannabis, alcohol y pastillas	1 (0,3%)
Consumen cannabis, cocaína y pastillas	- -
Consumen cannabis, tabaco, alcohol y cocaína	2 (0,5%)
Consumen cannabis, tabaco, alcohol y pastillas	4 (1,1%)
Consumen cannabis, tabaco, alcohol, cocaína y pastillas	7 (1,9%)
Total	372* (100%)

*59 de los 431 casos de consumidores de cannabis omiten la información referente al consumo de otras sustancias.

Frecuencia absoluta

() Porcentaje

6.2.7- Edad de primera experimentación con el cannabis

Objetivo: Estudiar a los participantes que han probado en alguna ocasión el cannabis según la edad de primera experimentación con la sustancia.

Como media los jóvenes de la muestra informan haber probado el cannabis por primera vez a los 15,82 años (D.T.= 1,89).

En la **Figura 6.2.7.1** se puede observar la distribución de los 1.446 participantes que han contestado esta pregunta según la edad de primera experimentación con el cannabis. La mayor parte de ellos se iniciaron en el consumo de cannabis antes de los 17 años (84,9% de los jóvenes), mientras que son minoría los que lo probaron por primera vez a los 18 años o con edades superiores.

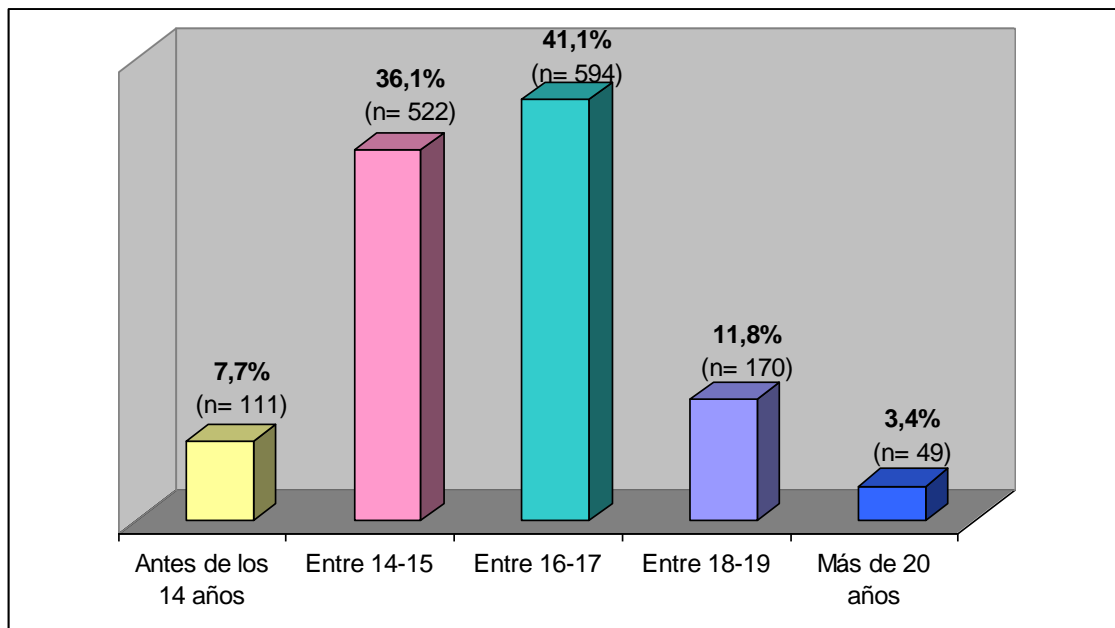


Figura 6.2.7.1: Distribución de los participantes que han probado el cannabis según la edad de primera experimentación con la sustancia.

Objetivo: Conocer la edad de primera experimentación con el cannabis según su estatus actual de consumo y el sexo entre los jóvenes que han probado alguna vez esta sustancia.

En la **Tabla 6.2.7.1** se presentan los estadísticos descriptivos de la variable “Edad de primera experimentación con el cannabis” en función del estatus de consumo (No consumidor que ha probado la sustancia/Consumidor) y el sexo. El análisis de la varianza del diseño factorial 2x2 (estatus de consumo x sexo) indica que como media los chicos y chicas de la muestra informan haber probado el cannabis a edades similares ($F_{(1,1210)} = 2,24$; $p = 0,13$). Los jóvenes que se consideran no consumidores de cannabis lo han probado más tarde que aquellos que se consideran consumidores de esta sustancia ($F_{(1,1210)} = 51,59$; $p < 0,0005$). Esta tendencia se observa tanto en chicos como en chicas (Interacción: $F_{(1,1210)} = 0,26$; $p = 0,61$).

Tabla 6.2.7.1: Estadísticos descriptivos de la variable “Edad de primera experimentación con el cannabis”* en función del estatus de consumo y el sexo.

ESTATUS DE CONSUMO	CHICOS	CHICAS	TOTAL
	Media de edad (D.T.)	Media de edad (D.T.)	Media de edad (D.T.)
	n	n	n
No consumidor que ha probado el cannabis	16,04 (1,87) n= 346	16,26 (1,83) n= 440	16,16 (1,85) n= 786**
Consumidor	15,29 (1,90) n= 237	15,40 (1,87) n= 191	15,34 (1,89) n= 428***
TOTAL	15,73 (1,91) n= 583	16 (1,88) n= 631	15,87 (1,90) n= 1214

* Sólo deben contestar esta pregunta los jóvenes que han probado el cannabis en alguna ocasión.

** 52 jóvenes de este grupo no responden esta pregunta.

*** 3 jóvenes de este grupo omiten la respuesta a esta pregunta.

6.2.8- Edad de inicio del consumo regular de cannabis

Objetivo: Clasificar a los jóvenes consumidores de cannabis en función de la edad de inicio de consumo regular de esta sustancia.

Los jóvenes consumidores de cannabis, como media, han iniciado el consumo regular de esta sustancia a los 16,96 años (D.T.= 2,16).

La **Figura 6.2.8.1** muestra la distribución de los 453 consumidores que han contestado a la pregunta en función de la edad de inicio del consumo regular de cannabis. La mayor parte de los jóvenes que consumen cannabis de forma regular empezaron este consumo entre los 16 y los 19 años (72% de los universitarios), aunque casi 2 de cada 10 se iniciaron antes de los 16 años.

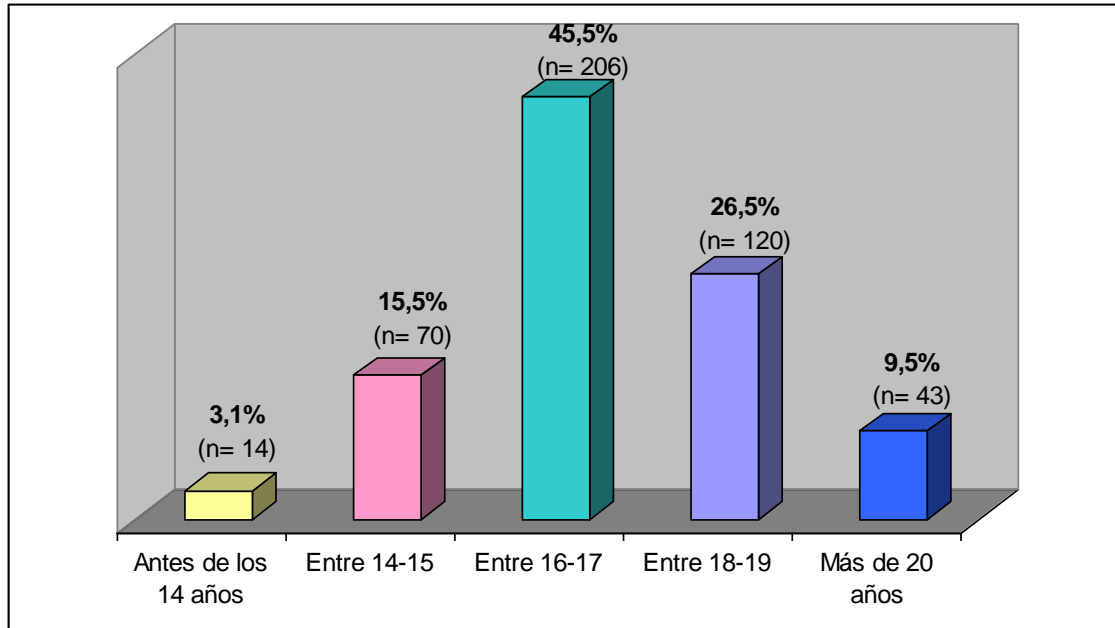


Figura 6.2.8.1: Distribución de los participantes por edad de inicio del consumo regular de cannabis.

Objetivo: Evaluar la edad de inicio del consumo regular de cannabis entre los estudiantes consumidores según la magnitud de consumo actual y el sexo.

La **Tabla 6.2.8.1** muestra los estadísticos descriptivos de la variable edad de inicio del consumo regular según la magnitud de consumo y el sexo. El análisis de la varianza del diseño factorial 3x2 (magnitudxsexo) indica que la edad de inicio de consumo regular no está relacionada con el sexo ($F_{(1,371)} = 0,01$; $p = 0,92$). La edad media de inicio del consumo regular es más temprana a medida que aumenta la cantidad de “porros” consumidos el último día de consumo, siendo las diferencias observadas estadísticamente significativas ($F_{(2,371)} = 3,53$; $p = 0,03$). No obstante los contrastes de Scheffé indican que las diferencias no alcanzan la significación estadística entre los grupos comparados de dos en dos ($p > 0,05$). Tampoco existe efecto de interacción significativo entre los dos factores ($F_{(2,371)} = 0,26$; $p = 0,77$).

Tabla 6.2.8.1: Estadísticos descriptivos de la variable “Edad de inicio del consumo regular de cannabis”* en función de la magnitud de consumo y el sexo.

MAGNITUD DE CONSUMO	CHICOS	CHICAS	TOTAL
	Media de edad	Media de edad	Media de edad
	(D.T.)	(D.T.)	(D.T.)
	n	n	n
De 1 a 5 “porros”	17,26 (2,22) n= 184	17,13 (2,08) n= 150	17,20 (2,15) n= 334
De 6 a 10 “porros”	16,16 (1,84) n= 25	16,67 (1,51) n= 6	16,26 (1,77) n= 31
Más de 10 “porros”	15,89 (2,37) n= 9	15,33 (1,16) n= 3	15,75 (2,09) n= 12
TOTAL	17,08 (2,21) n= 218	17,08 (2,06) n= 159	17,08 (2,15) n= 377**

* Sólo deben contestar esta pregunta los jóvenes que consumen cannabis de forma regular.

** De los 453 consumidores de la muestra responden a esta pregunta 377 jóvenes.

6.3- Variables relacionadas con la influencia social

6.3.1- Con quién estaban los jóvenes la primera vez que probaron el cannabis

Objetivo: Conocer con quién estaban los jóvenes la primera vez que probaron el cannabis y si existen diferencias según el estatus de consumo actual y el sexo.

El 97% de los 1.351 encuestados que han probado el cannabis, se consideran actualmente consumidores, no consumidores o ex consumidores, se encontraban acompañados de los amigos durante la primera experimentación con esta sustancia, y únicamente el 0,4% estaban solos.

La **Tabla 6.3.1.1** muestra la distribución de los jóvenes según el acompañante durante la primera experimentación con la sustancia, el estatus de consumo y el sexo.

Tabla 6.3.1.1: Distribución de los universitarios en función del acompañante durante la primera experimentación con el cannabis, el estatus de consumo y el sexo.

SEXO	ACOMPAÑANTE DURANTE LA PRIMERA EXPERIMENTACIÓN CON EL CANNABIS						$\chi^2_{(4)}$ (p)
	CON SOLO	CON AMIGOS	CON FAMILIARES	CON LA PAREJA	CON OTRAS PERSONAS	n	
	CHICOS	No consumidor que ha probado el cannabis	1 (0,3%)	327 (98,8%)	3 (0,9%)		-
Ex consumidor	-	84 (98,8%)	1 (1,2%)	-	-	653	
Consumidor	3 (1,3%)	224 (94,5%)	10 (4,2%)	-	-		
CHICAS	No consumidora que ha probado el cannabis	1 (0,2%)	416 (97,2%)	9 (2,2%)	1 (0,2%)	1 (0,2%)	1,95* (0,74)
Ex consumidora	-	77 (97,5%)	2 (2,5%)	-	-	695	
Consumidora	-	180 (95,7%)	8 (4,3%)	-	-		

* Para el análisis χ^2 se han agrupado las tres modalidades "Con otras personas", "Con la pareja" y "Con familiares". No obstante se incumplen las condiciones de aplicación de la prueba χ^2 .

Frecuencia absoluta

() Porcentaje por filas

Se observa que, tanto en el caso de los chicos como en el de las chicas, e independientemente del estatus de consumo, la mayor parte de los participantes se encontraban con amigos durante la primera experimentación con el cannabis. Sólo existe relación estadísticamente significativa entre el estatus de consumo y el acompañante durante la primera experimentación con la sustancia en el caso de los chicos ($p= 0,03$; sin cumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba estadística χ^2). Los chicos consumidores actuales de cannabis se iniciaron en compañía de los familiares en mayor medida que los chicos ex consumidores y los no consumidores de esta sustancia. No obstante el acompañante en la primera experimentación (Solo/Acompañado) es independiente del sexo (Prueba exacta de Fisher: $p= 0,2$).

6.3.2- El consumo compartido

Objetivo: Analizar si los estudiantes tienden a compartir con otras personas el cigarrillo de cannabis y si existen diferencias por sexo.

El 84,3% de los 414 jóvenes consumidores que contestaron la pregunta (si acostumbra a consumir de forma individual o compartida) suele consumir el “porro” de cannabis compartido con otras personas.

En la **Figura 6.3.2.1** se presenta la distribución de los jóvenes consumidores de cannabis, según la variable consumo compartido y el sexo. Aunque más chicos que chicas no comparten el “porro” de cannabis, las diferencias no son estadísticamente significativas ($\chi^2_{(1)} = 2,91$; $p = 0,09$).

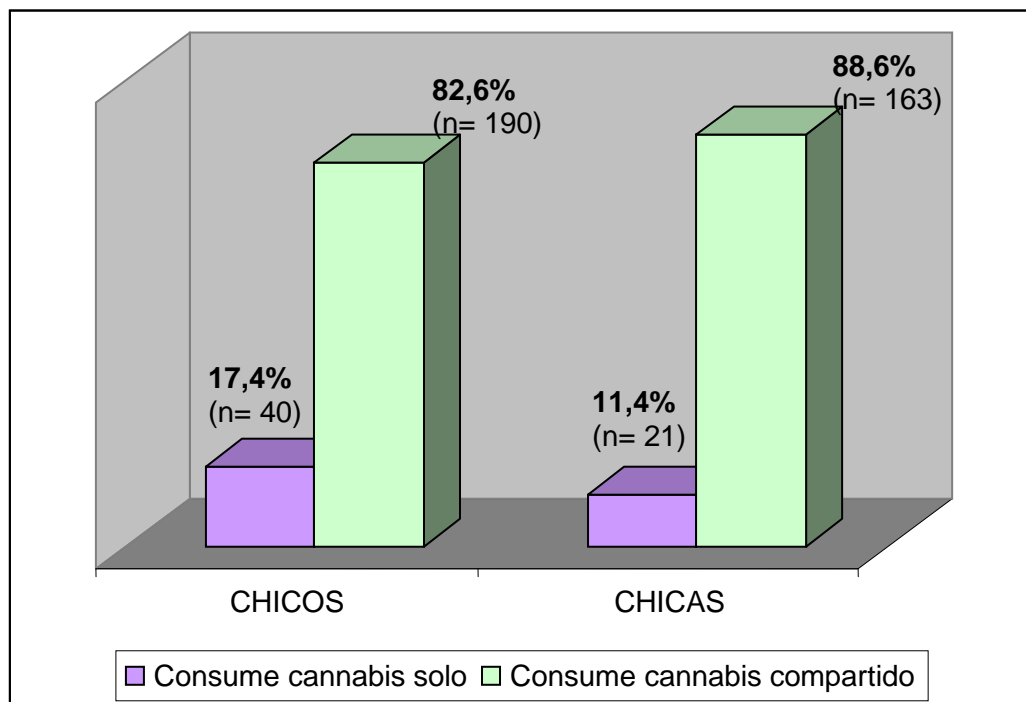


Figura 6.3.2.1: Distribución de los jóvenes universitarios consumidores en función del consumo compartido de cannabis y el sexo (porcentajes y frecuencia absoluta).

6.3.3- La influencia de los amigos

6.3.3.1- Estatus de consumo de cannabis del mejor amigo

Objetivo: Estudiar la concordancia entre el estatus de consumo de cannabis de los y las jóvenes de la muestra y el de sus mejores amigos/as.

El 31,1% de los participantes encuestados informan que sus mejores amigos son consumidores de cannabis. El 4,9% de los mejores amigos de los jóvenes de la muestra son ex consumidores.

En las **Figuras 6.3.3.1.1** y **6.3.3.1.2** se muestran las distribuciones de los chicos y chicas universitarios respectivamente, por estatus de consumo propio y estatus de consumo de su mejor amigo/a.

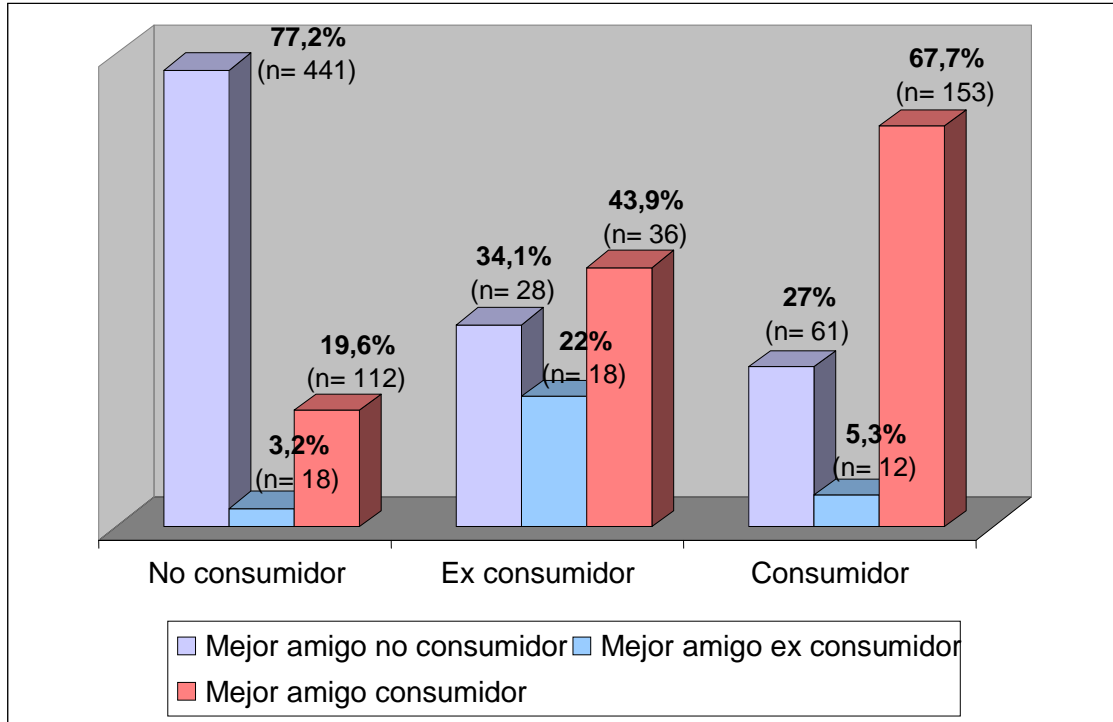


Figura 6.3.3.1.1: Distribución de los chicos de la muestra en función del estatus de consumo de cannabis propio y el estatus de consumo del mejor amigo.

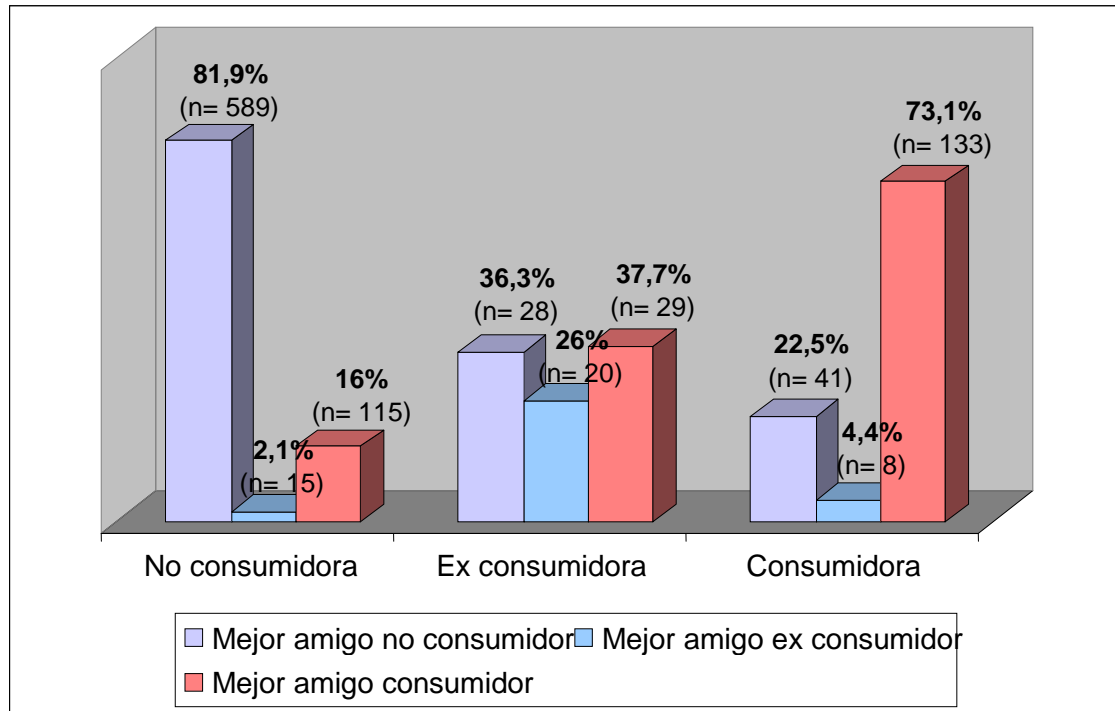


Figura 6.3.3.1.2: Distribución de las chicas de la muestra en función del estatus de consumo de cannabis propio y el estatus de consumo del mejor amigo.

Se observa un porcentaje mayor de amigos consumidores entre los universitarios consumidores (67,7% en el caso de los chicos y 73,1% en las chicas) que entre los no consumidores y ex consumidores. También el porcentaje de amigos no consumidores es mayor entre los jóvenes que informan no ser consumidores de cannabis (77,2% para los chicos y 81,9% para las chicas) en relación a los que se declaran no consumidores o ex consumidores. Asimismo entre los chicos y chicas que se declaran ex consumidores existe un mayor porcentaje de amigos ex consumidores (22% y 26% respectivamente) en comparación a los jóvenes que se definen como no consumidores o consumidores. Las diferencias observadas son estadísticamente significativas en ambos sexos (chicos: $\chi^2_{(4)} = 236,24$; $p < 0,0005$; chicas: $\chi^2_{(4)} = 347,95$; $p < 0,0005$), pese a no cumplirse las condiciones de aplicación de la prueba χ^2 .

6.3.3.2- Experimentación con el cannabis por parte del mejor amigo

Objetivo: Evaluar la concordancia entre los estudiantes y sus mejores amigos en relación al nivel de experimentación con la sustancia y si existen diferencias en función del sexo.

El 26,3% de los jóvenes que responden esta pregunta refieren que su mejor amigo no ha probado el cannabis, y el 37,7% informa que su mejor amigo lo ha probado pero no lo considera consumidor de esta sustancia.

La **Tabla 6.3.3.2.1** muestra la distribución de los jóvenes en función de la experimentación con el cannabis propia, la del mejor amigo y el sexo, y los resultados de la prueba khi-cuadrado.

Tabla 6.3.3.2.1: Distribución de los participantes según el nivel de experimentación propio con el cannabis, el nivel de experimentación del mejor amigo y el sexo.

SEXO	EXPERIMENTACIÓN CON EL CANNABIS	Mejor amigo no lo ha probado	Mejor amigo lo ha probado, pero no es consumidor	$\chi^2_{(1)}$ (p) n
CHICOS	No lo ha probado	136 (69,7%)	59 (30,3%)	90,62 (p< 0,0005) 441
	Lo ha probado, pero no es consumidor	60 (24,4%)	186 (75,6%)	
CHICAS	No lo ha probado	178 (67,9%)	84 (32,1%)	131,05 (p< 0,0005) 589
	Lo ha probado, pero no es consumidor	69 (21,1%)	258 (78,9%)	

Frecuencia absoluta

() Porcentaje por filas

Existe concordancia entre el nivel de experimentación del joven y el informado sobre su mejor amigo, con diferencias estadísticamente significativas tanto para las chicas como para los chicos (Tabla 6.3.3.2.1).

6.3.3.3- Intención de consumo de cannabis por parte del mejor amigo

Objetivo: Relacionar a los participantes y sus mejores amigos respecto a la intención de consumir cannabis en el futuro y analizar si se observan diferencias en razón del sexo.

De los 1.862 universitarios que responden esta pregunta el 51,2% informa que sus mejores amigos no tienen intención de consumir cannabis en un futuro y el 12,8% que sí la tienen. En la **Tabla 6.3.3.3.1** se presenta la distribución de los universitarios

según su intención de consumo de cannabis y la de su mejor amigo, por sexo, y los resultados de la prueba khi-cuadrado.

Tabla 6.3.3.3.1: Distribución de los participantes en función de la intención de consumo propia y del mejor amigo, por sexo.

SEXO	INTENCIÓN DE CONSUMO	Mejor amigo no tiene intención de consumo	Mejor amigo tiene intención de consumo	$\chi^2_{(1)}$ (p) n
CHICOS	No tiene intención de consumo	311 (86,1%)	50 (13,9%)	59,25 (p< 0,0005) 441
	Tiene intención de consumo	38 (47,5%)	42 (52,5%)	
CHICAS	No tiene intención de consumo	454 (88,7%)	58 (11,3%)	93,36 (p< 0,0005) 589
	Tiene intención de consumo	34 (44,2%)	43 (55,8%)	

Frecuencia absoluta

() Porcentaje por filas

Casi 9 de cada diez chicos y chicas sin intención de consumir cannabis informan de que su mejor amigo tampoco tiene esta intención. Más de la mitad de los chicos y chicas que tienen intención de consumir cannabis en un futuro cercano, indican que sus mejores amigos también tienen esta intención. La concordancia entre la intención de consumo de cannabis propia y la del mejor amigo es estadísticamente significativa, tanto entre los chicos como entre las chicas (Tabla 6.3.3.3.1).

6.3.3.4- Etapas de adquisición del consumo de cannabis del mejor amigo

Objetivo: Comparar las etapas de adquisición del consumo de cannabis del joven con la de su mejor amigo/a, en chicos y chicas.

En la **Tabla 6.3.3.4.1** se muestra la distribución de los universitarios según la etapa de adquisición del consumo de cannabis del mejor amigo, evaluada a partir del modelo propuesto por Pallonen et al. (1998) y la experimentación previa de consumo de cannabis (No lo ha probado/Lo ha probado). En un 25,6% de los jóvenes se observa que el mejor amigo se encuentra en la primera etapa: no lo ha probado nunca y no tiene intención de consumir en los próximos seis meses. La misma proporción de

mejores amigos se sitúa en la cuarta etapa, es decir, lo ha probado pero no tiene intención de consumir en los próximos seis meses.

Tabla 6.3.3.4.1: Etapas de adquisición del consumo de cannabis y experimentación previa del mejor amigo de los participantes.

ETAPA DE ADQUISICIÓN DEL MEJOR AMIGO	
No lo ha probado nunca y no tiene intención de consumir en los próximos 6 meses.	477 (25,6%)
No lo ha probado nunca, pero tiene intención de consumir en los próximos 6 meses.	5 (0,2%)
No lo ha probado nunca, pero tiene intención de consumir en los próximos 30 días.	7 (0,4%)
Lo ha probado y no tiene intención de consumir en los próximos 6 meses.	477 (25,6%)
Lo ha probado y tiene intención de consumir en los próximos 6 meses.	128 (6,9%)
Lo ha probado y tiene intención de consumir en los próximos 30 días.	98 (5,3%)
Consume, pero no cada día.	376 (20,2%)
Consume cada día desde hace menos de 6 meses.	19 (1%)
Consume cada día desde hace más de 6 meses.	184 (9,9%)
Consumía pero lo ha dejado desde hace menos de 6 meses.	17 (0,9%)
Consumía pero lo ha dejado hace 6 meses o más.	74 (4%)
TOTAL	1862 (100%)

Frecuencia absoluta

() Porcentaje

La distribución de los jóvenes en función de la etapa de adquisición y la experimentación previa de consumo de cannabis (No lo ha probado/Lo ha probado), junto a la etapa de adquisición y experimentación previa de su mejor amigo, aparece en la **Figura 6.3.3.4.1**.

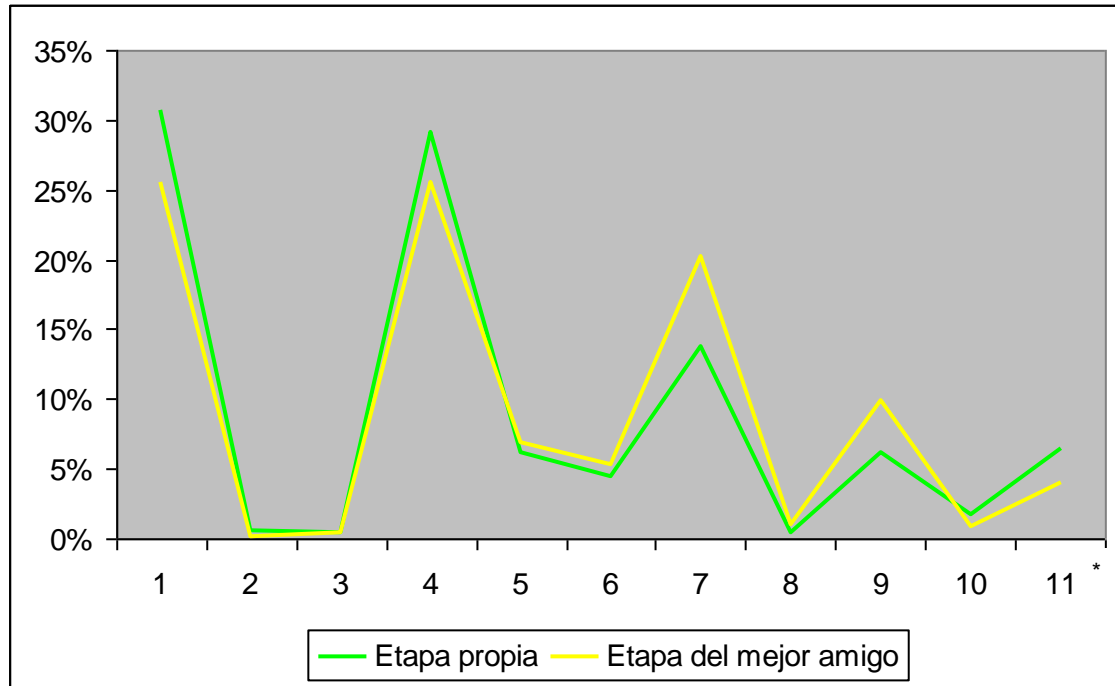


Figura 6.3.3.4.1: Distribución de los jóvenes según su etapa de adquisición del consumo de cannabis y su experimentación previa con la sustancia, junto con la etapa de adquisición y la experimentación previa del mejor amigo.

* Etapas de adquisición:

1. No lo ha probado nunca y no tiene intención de consumir en los próximos 6 meses.
2. No lo ha probado nunca, pero tiene intención de consumir en los próximos 6 meses.
3. No lo ha probado nunca, pero tiene intención de consumir en los próximos 30 días.
4. Lo ha probado y no tiene intención de consumir en los próximos 6 meses.
5. Lo ha probado y tiene intención de consumir en los próximos 6 meses.
6. Lo ha probado y tiene intención de consumir en los próximos 30 días.
7. Consume, pero no cada día.
8. Consume cada día desde hace menos de 6 meses.
9. Consume cada día desde hace más de 6 meses.
10. Consumía pero lo ha dejado desde hace menos de 6 meses.
11. Consumía pero lo ha dejado hace 6 meses o más.

Se observa una concordancia en el patrón y evolución de las etapas de adquisición del consumo de cannabis, existiendo una relación positiva y significativa entre las dos variables según la prueba de correlación de Pearson ($r = 0,53$; $p < 0,0005$).

En las **Figuras 6.3.3.4.2** y **6.3.3.4.3** se muestran las distribuciones de los chicos y de las chicas respectivamente, según la etapa de consumo propia y la del mejor amigo.

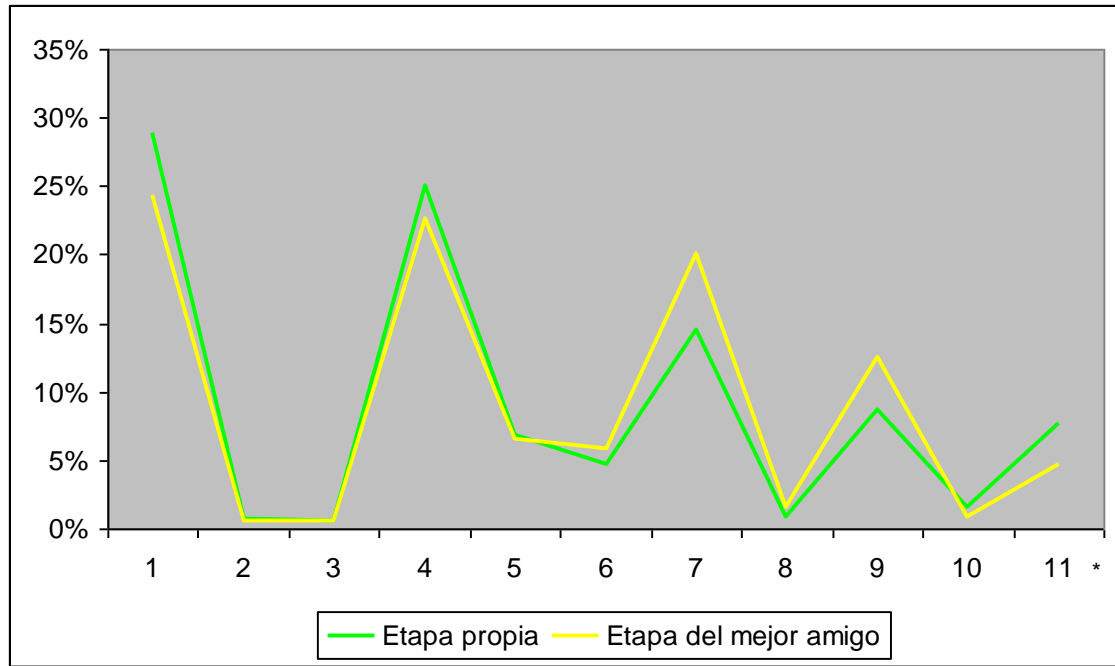


Figura 6.3.3.4.2: Distribución de los chicos según su etapa de adquisición del consumo de cannabis y su experimentación previa, junto a la etapa de adquisición y la experimentación previa del mejor amigo.

* Etapas de adquisición:

1. No lo ha probado nunca y no tiene intención de consumir en los próximos 6 meses.
2. No lo ha probado nunca, pero tiene intención de consumir en los próximos 6 meses.
3. No lo ha probado nunca, pero tiene intención de consumir en los próximos 30 días.
4. Lo ha probado y no tiene intención de consumir en los próximos 6 meses.
5. Lo ha probado y tiene intención de consumir en los próximos 6 meses.
6. Lo ha probado y tiene intención de consumir en los próximos 30 días.
7. Consume, pero no cada día.
8. Consume cada día desde hace menos de 6 meses.
9. Consume cada día desde hace más de 6 meses.
10. Consumía pero lo ha dejado desde hace menos de 6 meses.
11. Consumía pero lo ha dejado hace 6 meses o más.

En el caso de los chicos se observa también una concordancia entre las etapas y la experimentación propia y la del mejor amigo, siendo la correlación de Pearson positiva y estadísticamente significativa ($r= 0,50$; $p< 0,0005$).

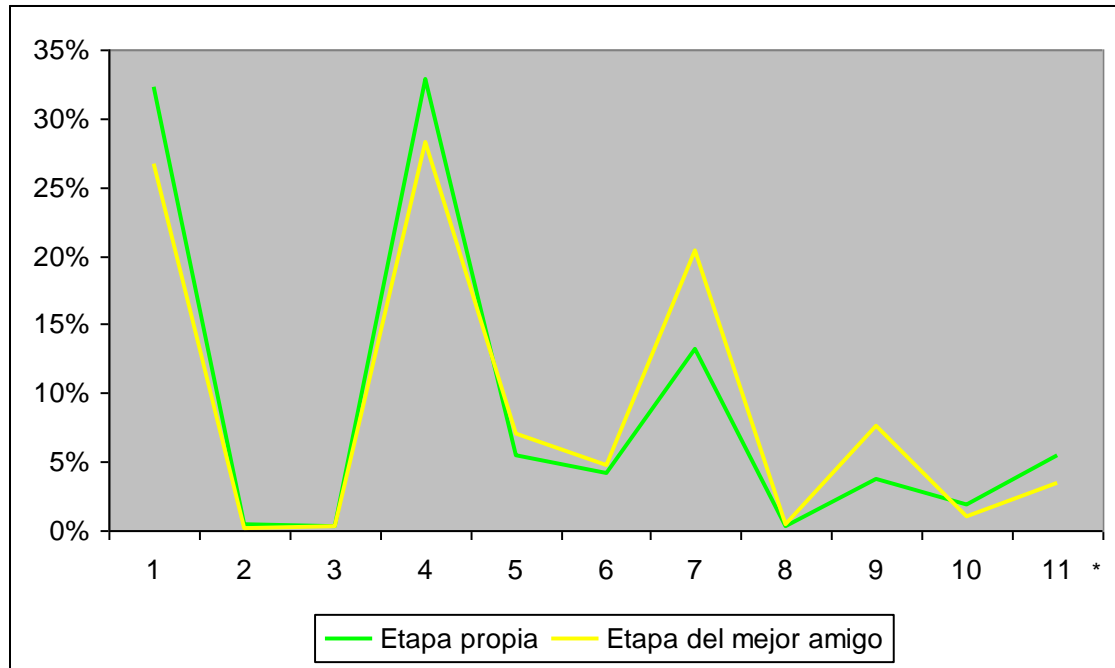


Figura 6.3.3.4.3: Distribución de las chicas según su etapa de adquisición del consumo de cannabis y su experimentación previa, junto a la etapa de adquisición y la experimentación previa del mejor amigo.

* Etapas de adquisición:

1. No lo ha probado nunca y no tiene intención de consumir en los próximos 6 meses.
2. No lo ha probado nunca, pero tiene intención de consumir en los próximos 6 meses.
3. No lo ha probado nunca, pero tiene intención de consumir en los próximos 30 días.
4. Lo ha probado y no tiene intención de consumir en los próximos 6 meses.
5. Lo ha probado y tiene intención de consumir en los próximos 6 meses.
6. Lo ha probado y tiene intención de consumir en los próximos 30 días.
7. Consume, pero no cada día.
8. Consume cada día desde hace menos de 6 meses.
9. Consume cada día desde hace más de 6 meses.
10. Consumía pero lo ha dejado desde hace menos de 6 meses.
11. Consumía pero lo ha dejado hace 6 meses o más.

Al igual que entre los chicos, entre las chicas también se detecta una concordancia entre las etapas y la experimentación propia y la del mejor amigo, siendo la correlación de Pearson positiva y estadísticamente significativa ($r= 0,55$; $p < 0,0005$).

6.3.3.5- Edad de primera experimentación y consumo de cannabis del mejor amigo

Objetivo: Estudiar la edad de primera experimentación con el cannabis de los jóvenes según el estatus de consumo de su mejor amigo/a y el sexo.

En la **Tabla 6.3.3.5.1** se muestran los estadísticos descriptivos de la variable “Edad de primera experimentación con el cannabis” en función del estatus de consumo del mejor amigo (No consumidor sin experimentación/ No consumidor que ha probado la sustancia/ Ex consumidor/ Consumidor) y el sexo. El análisis de la varianza del diseño factorial 4x2 (estatus de consumo x sexo) indica que los jóvenes que informan que sus mejores amigos son consumidores de cannabis, se han iniciado en el consumo de esta sustancia de forma más temprana que los que informan que sus mejores amigos son ex consumidores, seguidos de los que informan que sus mejores amigos han probado la sustancia y de los que informan tener amigos que no han probado el cannabis ($F_{(3,1318)} = 16,03$; $p < 0,0005$). Los contrastes de Scheffé señalan que las diferencias alcanzan la significación estadística entre el grupo de jóvenes que responden que sus mejores amigos son consumidores de cannabis y el grupo que tienen amigos que no han probado la sustancia ($p < 0,0005$), entre el grupo con amigos consumidores y los que tienen amigos que han probado el cannabis ($p < 0,0005$) y entre el grupo de jóvenes con amigos ex consumidores y aquellos que tienen amigos que no han probado el cannabis ($p = 0,02$). El efecto principal de la variable sexo y el efecto de interacción entre los dos factores no son significativos ($F_{(1,1318)} = 3,16$; $p = 0,08$ y $F_{(3,1318)} = 0,83$; $p = 0,48$; respectivamente).

Tabla 6.3.3.5.1: Estadísticos descriptivos de la variable “Edad de primera experimentación con el cannabis”* en función del estatus de consumo del mejor amigo y el sexo.

ESTATUS DE CONSUMO DEL MEJOR AMIGO	CHICOS	CHICAS	TOTAL
	Media de edad (D.T.)	Media de edad (D.T.)	Media de edad (D.T.)
	n	n	n
No ha probado el cannabis	16,12 (2,17) 83	16,68 (2,78) 87	16,41 (2,51) 170
No consumidor que ha probado el cannabis	15,94 (1,89) 253	16,07 (1,66) 308	16,02 (1,76) 561
Ex consumidor	15,64 (1,91) 42	15,61 (1,60) 38	15,63 (1,76) 80
Consumidor	15,25 (1,75) 264	15,58 (1,68) 251	15,41 (1,72) 515
TOTAL	15,66 (1,90) 642	15,94 (1,88) 684	15,81 (1,89) 1326

* Sólo deben contestar esta pregunta los jóvenes que han probado el cannabis en alguna ocasión.

6.3.3.6- Edad de inicio del consumo regular y consumo de cannabis por parte del mejor amigo

Objetivo: Comparar la edad de inicio del consumo regular de esta sustancia de los estudiantes según el estatus de consumo del mejor amigo/a y el sexo.

Los estadísticos descriptivos de la variable “Edad de inicio del consumo regular de cannabis” en función del estatus de consumo del mejor amigo (No consumidor sin experimentación/ No consumidor que ha probado la sustancia/ Ex consumidor/ Consumidor) y el sexo se muestran en la **Tabla 6.3.3.6.1**. El análisis de la varianza del diseño factorial 4x2 (estatus de consumo x sexo) indica que los jóvenes que informan que sus mejores amigos son consumidores de cannabis, se han iniciado en el consumo regular de esta sustancia de forma más temprana que los que comunican que sus mejores amigos son ex consumidores, seguidos de los que informan que sus mejores amigos han probado la sustancia y de los que informan tener amigos que no han probado el cannabis ($F_{(3,421)} = 2,87$; $p = 0,04$). Los contrastes de Scheffé indican

que las diferencias alcanzan la significación estadística entre el grupo de jóvenes que contestan que sus mejores amigos son consumidores de cannabis y el grupo que tiene amigos que no han probado la sustancia ($p= 0,04$). El efecto principal del sexo y el efecto de interacción entre los dos factores no son significativos ($F_{(1,421)}= 0,03$; $p= 0,86$ y $F_{(3,421)}= 0,12$; $p= 0,95$; respectivamente).

Tabla 6.3.3.6.1: Estadísticos descriptivos de la variable “Edad de inicio del consumo regular de cannabis”* en función del estatus de consumo del mejor amigo y el sexo.

ESTATUS DE CONSUMO DEL MEJOR AMIGO	CHICOS	CHICAS	TOTAL
	Media de edad (D.T.)	Media de edad (D.T.)	Media de edad (D.T.)
	n	n	n
No ha probado el cannabis	17,92 (1,80) 13	18,13 (3,12) 16	18,03 (2,57) 29
No consumidor que ha probado el cannabis	17,14 (2,41) 49	16,84 (1,97) 37	17,01 (2,22) 86
Ex consumidor	16,74 (1,48) 19	16,73 (2,28) 15	16,74 (1,85) 34
Consumidor	16,87 (2,34) 158	16,76 (1,73) 122	16,82 (2,09) 280
TOTAL	16,97 (2,27) 239	16,89 (1,99) 190	16,93 (2,15) 429

* Sólo deben contestar esta pregunta los jóvenes que consumen cannabis de forma regular.

6.3.4- La influencia de los familiares

6.3.4.1- Estatus de consumo de cannabis del padre

Objetivo: Conocer la relación entre el consumo de cannabis de los jóvenes y el estatus de consumo del padre.

El 2,4 % de los 1.740 jóvenes encuestados informan que su padre es consumidor de cannabis y un 8,7 % indican que es ex consumidor.

En la **Tabla 6.3.4.1.1** se muestra la distribución de los jóvenes según su estatus de consumo y el estatus de consumo del padre.

Tabla 6.3.4.1.1: Distribución de los jóvenes universitarios en función del estatus de consumo de cannabis propio, el estatus de consumo del padre y el sexo.

ESTATUS DE CONSUMO DE CANNABIS PROPIO		ESTATUS DE CONSUMO DE CANNABIS DEL PADRE			$\chi^2_{(4)}$ (p) n
		No consumidor	Ex consumidor	Consumidor	
CHICOS	No consumidor	485 (67,9%)	66 (9,3%)	163 (22,8%)	21,49 (p< 0,0005) 810
	Ex consumidor	33 (44,6%)	7 (9,5%)	34 (45,9%)	
	Consumidor	13 (59,1%)	1 (4,5%)	8 (36,4%)	
CHICAS	No consumidora	650 (79,1%)	55 (6,7%)	117 (14,2%)	53,14 (p< 0,0005) 916
	Ex consumidora	39 (52%)	9 (12%)	27 (36%)	
	Consumidora	6 (31,6%)	2 (10,5%)	11 (57,9%)	

Frecuencia absoluta

() Porcentaje por filas

La proporción de jóvenes que informan de que su padre es consumidor de cannabis es sensiblemente superior entre los chicos y chicas consumidores y ex consumidores que entre los jóvenes que se consideran no consumidores de cannabis. Estas diferencias se muestran estadísticamente significativas tanto para ellos como para ellas, si bien no se cumplen los criterios de aplicación de la prueba χ^2 (Tabla 6.3.4.1.1).

El análisis de los residuos corregidos indica que entre los chicos no consumidores de cannabis se detectan diferencias estadísticamente significativas entre los que tienen padres no consumidores y ex consumidores de cannabis, encontrándose un mayor porcentaje de padres no consumidores entre los chicos no consumidores. Entre los chicos consumidores de cannabis se hallan diferencias entre los padres no consumidores y ex consumidores de cannabis, es decir, se observa un mayor porcentaje de padres ex consumidores entre los chicos consumidores de la sustancia. Entre las chicas no consumidoras también se hallan diferencias en padres no consumidores, ex consumidores y consumidores, siendo mayor el porcentaje de padres no consumidores entre las chicas que tampoco consumen la sustancia. Entre

las chicas consumidoras se encuentra un mayor porcentaje de padres que consumen en la actualidad cannabis.

6.3.4.2- Estatus de consumo de cannabis de la madre

Objetivo: Relacionar el consumo de cannabis de los participantes con el consumo de esta sustancia por parte de la madre.

Entre los 1.355 estudiantes que responden a la pregunta, el 1,3% informa que actualmente su madre es consumidora de cannabis y un 5,6% que es ex consumidora.

En la **Tabla 6.3.4.2.1** se muestra la distribución de los jóvenes en función de su estatus de consumo de esta sustancia y el estatus de consumo de la madre, por sexo.

Tabla 6.3.4.2.1: Distribución de los jóvenes universitarios en función del estatus de consumo de cannabis propio, el estatus de consumo de la madre y el sexo.

ESTATUS DE CONSUMO DE CANNABIS PROPIO	ESTATUS DE CONSUMO DE LA MADRE	ESTATUS DE CONSUMO DE CANNABIS DE LA MADRE			$\chi^2_{(4)}$ (p) n
		No consumidora	Ex consumidora	Consumidora	
CHICOS	No consumidor	354 (94,7%)	15 (4%)	5 (1,3%)	4,65 (0,33) 584
	Ex consumidor	55 (93,2%)	3 (5,1%)	1 (1,7%)	
	Consumidor	135 (89,4%)	12 (8%)	4 (2,6%)	
CHICAS	No consumidora	546 (96%)	21 (3,7%)	2 (0,3%)	34,53 (p< 0,0005) 762
	Ex consumidora	48 (85,7%)	7 (12,5%)	1 (1,8%)	
	Consumidora	114 (83,2%)	18 (13,1%)	5 (3,7%)	

Frecuencia absoluta

() Porcentaje por filas

Tal y como se observa en la tabla 6.3.4.2.1, entre las chicas consumidoras y ex consumidoras de cannabis el porcentaje de madres que consumen o han consumido esta sustancia es superior que entre las chicas no consumidoras, esta tendencia también se observa entre los chicos pero las diferencias sólo son estadísticamente significativas entre las jóvenes universitarias (sin que se cumplan los criterios de

aplicación de la prueba estadística X^2). El análisis de los residuos corregidos indica que entre las chicas no consumidoras de cannabis existen diferencias estadísticamente significativas entre las que informan tener madres no consumidoras, ex consumidoras y consumidoras. Entre las chicas no consumidoras se observa un mayor porcentaje de madres que tampoco consumen cannabis. Entre las chicas consumidoras de esta sustancia existen también diferencias entre los tres estatus de consumo de la madre, siendo mayor el porcentaje de madres consumidoras entre este colectivo. En relación a las chicas ex consumidoras las diferencias se encuentran entre las que informan tener madres no consumidoras y las que tienen madres ex consumidoras, siendo mayor el porcentaje de madres ex consumidoras entre estas jóvenes.

6.3.4.3- Estatus de consumo de cannabis por parte de algún hermano/a

Objetivo: Analizar si los universitarios consumidores de cannabis tienen con más frecuencia algún hermano/a que sea también consumidor/a respecto a los no consumidores.

De los 1.149 jóvenes encuestados, el 22,7% informa que tiene algún hermano/a consumidor de cannabis y el 14,4% de los estudiantes indica que tiene algún hermano/a ex consumidor de esta sustancia.

En la **Tabla 6.3.4.3.1** se presenta la distribución de los estudiantes en función de su estatus de consumo de cannabis, el estatus de consumo de esta sustancia por parte de algún hermano/a y el sexo.

Tabla 6.3.4.3.1: Distribución de los jóvenes universitarios en función del estatus de consumo de cannabis propio, el estatus de consumo de algún hermano/a y el sexo.

ESTATUS DE CONSUMO DE CANNABIS PROPIO	ESTATUS DE CONSUMO DE PARTE DE ALGÚN HERMANO/A	ESTATUS DE CONSUMO DE CANNABIS POR PARTE DE ALGÚN HERMANO/A			$\chi^2_{(4)}$
		No consumidor/a	Ex consumidor/a	Consumidor/a	(p) n
CHICOS	No consumidor	218 (71,7%)	37 (12,2%)	49 (16,1%)	68,30 (p< 0,0005) 486
	Ex consumidor	30 (53,5%)	16 (28,6%)	10 (17,9%)	
	Consumidor	40 (31,8%)	29 (23%)	57 (45,2%)	
CHICAS	No consumidora	345 (70,4%)	55 (11,2%)	90 (18,4%)	26,63 (p< 0,0005) 657
	Ex consumidora	29 (55,8%)	10 (19,2%)	13 (25%)	
	Consumidora	54 (47%)	19 (16,5%)	42 (36,5%)	

Frecuencia absoluta

() Porcentaje por filas

Los jóvenes consumidores y ex consumidores de cannabis tienen con más frecuencia algún hermano/a que consume o ha consumido esta sustancia respecto a los y las no consumidores/as. Estas diferencias son estadísticamente significativas, tanto en el caso de los chicos como en el de las chicas (Tabla 6.3.4.3.1).

6.3.4.4- Estatus de consumo de cannabis de la pareja

Objetivo: Conocer la relación entre el consumo de esta sustancia por parte del joven y el consumo de la pareja, y si existen diferencias en razón del sexo.

El 25,7% de los 971 jóvenes que contestan esta pregunta informan que su pareja es consumidor/a de cannabis y el 16,2% que su pareja es ex consumidor/a de esta sustancia.

En la **Tabla 6.3.4.4.1** se muestra la distribución de los jóvenes en función del estatus de consumo de cannabis, el estatus de consumo por parte de la pareja y el sexo.

Tabla 6.3.4.4.1: Distribución de los universitarios en función del estatus de consumo de cannabis propio, el estatus de consumo de la pareja y el sexo.

ESTATUS DE CONSUMO DE CANNABIS PROPIO	ESTATUS DE CONSUMO DE LA PAREJA	ESTATUS DE CONSUMO DE CANNABIS POR PARTE DE LA PAREJA			$\chi^2_{(4)}$ (p) n
		No consumidor/a	Ex consumidor/a	Consumidor/a	
CHICOS	No consumidor	147 (77%)	29 (15,2%)	15 (7,8%)	61,77 (p< 0,0005) 349
	Ex consumidor	33 (75%)	6 (13,6%)	5 (11,4%)	
	Consumidor	45 (39,5%)	21 (18,4%)	48 (42,1%)	
CHICAS	No consumidora	285 (64,3%)	68 (15,4%)	90 (20,3%)	100,75 (p< 0,0005) 619
	Ex consumidora	16 (28,6%)	21 (37,5%)	19 (33,9%)	
	Consumidora	35 (29,2%)	12 (10%)	73 (60,8%)	

Frecuencia absoluta

() Porcentaje por filas

Entre los jóvenes consumidores/as y ex consumidores/as de cannabis existe un mayor porcentaje de parejas que consumen o han consumido esta sustancia siendo las diferencias estadísticamente significativas tanto entre los chicos como entre las chicas (Tabla 6.3.4.4.1).

6.3.4.5- Edad de primera experimentación y consumo de cannabis por parte del padre

Objetivo: Saber si existen diferencias en la edad de primera experimentación con el cannabis de los chicos y chicas en función del estatus de consumo del padre.

En la **Tabla 6.3.4.5.1** se presentan los estadísticos descriptivos de la variable “Edad de primera experimentación con el cannabis” en función del estatus de consumo del padre (No consumidor/Ex consumidor/Consumidor) y el sexo. El análisis de la varianza del diseño factorial 3x2 (estatus de consumo del padre x sexo) indica que existen diferencias significativas en la edad de primera experimentación con el cannabis según el estatus de consumo del padre ($F_{(2,1192)} = 7,77$; $p < 0,0005$). Los contrastes de Scheffé, sólo muestran diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad de primera experimentación, entre los jóvenes que informan que sus padres son no

consumidores y los jóvenes con padres ex consumidores ($p=0,002$). Estos últimos se inician en el consumo de cannabis antes que los primeros. El efecto de la interacción entre los dos factores no es significativo ($F_{(2,1192)}= 0,67$; $p= 0,51$).

Tabla 6.3.4.5.1: Estadísticos descriptivos de la variable “Edad de primera experimentación con el cannabis”* en función del estatus de consumo del padre y el sexo.

	CHICOS	CHICAS	TOTAL
	Media de edad (D.T.) n	Media de edad (D.T.) n	Media de edad (D.T.) n
No consumidor	15,77 (1,92) 500	16,07 (1,85) 539	15,92 (1,89) 1039
Ex consumidor	15,17 (1,40) 64	15,41 (1,63) 63	15,29 (1,52) 127
Consumidor	15,53 (3,07) 15	15,06 (1,60) 17	15,28 (2,37) 32
TOTAL	15,70 (1,91) 579	15,97 (1,84) 619	15,84 (1,88) 1198

* Sólo deben contestar esta pregunta los jóvenes que han probado el cannabis en alguna ocasión.

6.3.4.6- Edad de primera experimentación y consumo de cannabis por parte de la madre

Objetivo: Estudiar si existen diferencias en la edad de primera experimentación con la sustancia de los jóvenes en función del estatus de consumo de la madre y el sexo.

En la **Tabla 6.3.4.6.1** se presentan los estadísticos descriptivos de la variable “Edad de primera experimentación con el cannabis” en función del estatus de consumo de la madre (No consumidora/Ex consumidora/Consumidora) y el sexo. El análisis de la varianza del diseño factorial 3x2 (estatus de consumo de la madre x sexo) indica que existen diferencias significativas en la edad de primera experimentación con el cannabis según el estatus de consumo de la madre ($F_{(2,944)}= 8,23$; $p< 0,0005$). Los contrastes de Scheffé, sólo muestran diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad de primera experimentación, entre los jóvenes que informan que sus madres no consumen cannabis y los jóvenes con madres ex consumidoras ($p<$

0,0005). Estos últimos se inician al consumo de cannabis antes que los jóvenes cuyas madres son no consumidoras. Aunque esta tendencia parece más marcada entre las chicas, el efecto de la interacción entre los dos factores no alcanza la significación estadística ($F_{(2,944)} = 2,81$; $p = 0,06$).

Tabla 6.3.4.6.1: Estadísticos descriptivos de la variable “Edad de primera experimentación con el cannabis”* en función del estatus de consumo de la madre y el sexo.

ESTATUS DE CONSUMO DE LA MADRE	CHICOS	CHICAS	TOTAL
	Media de edad	Media de edad	Media de edad
	(D.T.)	(D.T.)	(D.T.)
	n	n	n
No consumidora	15,65 (1,80) 390	16,01 (1,83) 477	15,85 (1,82) 867
Ex consumidora	15,15 (1,49) 27	14,70 (1,31) 40	14,88 (1,39) 67
Consumidora	15,88 (1,64) 8	14,75 (1,39) 8	15,31 (1,58) 16
TOTAL	15,62 (1,78) 425	15,89 (1,83) 525	15,77 (1,81) 950

* Sólo deben contestar esta pregunta los jóvenes que han probado el cannabis en alguna ocasión.

6.3.4.7- Edad de primera experimentación y consumo de cannabis por parte de algún hermano/a

Objetivo: Evaluar si existen diferencias en la edad de primera experimentación con el cannabis de los chicos y las chicas según el estatus de consumo de algún hermano/a.

En la **Tabla 6.3.4.7.1** se presentan los estadísticos descriptivos de la variable “Edad de primera experimentación con el cannabis” en función del estatus de consumo de algún hermano (No consumidor/a/ Ex consumidor/a/ Consumidor/a) y el sexo. El análisis de la varianza del diseño factorial 3x2 (estatus de consumo de algún hermanoxsexo) indica que se hallan diferencias significativas en la edad de primera experimentación con el cannabis según el estatus de consumo de algún hermano/a ($F_{(2,834)} = 4,34$; $p = 0,01$). Los contrastes de Scheffé, sólo muestran diferencias estadísticamente

significativas en cuanto a la edad de primera experimentación, entre los jóvenes que informan que sus hermanos/as no consumen cannabis y los jóvenes que tienen hermanos/as ex consumidores/as ($p= 0,04$). Estos últimos se inician al consumo de cannabis antes que los jóvenes que no tienen hermanos consumidores. El efecto de la interacción entre los dos factores no es significativo ($F_{(2,834)}= 0,63$; $p= 0,53$).

Tabla 6.3.4.7.1: Estadísticos descriptivos de la variable “Edad de primera experimentación con el cannabis”* en función del estatus de consumo de algún hermano/a y el sexo.

	CHICOS	CHICAS	TOTAL
	Media de edad (D.T.) n	Media de edad (D.T.) n	Media de edad (D.T.) n
No consumidor/a	16,03 (2,10) 196	16,12 (1,98) 274	16,08 (2,03) 470
Ex consumidor/a	15,51 (1,72) 80	15,72 (1,70) 65	15,61 (1,71) 145
Consumidor/a	15,48 (1,74) 99	15,94 (2,13) 126	15,74 (1,98) 225
TOTAL	15,78 (1,94) 375	16,02 (1,99) 465	15,91 (1,97) 840

* Sólo deben contestar esta pregunta los jóvenes que han probado el cannabis en alguna ocasión.

6.3.4.8- Edad de primera experimentación y consumo de cannabis por parte de la pareja

Objetivo: Analizar las diferencias en la edad de primera experimentación con el cannabis de los estudiantes según el consumo por parte de la pareja y el sexo.

En la **Tabla 6.3.4.8.1** se presentan los estadísticos descriptivos de la variable “Edad de primera experimentación con el cannabis” en función del estatus de consumo de la pareja del participante (No consumidor/a/ Ex consumidor/a/ Consumidor/a) y el sexo. El análisis de la varianza del diseño factorial 3x2 (estatus de consumo de la pareja x sexo) indica que como media los chicos que responden a la pregunta han probado antes el cannabis que las chicas ($F_{(1,732)}= 5,98$; $p= 0,02$). Asimismo se encuentran diferencias significativas en la edad de primera experimentación con el

cannabis en función del estatus de consumo de la pareja ($F_{(2,732)} = 3,21$; $p = 0,04$). No obstante los contrastes de Scheffé indican que las diferencias no alcanzan la significación estadística entre los grupos comparados de dos en dos. Tampoco existe efecto de interacción significativo entre los dos factores ($F_{(2,732)} = 0,67$; $p = 0,51$).

Tabla 6.3.4.8.1: Estadísticos descriptivos de la variable “Edad de primera experimentación con el cannabis”* en función del estatus de consumo de la pareja y el sexo.

ESTATUS DE CONSUMO DE LA PAREJA	CHICOS	CHICAS	TOTAL
	Media de edad	Media de edad	Media de edad
	(D.T.)	(D.T.)	(D.T.)
	n	n	n
No consumidor/a	15,69 (2,02) 168	16,29 (1,88) 214	16,03 (1,96) 382
Ex consumidor/a	15,39 (1,78) 44	15,78 (1,50) 80	15,64 (1,61) 124
Consumidor/a	15,54 (1,71) 65	15,75 (2,10) 167	15,69 (1,99) 232
TOTAL	15,61 (1,91) 277	16,01 (1,91) 461	15,86 (1,92) 738

* Sólo deben contestar esta pregunta los jóvenes que han probado el cannabis en alguna ocasión.

6.3.4.9- Edad de inicio del consumo regular y consumo de cannabis por parte del padre

Objetivo: Conocer si existen diferencias en la edad de inicio del consumo regular de cannabis de los chicos y las chicas en función del estatus de consumo del padre.

En la **Tabla 6.3.4.9.1** se presentan los estadísticos descriptivos de la variable “Edad de inicio del consumo regular de cannabis” en función del estatus de consumo del padre (No consumidor/ Ex consumidor/ Consumidor) y el sexo. El análisis de la varianza del diseño factorial 3x2 (estatus de consumo del padre x sexo) indica que existen diferencias significativas en la edad de inicio del consumo regular según el estatus de consumo del padre ($F_{(2,375)} = 6,88$; $p = 0,001$). Los contrastes de Scheffé muestran diferencias estadísticamente significativas entre los jóvenes que informan que su padre no consume cannabis y aquellos que dicen tener un padre ex consumidor

($p=0,014$), y entre los jóvenes cuyos padres no consumen y los que sí lo hacen ($p=0,021$). El efecto de interacción entre los dos factores no es significativo ($F_{(2,375)}= 0,39$; $p= 0,68$).

Tabla 6.3.4.9.1: Estadísticos descriptivos de la variable “Edad de inicio del consumo regular de cannabis”* en función del estatus de consumo del padre y el sexo.

ESTATUS DE CONSUMO DEL PADRE	CHICOS	CHICAS	TOTAL
	Media de edad (D.T.)	Media de edad (D.T.)	Media de edad (D.T.)
	n	n	n
No consumidor	17,20 (2,28) 171	17,14 (1,97) 128	17,18 (2,15) 299
Ex consumidor	16,26 (2,06) 34	16,37 (1,80) 27	16,31 (1,94) 61
Consumidor	16,33 (1,80) 9	15,50 (1,31) 12	15,86 (1,56) 21
TOTAL	17,02 (2,25) 214	16,90 (1,96) 167	16,97 (2,13) 381

* Sólo deben contestar esta pregunta los jóvenes que consumen cannabis de forma regular.

6.3.4.10- Edad de inicio del consumo regular y consumo de cannabis por parte de la madre

Objetivo: Relacionar la edad de inicio del consumo regular de cannabis del joven con el estatus de consumo de la madre, en función del sexo.

En la **Tabla 6.3.4.10.1** se presentan los estadísticos descriptivos de la variable “Edad de inicio del consumo regular de cannabis” en función del estatus de consumo de la madre (No consumidora/ Ex consumidora/ Consumidora) y el sexo. El análisis de la varianza del diseño factorial 3x2 (estatus de consumo de la madre x sexo) indica que existen diferencias significativas en la edad de inicio del consumo regular de cannabis según el estatus de consumo de la madre ($F_{(2,303)}= 6,94$; $p= 0,001$). Los contrastes de Scheffé muestran diferencias estadísticamente significativas entre los universitarios que informan que su madre no consume cannabis y aquellos que dicen tener una madre ex consumidora ($p=0,014$), y entre los jóvenes cuyas madres consumen y las

que lo hacían en el pasado ($p= 0,003$). El efecto de interacción entre los dos factores no es significativo ($F_{(2,303)}= 1,30$; $p= 0,27$).

Tabla 6.3.4.10.1: Estadísticos descriptivos de la variable “Edad de inicio del consumo regular de cannabis”* en función del estatus de consumo de la madre y el sexo.

ESTATUS DE CONSUMO DE LA MADRE	CHICOS	CHICAS	TOTAL
	Media de edad (D.T.)	Media de edad (D.T.)	Media de edad (D.T.)
	n	n	n
No consumidora	16,81 (1,95) 147	16,99 (1,96) 125	16,89 (1,95) 272
Ex consumidora	15,92 (1,68) 12	15,65 (2,03) 17	15,76 (1,86) 29
Consumidora	19,50 (3,79) 4	17,50 (2,65) 4	18,50 (3,21) 8
TOTAL	16,81 (2,03) 163	16,85 (2,02) 146	16,83 (2,02) 309

* Sólo deben contestar esta pregunta los jóvenes que consumen cannabis de forma regular.

6.3.4.11- Edad de inicio del consumo regular y consumo de cannabis por parte de algún hermano/a

Objetivo: Estudiar las diferencias en la edad de inicio de consumo regular de cannabis de chicos y chicas en función del consumo de esta sustancia por parte de algún hermano/a.

En la **Tabla 6.3.4.11.1** se presentan los estadísticos descriptivos de la variable “Edad de inicio del consumo regular de cannabis” en función del estatus de consumo de algún hermano/a (No consumidor/a/ Ex consumidor/a/ Consumidor/a) y el sexo. El análisis de la varianza del diseño factorial 3x2 (estatus de consumo de algún hermanoxsexo) indica que existen diferencias significativas en la edad de inicio del consumo regular de cannabis según el estatus de consumo de algún hermano/a del joven ($F_{(2,259)}= 4,34$; $p= 0,014$). Los contrastes de Scheffé, sólo muestran diferencias estadísticamente significativas entre los jóvenes que informan que ninguno de sus hermanos o hermanas consume cannabis y los jóvenes que dicen tener un hermano/a

consumidor/a ($p=0,02$). El efecto de interacción entre los dos factores no es significativo ($F_{(2,259)}= 0,44$; $p= 0,65$).

Tabla 6.3.4.11.1: Estadísticos descriptivos de la variable “Edad de inicio del consumo regular de cannabis”* en función del estatus de consumo de algún hermano/a y el sexo.

ESTATUS DE CONSUMO DE ALGÚN HERMANO/A	CHICOS	CHICAS	TOTAL
	Media de edad (D.T.)	Media de edad (D.T.)	Media de edad (D.T.)
	n	n	n
No consumidor/a	17,81 (2,69) 37	17,34 (2,02) 65	17,51 (2,28) 102
Ex consumidor/a	17,08 (1,79) 37	17,05 (2,99) 19	17,07 (2,24) 56
Consumidor/a	16,60 (2,09) 60	16,70 (2,17) 47	16,64 (2,11) 107
TOTAL	17,07 (2,24) 134	17,07 (2,23) 131	17,07 (2,23) 265

* Sólo deben contestar esta pregunta los jóvenes que consumen cannabis de forma regular.

6.3.4.12- Edad de inicio del consumo regular y consumo de cannabis por parte de la pareja

Objetivo: Saber si existen diferencias en la edad de inicio de consumo regular de esta sustancia de los universitarios según el estatus de consumo de la pareja y el sexo.

En la **Tabla 6.3.4.12.1** se presentan los estadísticos descriptivos de la variable “Edad de inicio del consumo regular de cannabis” en función del estatus de consumo de la pareja (No consumidor/a/ Ex consumidor/a/ Consumidor/a) y el sexo. El análisis de la varianza del diseño factorial 3x2 (estatus de consumo de la pareja x sexo) indica que no existen diferencias significativas en la edad de inicio del consumo regular de cannabis según el estatus de consumo de la pareja del joven ($F_{(2,245)}= 2,51$; $p= 0,08$). El efecto de interacción entre los dos factores tampoco es significativo ($F_{(2,245)}= 0,34$; $p= 0,72$).

Tabla 6.3.4.12.1: Estadísticos descriptivos de la variable “Edad de inicio del consumo regular de cannabis”* en función del estatus de consumo de la pareja y el sexo.

ESTATUS DE CONSUMO DE LA PAREJA	CHICOS	CHICAS	TOTAL
	Media de edad (D.T.) n	Media de edad (D.T.) n	Media de edad (D.T.) n
No consumidor/a	17,29 (2,57) 51	17,57 (2,55) 35	17,41 (2,55) 86
Ex consumidor/a	16,52 (1,53) 23	16,67 (2,06) 15	16,58 (1,73) 38
Consumidor/a	17,00 (1,78) 52	16,80 (1,92) 75	16,88 (1,86) 127
TOTAL	17,03 (2,11) 126	17,00 (2,14) 125	17,02 (2,12) 251

* Sólo deben contestar esta pregunta los jóvenes que consumen cannabis de forma regular.

6.4- Percepción de peligrosidad del consumo de cannabis

En este apartado se presentan los resultados de la variable percepción de peligrosidad del consumo de cannabis y su relación con el estatus de consumo de esta sustancia de los jóvenes encuestados y de sus principales referentes de conducta (mejor amigo, padre, madre, hermano/a y pareja) según el sexo. También se relaciona esta variable con la edad de primera experimentación con el cannabis, con la edad de inicio del consumo regular y con la magnitud de consumo de la sustancia.

Con el objetivo de facilitar la interpretación de los resultados se ha recodificado la percepción de peligrosidad del consumo de cannabis en orden ascendente (1=nada peligroso; 5= muy peligroso).

Objetivo: Conocer la percepción de peligrosidad del consumo de cannabis de los jóvenes de la muestra según el estatus de consumo propio y el de sus referentes más próximos (mejores amigos, padre, madre, hermano/a y pareja) y el sexo.

En la **Tabla 6.4.1** se muestran los estadísticos descriptivos de la variable “Percepción de peligrosidad del consumo de cannabis” en función del estatus de consumo propio (No consumidor/ Ex consumidor/ Consumidor) y el sexo. El análisis de la varianza del diseño factorial 3x2 (estatus de consumo x sexo) indica que como media los chicos consideran el consumo de cannabis menos peligroso que las chicas ($F_{(1,2089)} = 5,43$; $p = 0,02$). Los jóvenes que informan ser consumidores de cannabis perciben su consumo como menos peligroso que los universitarios ex consumidores, seguidos de los no consumidores de cannabis ($F_{(2,2089)} = 67,23$; $p < 0,0005$). Los contrastes de Scheffé muestran diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la percepción de peligrosidad del consumo de cannabis entre los jóvenes no consumidores y los consumidores de esta sustancia ($p < 0,0005$), entre los universitarios no consumidores y los que habían consumido cannabis anteriormente ($p = 0,03$), y entre los jóvenes consumidores y ex consumidores de esta sustancia ($p < 0,0005$). Esta tendencia es más destacada entre los chicos de la muestra ($F_{(2,2089)} = 3,27$; $p = 0,04$).

Tabla 6.4.1: Estadísticos descriptivos de la variable “Percepción de peligrosidad del consumo de cannabis” en función del estatus de consumo propio y el sexo.

ESTATUS DE CONSUMO	CHICOS	CHICAS	TOTAL
	Media de	Media de	Media de
	peligrosidad	peligrosidad	peligrosidad
	(D.T.)	(D.T.)	(D.T.)
	n	n	n
No consumidor	3,52 (0,88) 662	3,67 (0,82) 835	3,61 (0,85) 1497
Ex consumidor	3,47 (0,83) 92	3,38 (0,78) 81	3,43 (0,81) 173
Consumidor	2,90 (0,90) 238	3,20 (0,87) 187	3,03 (0,90) 425
TOTAL	3,37 (0,92) 992	3,57 (0,84) 1103	3,47 (0,89) 2095

Los estadísticos descriptivos de la variable “Percepción de peligrosidad del consumo de cannabis” en función del estatus de consumo del mejor amigo/a (No consumidor/ Ex consumidor/ Consumidor) y el sexo, se muestran en la **Tabla 6.4.2**. El análisis de la varianza del diseño factorial 3x2 (estatus de consumo del mejor amigo/a x sexo) indica que los jóvenes que informan que su mejor amigo/a es consumidor de cannabis, tienden a considerar esta sustancia menos peligrosa que los que tienen mejores amigos/as ex consumidores, seguidos de los universitarios con mejores amigos/as no consumidores ($F_{(2,1836)} = 40,18$; $p < 0,0005$). Los contrastes de Scheffé muestran diferencias estadísticamente significativas sólo entre los jóvenes con mejores amigos no consumidores y los que informan tener mejores amigos consumidores ($p < 0,0005$). El efecto de interacción entre los dos factores no es significativo ($F_{(2,1836)} = 0,13$; $p = 0,88$).

Tabla 6.4.2: Estadísticos descriptivos de la variable “Percepción de peligrosidad del consumo de cannabis” en función del estatus de consumo del mejor amigo/a y el sexo.

ESTATUS DE CONSUMO DEL MEJOR AMIGO/A	CHICOS	CHICAS	TOTAL
	Media de peligrosidad (D.T.) n	Media de peligrosidad (D.T.) n	Media de peligrosidad (D.T.) n
No consumidor/a	3,50 (0,90) 525	3,67 (0,83) 653	3,59 (0,87) 1178
Ex consumidor/a	3,29 (0,85) 48	3,49 (0,91) 43	3,38 (0,88) 91
Consumidor/a	3,08 (0,88) 299	3,30 (0,80) 274	3,19 (0,85) 573
TOTAL	3,34 (0,91) 872	3,56 (0,84) 970	3,46 (0,88) 1842

En la **Tabla 6.4.3** se presentan los estadísticos descriptivos de la variable “Percepción de peligrosidad del consumo de cannabis” en función del estatus de consumo del padre (No consumidor/ Ex consumidor/ Consumidor) y el sexo. El análisis de la varianza del diseño factorial 3×2 (estatus de consumo del padre×sexo) indica que existe relación entre el estatus de consumo del padre y la percepción de peligrosidad de esta sustancia por parte de los jóvenes encuestados ($F_{(2,1715)} = 10,30$; $p < 0,0005$). Los contrastes de Scheffé muestran diferencias estadísticamente significativas entre los universitarios con padres no consumidores y ex consumidores ($p = 0,001$), y entre los jóvenes que informan tener padres consumidores y los que tienen padres no consumidores ($p = 0,007$). No existe efecto de interacción significativo entre ambos factores ($F_{(2,1715)} = 0,07$; $p = 0,93$).

Tabla 6.4.3: Estadísticos descriptivos de la variable “Percepción de peligrosidad del consumo de cannabis” en función del estatus de consumo del padre y el sexo.

ESTATUS DE CONSUMO DEL PADRE	CHICOS	CHICAS	TOTAL
	Media de peligrosidad (D.T.)	Media de peligrosidad (D.T.)	Media de peligrosidad (D.T.)
	n	n	n
No consumidor	3,38 (0,89) 709	3,61 (0,83) 823	3,50 (0,87) 1532
Ex consumidor	3,14 (0,87) 74	3,34 (0,75) 74	3,24 (0,81) 148
Consumidor	3,00 (1,16) 22	3,16 (0,96) 19	3,07 (1,06) 41
TOTAL	3,34 (0,90) 805	3,58 (0,83) 916	3,47 (0,87) 1721

Los estadísticos descriptivos de la variable “Percepción de peligrosidad del consumo de cannabis” en función del estatus de consumo de la madre (No consumidora/ Ex consumidora/ Consumidora) y el sexo, se muestran en la **Tabla 6.4.4**. El análisis de la varianza del diseño factorial 3x2 (estatus de consumo de la madre x sexo) indica que la percepción de peligrosidad del consumo de cannabis es independiente del estatus de consumo de la madre ($F_{(2,1336)} = 2,49$; $p = 0,08$). Entre los jóvenes que han contestado a la pregunta sobre el consumo de cannabis de la madre no se observan diferencias significativas ($F_{(1,1336)} = 0,59$; $p = 0,44$). Existe un efecto de interacción significativo entre los dos factores sobre la percepción de peligrosidad del consumo de cannabis, de manera que las chicas con madres consumidoras perciben la sustancia como menos peligrosa que las chicas con madres ex consumidoras, que a su vez perciben la sustancia como menos peligrosa que las que tiene madres no consumidoras ($F_{(2,1336)} = 3,16$; $p = 0,04$). Esta tendencia no se observa en el caso de los chicos.

Tabla 6.4.4: Estadísticos descriptivos de la variable “Percepción de peligrosidad del consumo de cannabis” en función del estatus de consumo de la madre y el sexo.

ESTATUS DE CONSUMO DE LA MADRE	CHICOS	CHICAS	TOTAL
	Media de peligrosidad (D.T.) n	Media de peligrosidad (D.T.) n	Media de peligrosidad (D.T.) n
No consumidora	3,33 (0,93) 540	3,59 (0,83) 708	3,48 (0,88) 1248
Ex consumidora	3,33 (0,76) 30	3,24 (0,82) 46	3,28 (0,79) 76
Consumidora	3,40 (1,08) 10	2,88 (0,99) 8	3,17 (1,04) 18
TOTAL	3,33 (0,92) 580	3,56 (0,83) 762	3,46 (0,88) 1342

En la **Tabla 6.4.5** se presentan los estadísticos descriptivos de la variable “Percepción de peligrosidad del consumo de cannabis” en función del estatus de consumo de algún hermano/a (No consumidor/ Ex consumidor/ Consumidor) y el sexo. El análisis de la varianza del diseño factorial 3×2 (estatus de consumo de algún hermano/a×sexo) indica que la percepción de peligrosidad del consumo de cannabis se relaciona significativamente con el estatus de consumo de algún hermano/a del joven encuestado ($F_{(2,1132)} = 14,32$; $p < 0,0005$). Los contrastes de Scheffé muestran que existen diferencias estadísticamente significativas entre los jóvenes que tienen hermanos/as no consumidores y los que tienen hermanos/as consumidores ($p < 0,0005$), y entre los universitarios con hermanos/as no consumidores y aquéllos con hermanos/as ex consumidores ($p < 0,0005$). El efecto de interacción entre los dos factores no es significativo ($F_{(2,1132)} = 1,24$; $p = 0,29$).

Tabla 6.4.5: Estadísticos descriptivos de la variable “Percepción de peligrosidad del consumo de cannabis” en función del estatus de consumo de algún hermano/a y el sexo.

ESTATUS DE CONSUMO DE ALGÚN HERMANO/A	CHICOS	CHICAS	TOTAL
	Media de peligrosidad (D.T.) n	Media de peligrosidad (D.T.) n	Media de peligrosidad (D.T.) n
No consumidor/a	3,47 (0,87) 289	3,66 (0,81) 427	3,58 (0,84) 716
Ex consumidor/a	3,05 (0,96) 82	3,47 (0,86) 83	3,26 (0,83) 165
Consumidor/a	3,17 (1,01) 115	3,41 (0,87) 142	3,30 (0,94) 257
TOTAL	3,33 (0,94) 486	3,58 (0,83) 652	3,47 (0,89) 1138

Los estadísticos descriptivos de la variable “Percepción de peligrosidad del consumo de cannabis” en función del estatus de consumo de la pareja (No consumidor/ Ex consumidor/ Consumidor) y el sexo, se presentan en la **Tabla 6.4.6**. El análisis de la varianza del diseño factorial 3x2 (estatus de consumo de la pareja x sexo) indica que la percepción de peligrosidad del consumo de cannabis se relaciona significativamente con el estatus de consumo de la pareja del joven ($F_{(2,955)} = 15,93$; $p < 0,0005$). Los contrastes de Scheffé muestran que existen diferencias estadísticamente significativas entre los jóvenes que tienen parejas no consumidoras y los que tienen parejas consumidoras ($p < 0,0005$), y entre los universitarios con parejas consumidoras y aquéllos con parejas ex consumidoras ($p = 0,028$). El efecto de interacción entre los dos factores no es significativo ($F_{(2,955)} = 0,20$; $p = 0,82$).

Tabla 6.4.6: Estadísticos descriptivos de la variable “Percepción de peligrosidad del consumo de cannabis” en función del estatus de consumo de la pareja y el sexo.

ESTATUS DE CONSUMO DE LA PAREJA	CHICOS	CHICAS	TOTAL
	Media de peligrosidad (D.T.) n	Media de peligrosidad (D.T.) n	Media de peligrosidad (D.T.) n
No consumidor/a	3,42 (0,87) 223	3,64 (0,81) 335	3,55 (0,84) 558
Ex consumidor/a	3,23 (0,95) 56	3,54 (0,75) 98	3,43 (0,84) 154
Consumidor/a	3,00 (0,93) 68	3,27 (0,86) 181	3,20 (0,89) 249
TOTAL	3,31 (0,91) 347	3,51 (0,83) 614	3,44 (0,86) 961

Objetivo: Estudiar la relación entre la percepción de peligrosidad de esta sustancia y la edad de primera experimentación y de consumo regular de cannabis, por sexo.

En la **Tabla 6.4.7** se presentan las correlaciones de Spearman de la variable “Percepción de peligrosidad del consumo de cannabis” y la edad de primera experimentación con la sustancia y de inicio del consumo regular, en chicos y chicas.

Tabla 6.4.7: Correlaciones de Spearman de la variable “Percepción de peligrosidad del consumo de cannabis”, edad de primera experimentación con el cannabis y edad de inicio del consumo regular, en chicos y chicas.

Percepción de peligrosidad del consumo de cannabis	CHICOS	CHICAS
	r (p) n	r (p) n
Edad de primera experimentación con el cannabis	0,194 (< 0,0005) 694	0,148 (< 0,0005) 738
Edad de inicio del consumo regular de cannabis	0,053 (0,40) 251	0,088 (0,22) 197

Se observa una relación positiva poco intensa entre la percepción de peligrosidad del consumo de cannabis y la edad de primera experimentación con esta sustancia, tanto en los chicos como en las chicas. A mayor edad de primera experimentación con el cannabis mayor es la percepción de peligrosidad del consumo. No obstante dicha percepción es independiente de la edad de inicio del consumo regular en ambos sexos.

Objetivo: Analizar si existen diferencias en la percepción de peligrosidad del consumo de cannabis según la magnitud de consumo de los universitarios consumidores de esta sustancia.

En la **Tabla 6.4.8** se presentan los estadísticos descriptivos de la variable “Percepción de peligrosidad del consumo de cannabis” en función de la magnitud de consumo de esta sustancia (De 1 a 5 “porros”/ De 6 a 10 “porros”/ Más de 10 “porros”) y el sexo. El análisis de la varianza del diseño factorial 3x2 (magnitud de consumo de cannabisxsexo) indica que, entre los jóvenes consumidores de cannabis que han contestado a la pregunta, la percepción de peligrosidad del consumo de esta sustancia es independiente de la magnitud de consumo ($F_{(2,401)} = 1,74$; $p = 0,18$) y del sexo ($F_{(1,401)} = 0,05$; $p = 0,82$). La interacción entre los dos factores tampoco es significativa ($F_{(2,401)} = 0,72$; $p = 0,49$).

Tabla 6.4.8: Estadísticos descriptivos de la variable “Percepción de peligrosidad del consumo de cannabis” en función de la magnitud de consumo de esta sustancia y el sexo.

MAGNITUD DE CONSUMO DE CANNABIS	CHICOS	CHICAS	TOTAL
	Media de	Media de	Media de
	peligrosidad	peligrosidad	peligrosidad
	(D.T.)	(D.T.)	(D.T.)
	n	n	n
De 1 a 5 “porros”	2,92 (0,89) 192	3,22 (0,87) 168	3,06 (0,89) 360
De 6 a 10 “porros”	2,88 (0,97) 25	3,13 (0,84) 8	2,94 (0,93) 33
Más de 10 “porros”	2,73 (1,01) 11	2,33 (0,58) 3	2,64 (0,93) 14
TOTAL	2,90 (0,90) 228	3,20 (0,86) 179	3,03 (0,90) 407*

* 24 de los 431 jóvenes consumidores no contestaron esta pregunta.

6.5- Expectativas de autoeficacia para negarse a consumir cannabis

Objetivo: Conocer las expectativas de autoeficacia para negarse a consumir cannabis de chicos y chicas, consumidores y no consumidores, según se hallen solos o acompañados por los amigos.

En la **Tabla 6.5.1** se muestran los estadísticos descriptivos de la variable “Expectativas de autoeficacia para negarse al consumo de cannabis” según la situación en que se halla el joven (Solo o Acompañado de los amigos), el estatus de consumo propio (No consumidor/ Ex consumidor/ Consumidor) y el sexo. El análisis de la varianza del diseño mixto 2x3x2 (situaciónxestatus de consumoxsexo), donde el primer factor es intrasujeto y los otros dos intersujeto, indica que no existe interacción de tercer orden ($F_{(2,2076)} = 2,77$; $p = 0,06$), ni interacción de segundo orden entre la situación y el sexo ($F_{(1,2076)} = 2,28$; $p = 0,13$) o entre el estatus de consumo y el sexo ($F_{(2,2076)} = 1,24$; $p = 0,29$). Tampoco es significativa la interacción entre la situación y el estatus de consumo ($F_{(2,2076)} = 0,28$; $p = 0,75$). El efecto principal de la situación tampoco alcanza

la significación estadística ($F_{(1,2076)} = 1,31$; $p = 0,25$), pero sí los efectos principales del estatus de consumo y el sexo ($F_{(2,2076)} = 53,06$; $p < 0,0005$ y $F_{(1,2076)} = 5,00$; $p = 0,03$, respectivamente). Los jóvenes consumidores de cannabis tienen una expectativa de autoeficacia para negarse al ofrecimiento del consumo de esta sustancia, tanto si se encuentran solos o acompañados de amigos, menor que los jóvenes ex consumidores y a su vez menor que los jóvenes no consumidores. Los contrastes de Scheffé muestran diferencias estadísticamente significativas entre los jóvenes no consumidores y los consumidores de cannabis ($p < 0,0005$) y entre los jóvenes consumidores y ex consumidores de esta sustancia ($p < 0,0005$). En cuanto al sexo, las chicas, estén solas o acompañadas, tienen unas expectativas de autoeficacia para negarse a consumir cannabis más elevadas que los chicos en su misma situación.

Tabla 6.5.1: Estadísticos descriptivos de la variable “Expectativas de autoeficacia para negarse al consumo de cannabis” en función del estatus de consumo propio y el sexo.

ESTATUS DE CONSUMO	EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA PARA NEGARSE A CONSUMIR CANNABIS					
	Solo			Acompañado de los amigos		
	CHICOS	CHICAS	TOTAL	CHICOS	CHICAS	TOTAL
	Media (D.T.) n	Media (D.T.) n	Media (D.T.) n	Media (D.T.) n	Media (D.T.) n	Media (D.T.) n
No consumidor	8,34 (3,20) 657	8,64 (2,96) 830	8,51 (3,07) 1487	8,29 (3,14) 657	8,63 (2,87) 830	8,48 (3,00) 1487
Ex consumidor	8,15 (3,32) 93	8,38 (2,77) 79	8,26 (3,07) 172	8,20 (3,24) 93	8,29 (2,80) 79	8,24 (3,04) 172
Consumidor	6,28 (3,71) 234	7,23 (3,26) 189	6,70 (3,55) 423	6,32 (3,75) 234	7,03 (3,32) 189	6,64 (3,58) 423
TOTAL	7,84 (3,45) 984	8,38 (3,04) 1098	8,12 (3,25) 2082	7,81 (3,40) 984	8,33 (3,01) 1098	8,09 (3,21) 2082

6.6- Experiencia vicaria en las consecuencias negativas del consumo de drogas

Objetivo: Relacionar la experiencia vicaria en las consecuencias negativas del consumo de drogas con el estatus de consumo de cannabis, por sexo.

Casi la mitad de los jóvenes encuestados (44,9%) conocen a alguien que ha enfermado o muerto como causa del consumo de drogas.

Las distribuciones de los participantes según esta variable y el estatus de consumo de cannabis se muestran en la **Figura 6.6.1** para los chicos, y en la **Figura 6.6.2** para las chicas.

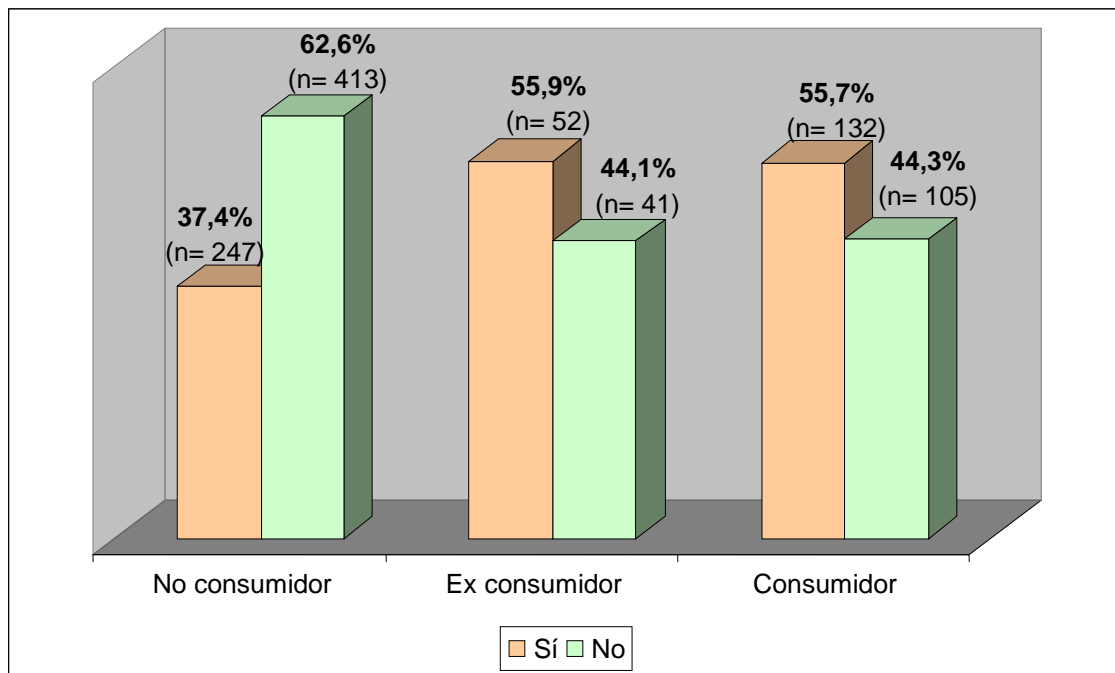


Figura 6.6.1: Distribución de los chicos según el estatus de consumo y el hecho de conocer a alguien que haya enfermado o muerto por consumo de sustancias (Sí/No).

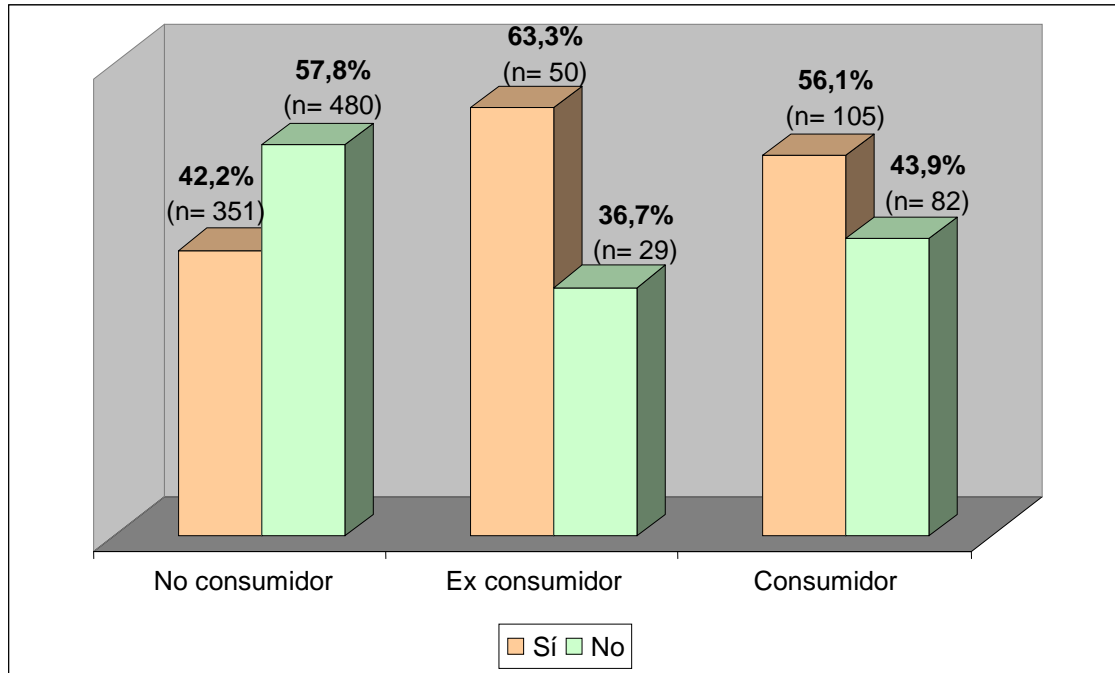


Figura 6.6.2: Distribución de las chicas según el estatus de consumo y el hecho de conocer a alguien que haya enfermado o muerto por consumo de sustancias (Sí/No).

Se observa que proporcionalmente más jóvenes consumidores de cannabis y ex consumidores que no consumidores de la sustancia, conocen a alguien que ha enfermado o muerto como consecuencia del consumo de drogas. Las diferencias son estadísticamente significativas tanto para los chicos ($\chi^2_{(2)}= 30,08$; $p < 0,0005$) como para las chicas ($\chi^2_{(2)}= 21,98$; $p < 0,0005$).

Objetivo: Conocer qué drogas se asocian con más frecuencia a las consecuencias negativas sufridas por consumidores conocidos según el estatus de consumo informado por los estudiantes.

En la **Tabla 6.6.1** se presenta la distribución de los universitarios que conocen a alguien que ha enfermado o muerto como consecuencia del uso de sustancias según el estatus de consumo propio de cannabis y la droga que consumía la persona afectada.

Tabla 6.6.1: Distribución de los jóvenes según su estatus de consumo y la droga que consumía la persona conocida afectada.

DROGA	ESTATUS DE CONSUMO			Total
	No consumidor de cannabis	Ex consumidor de cannabis	Consumidor de cannabis	
Tabaco	197 [36,3%]	28 [28,6%]	52 [24%]	277 [32,3%]
Alcohol	81 [14,9%]	11 [11,2%]	20 [9,2%]	112 [13%]
Cannabis	28 [5,2%]	10 [10,2%]	15 [6,9%]	53 [6,2%]
Cocaína	138 [25,4%]	26 [26,5%]	59 [27,2%]	223 [26%]
Pastillas	38 [7%]	10 [10,2%]	19 [8,7%]	67 [7,8%]
Heroína	44 [8,1%]	9 [9,2%]	36 [16,6%]	89 [10,4%]
Otras drogas	17 [3,1%]	4 [4,1%]	16 [7,4%]	37 [4,3%]
Total	543 [100%]	98 [100%]	217 [100%]	858 [100%]

Frecuencia absoluta

[] Porcentaje por columnas

La droga que con más frecuencia se informa como causante de enfermedad o muerte de la persona conocida es el tabaco, seguida por la cocaína y el alcohol. Las diferencias observadas son estadísticamente significativas ($\chi^2_{(12)} = 34,61$; $p = 0,001$), no obstante los resultados se han de interpretar con cautela porque no se cumplen las condiciones de aplicación de la prueba χ^2 .

Objetivo: Relacionar el tipo de enfermedad sufrida con la droga que consumía la persona afectada.

En la **Tabla 6.6.2** se muestra la distribución de los jóvenes según la enfermedad sufrida por la persona afectada y la droga consumida.

Tabla 6.6.2: Distribución de los jóvenes según la enfermedad sufrida por la persona afectada y la droga que consumía.

ENFERMEDAD	DROGA							Total
	Tabaco	Alcohol	Cannabis	Cocaína	Pastillas	Heroína	Otras drogas	
Cáncer	234	10	1	3	-	-	1	249
	(94%)	(4%)	(0,4%)	(1,2%)	-	-	(0,4%)	(100%)
Enfermedad cardio-respiratoria	22	1	3	29	7	4	5	71
	(31%)	(1,4%)	(4,2%)	(40,8%)	(10%)	(5,6%)	(7%)	(100%)
Sobredosis	2	1	1	52	5	27	10	98
	(2%)	(1%)	(1%)	(53,1%)	(5,1%)	(27,6%)	(10,2%)	(100%)
Coma	2	29	-	2	2	1	1	37
	(5,4%)	(78,4%)	-	(5,4%)	(5,4%)	(2,7%)	(2,7%)	(100%)
Cirrosis	5	39	-	6	-	1	-	51
	(9,8%)	(76,5%)	-	(11,8%)	-	(1,9%)	-	(100%)
SIDA	-	-	-	5	3	24	4	36
	-	-	-	(13,9%)	(8,3%)	(11,1%)	(66,7%)	(100%)
Psicológica/Psiquiátrica	4	2	38	64	30	12	8	158
	(2,5%)	(1,3%)	(24,1%)	(40,5%)	(19%)	(7,6%)	(5%)	(100%)
Muerte (sin especificar enfermedad)	2	12	3	10	5	2	-	34
	(5,9%)	(35,3%)	(8,8%)	(29,4%)	(14,7%)	(5,9%)	-	(100%)
Otras enfermedades	1	6	2	7	4	3	1	24
	(4,2%)	(25%)	(8,3%)	(29,2%)	(16,6%)	(12,5%)	(4,2%)	(100%)
Total	272	100	48	178	56	74	30	758
	(35,9%)	(13,2%)	(6,3%)	(23,5%)	(7,4%)	(9,8%)	(3,9%)	(100%)

Frecuencia absoluta

() Porcentaje por filas

Prácticamente el total de los casos de cáncer se asocian al consumo de tabaco. Las drogas que más comúnmente causan enfermedades cardio-respiratorias según los jóvenes encuestados son el tabaco y la cocaína. Más de la mitad de los casos de sobredosis se asocian al consumo de cocaína. El coma y la cirrosis se atribuyen casi exclusivamente al alcohol.

Centrándonos en los 48 casos que informan del cannabis como sustancia asociada a problemas de salud, en la presente investigación se observa que la mayoría de ellos

(38 casos) se refieren a enfermedades psicológicas o psiquiátricas como por ejemplo: “depresión”, “ansiedad”, “adicción”, “trastorno bipolar”, “brote psicótico”. Los 2 casos que se agrupan bajo el epígrafe de “Otras enfermedades” hacen referencia concretamente a la “Pérdida de conocimiento”.

Objetivo: Clasificar a los jóvenes con experiencia vicaria en las consecuencias negativas del consumo de drogas en función de la relación mantenida con la persona afectada, para las drogas en general y en el caso del cannabis en particular.

En la **Figura 6.6.3** se presenta la distribución de los jóvenes según el tipo de relación que mantenían con la persona conocida que ha enfermado o muerto como consecuencia del consumo de alguna droga. La mayoría de los participantes informan que la persona afectada es o era un conocido/a o bien un familiar.

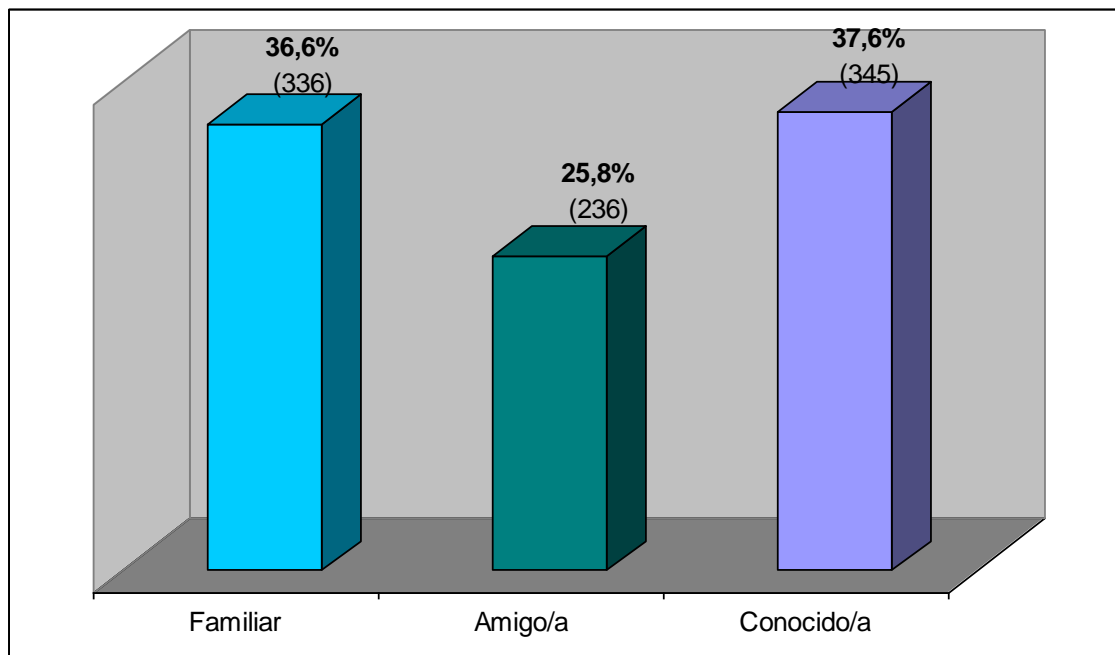


Figura 6.6.3: Distribución de los universitarios según el tipo de relación con la persona conocida enferma o muerta como consecuencia del consumo de sustancias.

En la **Figura 6.6.4** se especifica el tipo de relación entre los jóvenes y la persona conocida afectada como consecuencia del consumo de cannabis sobre la que informan. En más de la mitad de los casos la persona afectada es un amigo/a.

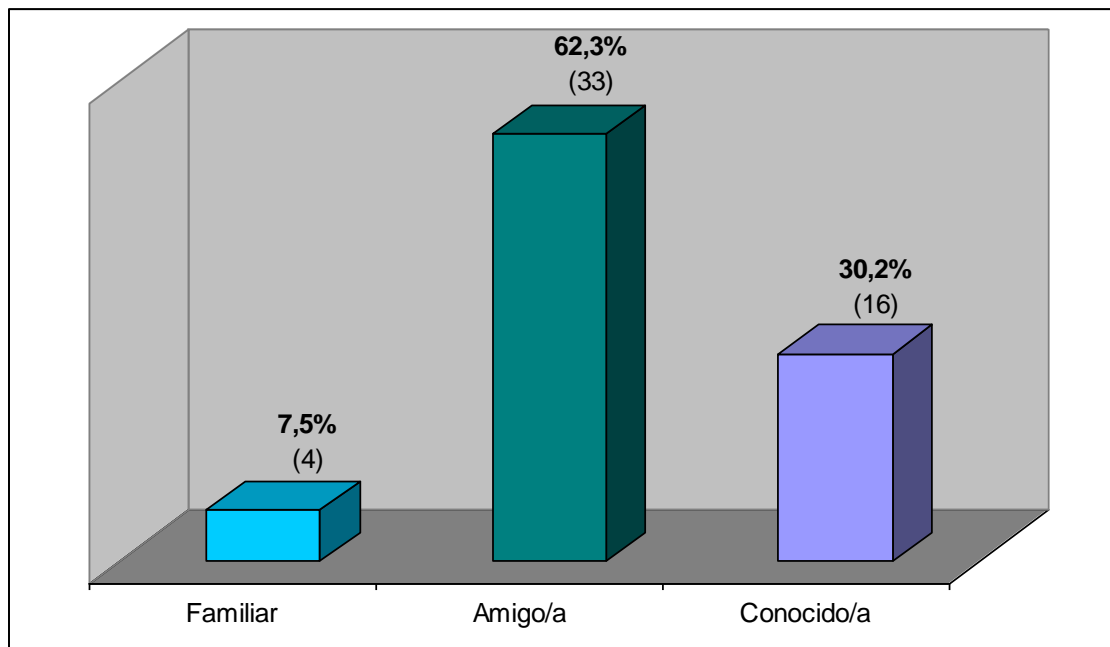


Figura 6.6.4: Distribución de los 53 casos en los que se informa del cannabis como causante de la enfermedad o muerte de la persona conocida, según la relación.

6.7- Valoración de los pros y contras de consumir cannabis y de las situaciones que tientan a su consumo

Objetivo: Estudiar los pros y contras percibidos del consumo de cannabis según la etapa de adquisición del consumo de los universitarios no consumidores de la muestra.

En la **Tabla 6.7.1** se presentan las puntuaciones medias y las desviaciones típicas. de cada ítem del inventario de pros y contras del consumo de cannabis según la etapa de adquisición del consumo de los jóvenes no consumidores. Se aprecia que a medida que se avanza en las etapas de adquisición del consumo se tienden a valorar más los beneficios y menos los perjuicios de consumir cannabis.

Tabla 6.7.1: Puntuaciones medias y desviaciones típicas de los ítems correspondientes a los pros sociales, los pros de afrontamientos y los contras según la etapa de adquisición del consumo (aPC: Precontemplación de la adquisición, aC: Contemplación de la adquisición y aP: Preparación de la adquisición).

	aPC	a C	aP
<i>Consumir cannabis...</i>	Media (D.T.)	Media (D.T.)	Media (D.T.)
Pros sociales			
Hace que las personas sean más respetadas	1,3 (0,7)	1,3 (0,8)	1,2 (0,6)
Hace que las personas tengan más amigos	1,4 (0,8)	1,4 (0,8)	1,4 (0,9)
Ayuda a la gente a afrontar mejor sus frustraciones	1,4 (0,9)	1,5 (0,9)	1,6 (1,0)
Pros de Afrontamiento			
Es agradable	1,5 (1)	2,3 (1,2)	2,5 (1,3)
Reduce la tensión	2,0 (1,3)	2,4 (1,4)	2,9 (1,4)
Hace que las personas tengan más citas	1,3 (0,8)	1,3 (0,8)	1,3 (0,8)
Contras			
Huele mal	3,7 (1,6)	3,1 (1,6)	3,3 (1,5)
Puede afectar la salud de los demás	3,9 (1,5)	3,7 (1,5)	3,9 (1,4)
Es peligroso para la propia salud	4,7 (0,9)	4,4 (1,1)	4,4 (1,1)
Molesta a los demás	4,2 (1,2)	3,9 (1,3)	3,9 (1,3)
Es un hábito sucio	3,9 (1,4)	3,3 (1,5)	3,2 (1,5)
Amarillea los dientes	4,0 (1,4)	3,9 (1,3)	4,0 (1,3)

Se han transformado las puntuaciones correspondientes a todos los participantes de la muestra de las variables balance decisional y tentaciones de consumo en puntuaciones T (media= 50; D.T.= 10), a efectos comparativos

La **Figura 6.7.1** muestra las medias de las puntuaciones T (media= 50; D.T.= 10) en la valoración de los pros sociales, los pros de afrontamiento, los pros combinados (unión

de pros sociales y de afrontamiento) y los contras del consumo de cannabis, según la etapa de adquisición en la que se encuentra el joven.

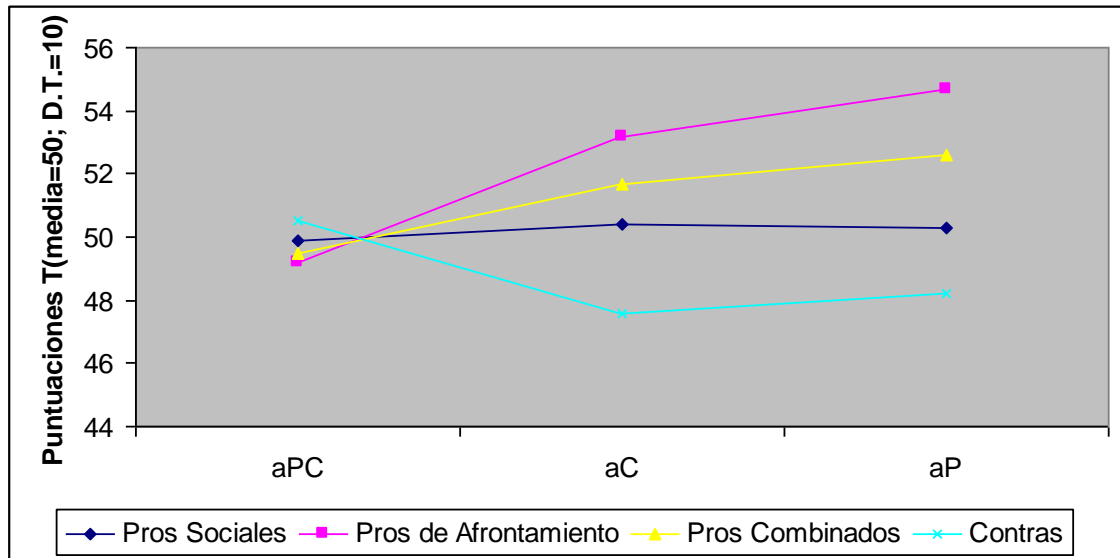


Figura 6.7.1: Puntuaciones T de los pros sociales, los pros de afrontamiento, los pros combinados y los contras según la etapa de adquisición del consumo de cannabis.

Se observa que en la etapa de Precontemplación los jóvenes valoran los pros y contras del consumo de cannabis de forma similar. A medida que avanzan en las etapas de adquisición (Contemplación y Preparación) disminuye la valoración de los aspectos negativos de su consumo, se mantiene la valoración de los aspectos positivos sociales y aumenta la valoración de las ventajas relacionadas con el afrontamiento y las combinadas.

La **Tabla 6.7.2** muestra las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones directas de la valoración de los pros sociales, los pros de afrontamiento y los contras del consumo de cannabis según la etapa de adquisición.

Tabla 6.7.2: Medias y Desviaciones Típicas de las puntuaciones directas en la valoración de los pros sociales, los pros de afrontamiento, la combinación de ellos y los contras, en función de la etapa de adquisición.

Pros/Contras		Etapa de adquisición		
		aPC	aC	aP
Pros Sociales	Media	1,36	1,39	1,40
	D.T.	0,69	0,64	0,62
Pros de Afrontamiento*	Media	1,56	2,02	2,21
	D.T.	0,79	0,88	0,89
Pros Combinados*	Media	1,45	1,70	1,81
	D.T.	0,66	0,66	0,66
Contras*	Media	4,07	3,68	3,78
	D.T.	0,91	1,01	0,96

$p < 0,0005^*$

Los resultados de la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis muestran diferencias estadísticamente significativas según la etapa de adquisición en todos los casos ($p < 0,0005$) excepto en la valoración de los Pros Sociales ($p = 0,07$). De acuerdo con los resultados de los contrastes no paramétricos de Mann-Whitney se observa que los jóvenes que se encuentran en aPC y los que se hallan en aC difieren de forma significativa en la evaluación de los Pros de Afrontamiento y la Combinación de los sociales y de afrontamiento, y en la valoración de los Contrás. En la etapa de Precontemplación los pros de afrontamiento/combinados se valoran menos que en la etapa de Contemplación ($p < 0,0005$). Por el contrario, los jóvenes en Precontemplación del consumo de cannabis valoran más los contras relacionados con el consumo de cannabis que los que se encuentran en la etapa de Contemplación de la adquisición ($p < 0,0005$). Existen también diferencias estadísticamente significativas en la valoración de los pros de afrontamiento, los combinados y los contras, entre los estudiantes que se encuentran en aPC y los que están en la etapa de aP. También en este caso los jóvenes en aPC valoran menos los pros de afrontamiento y combinados que los que se hallan en aP ($p < 0,0005$). En cambio los universitarios en aPC valoran más los contras que los preparados para la adquisición del consumo de cannabis ($p = 0,002$). No se hallan diferencias estadísticamente significativas entre los jóvenes que se encuentran en la etapa de Contemplación de la adquisición y los Preparados para la adquisición ni en la evaluación de los pros ni en la de los contras.

Objetivo: Analizar la valoración de las tentaciones de consumir cannabis en función de la etapa de adquisición de los jóvenes no consumidores.

En la **Tabla 6.7.3** se presentan las medias y desviaciones típicas de cada ítem del inventario de situaciones de tentación para el consumo de cannabis. En general los jóvenes se sienten más tentados a consumir cannabis a medida que se aproximan a etapas de adquisición más próximas al consumo.

Tabla 6.7.3: Puntuaciones medias y desviaciones típicas de los ítems correspondientes a las tentaciones en situaciones sociales positivas, situaciones afectivas negativas, en situaciones relacionadas con los iguales y con la curiosidad según la etapa de adquisición del consumo (aPC: Precontemplación de la adquisición, aC: Contemplación de la adquisición y aP: Preparación de la adquisición).

	PC	C	PRE
<i>Me siento tentado a consumir....</i>	Media (D.T.)	Media (D.T.)	Media (D.T.)
Situaciones sociales positivas			
Cuando estoy hablando y relajado	1,1 (0,4)	1,8 (1,1)	2,0 (1,1)
Cuando estoy pasando un buen rato	1,1 (0,5)	1,8 (1,0)	2,6 (1,9)
Cuando estoy con alguien de la familia que está consumiendo la sustancia	1,0 (0,3)	1,3 (0,8)	1,5 (1,0)
Situaciones afectivas negativas			
Cuando me siento muy ansioso y estresado	1,1 (0,5)	1,5 (0,9)	2,0 (1,2)
Cuando las cosas no me salen como quiero y me siento frustrado	1,1 (0,4)	1,4 (0,8)	1,7 (1,1)
Cuando necesito algo para superar un día difícil	1,1 (0,4)	1,4 (0,9)	1,5 (1,0)
Cuando discuto con mi familia	1,0 (0,3)	1,2 (0,5)	1,4 (0,8)
Situaciones con los iguales			
Cuando quiero formar parte del grupo	1,1 (0,4)	1,3 (0,7)	1,4 (0,9)
Cuando estoy en una fiesta con los amigos	1,2 (0,6)	2,4 (1,2)	2,8 (1,4)
Cuando me incomoda no consumir esta sustancia	1,1 (0,4)	1,3 (0,8)	1,4 (0,8)
Curiosidad			
Cuando quiero saber qué gusto tiene esta sustancia	1,2 (0,7)	1,9 (1,2)	1,9 (1,2)
Cuando quiero saber qué se siente al consumir esta sustancia	1,2 (0,7)	2,2 (1,4)	1,8 (1,2)

En la **Figura 6.7.2** se observan las medias de las puntuaciones T (media= 50; D.T.= 10) en la valoración de las tentaciones sociales positivas, las tentaciones afectivas negativas, las tentaciones relacionadas con los iguales y las relacionadas con la curiosidad de consumir cannabis, según la etapa de adquisición en la que se encuentra el joven.

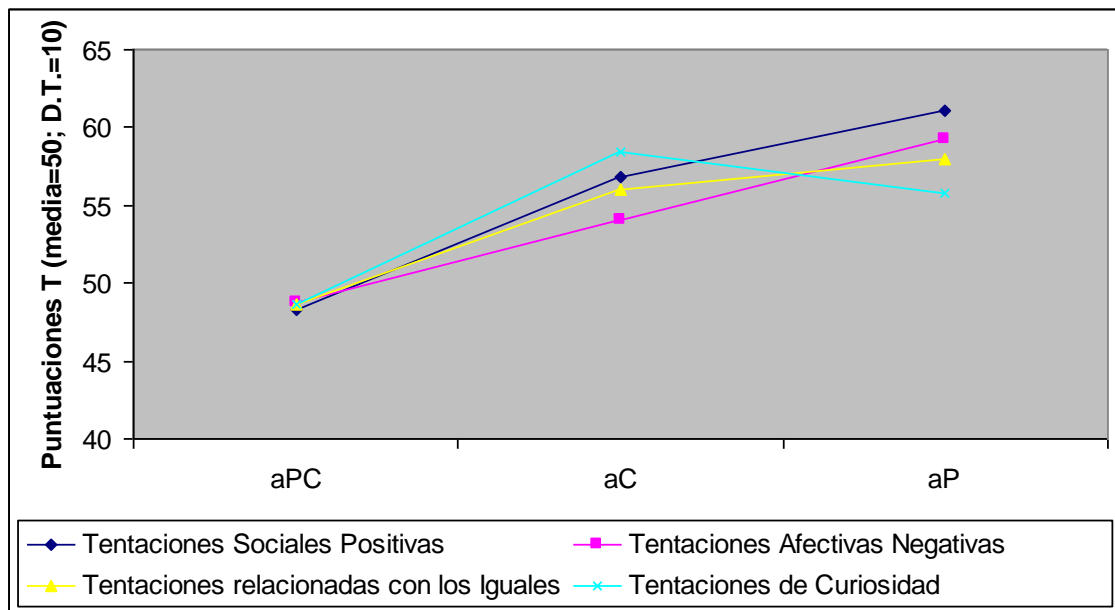


Figura 6.7.2: Puntuaciones T de las tentaciones sociales positivas, las tentaciones afectivas negativas, las tentaciones relacionadas con los iguales y las tentaciones relacionadas con la curiosidad según la etapa de adquisición del consumo de cannabis.

Se aprecia que en la etapa de Precontemplación los universitarios valoran de forma similar los cuatro tipos de tentaciones. En la etapa de Contemplación su valoración aumenta, y en la etapa de Preparación para consumir cannabis las tentaciones sociales positivas y las afectivas negativas tienen mayor puntuación que en la etapa anterior, mientras que las tentaciones relacionadas con los iguales y las referidas a la curiosidad del consumo de la sustancia son menos valoradas.

La **Tabla 6.7.4** muestra las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones directas en la valoración de las tentaciones del consumo de cannabis en función de la etapa de adquisición.

Tabla 6.7.4: Medias y Desviaciones Típicas de las puntuaciones directas en la valoración de las tentaciones sociales positivas, las tentaciones afectivas negativas, las tentaciones relacionadas con los iguales y las relacionadas con la curiosidad de consumir cannabis, según la etapa de adquisición.

Tentaciones		Etapa de adquisición		
		aPC	aC	aP
Tentaciones Sociales Positivas*	Media	1,08	1,61	1,88
	D.T.	0,36	0,76	0,89
Tentaciones Afectivas Negativas*	Media	1,06	1,36	1,64
	D.T.	0,35	0,62	0,82
Tentaciones relacionadas con los Iguales*	Media	1,11	1,65	1,81
	D.T.	0,40	0,68	0,74
Tentaciones relacionadas con la Curiosidad*	Media	1,23	2,07	1,85
	D.T.	0,65	1,21	1,09

* $p < 0,0005$

Los resultados de la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis muestran diferencias estadísticamente significativas en todos los tipos de tentaciones de consumo según la etapa de adquisición ($p < 0,0005$). Los resultados de los contrastes no paramétricos de Mann-Whitney indican que los jóvenes que se encuentran en aPC y los que se hallan en aC difieren de forma estadísticamente significativa en la evaluación de las tentaciones de consumo de cannabis. En la etapa de Precontemplación los jóvenes se sienten menos tentados a consumir cannabis que en la etapa de Contemplación ($p < 0,0005$). Existen también diferencias estadísticamente significativas en la valoración de los cuatro tipos de tentaciones de consumo de cannabis, entre los estudiantes que se encuentran en aPC y los que están en la etapa de aP. También en este caso los jóvenes en aPC se sienten menos tentados al consumo que los que se hallan en aP ($p < 0,0005$). Entre los estudiantes que se encuentran en la etapa de aC y los que se hallan en la aP, sólo se observan diferencias estadísticamente significativas en las tentaciones sociales positivas y en las tentaciones afectivas negativas, de forma que los universitarios en Contemplación valoran en menor grado los dos tipos de tentaciones que sus compañeros que se hallan en Preparación ($p = 0,013$ y $p = 0,003$, respectivamente).

Objetivo: Identificar posibles grupos de riesgo entre los jóvenes en la etapa de Precontemplación de la adquisición del consumo de cannabis.

A fin de identificar grupos de riesgo en la iniciación al consumo de cannabis con base en las valoraciones de los pros y contras y de las tentaciones, entre los jóvenes que no son consumidores de esta sustancia ni tienen la intención de consumirla en un futuro próximo (precontempladores), se ha realizado un análisis de clústers siguiendo el modelo propuesto por Velicer et al. (2007).

En la **Tabla 6.7.5** se presentan las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones T en pros, contras y tentaciones para cada uno de los 4 clusters hallados, y las características que definen cada grupo. Se aprecia que en el primer cluster se agrupan la mayor parte de los precontempladores de la muestra (n=1.013; 96,02%) con puntuaciones medias en la valoración de los pros, los contras y las tentaciones del consumo de cannabis.

El segundo clúster, mucho menos numeroso, incluye a 38 de los universitarios precontempladores (3,6 %) con puntuaciones cercanas a la media en la valoración de los contras y las tentaciones, y una elevada puntuación en los pros del consumo de cannabis. Estos estudiantes valoran en gran medida las ventajas de consumir pero no se sienten mucho más tentados que la mayoría hacia el consumo de esta sustancia.

El tercer clúster agrupa tan sólo 3 (0,28%) sujetos con puntuaciones próximas a la media en la valoración de los pros y contras, y una elevada puntuación de las tentaciones relacionadas con el consumo de cannabis. Son estudiantes que se sienten muy tentados a consumir pero que no ven en el consumo grandes ventajas ni inconvenientes.

Finalmente el cuarto clúster sólo contiene 1 (0,1%) estudiante pero que se siente muy tentado a consumir, que valora en gran medida las ventajas del consumo y ve pocas desventajas en él.

Tabla 6.7.5: Medias y Desviaciones Típicas de las puntuaciones T en pros, contras y tentaciones en cada uno de los clústers definidos en el análisis.

Clúster		Pros	Contras	Tentaciones	Características
1	N= 1013	Medio	Medio	Medio	<i>Puntuación media en la valoración de pros, contras y tentaciones.</i>
	Media	48,66	50,45	48,03	
	D.T.	4,93	6,72	3,14	
2	N= 38	Elevado	Medio	Medio	<i>Puntuación elevada en la valoración de los pros.</i>
	Media	73,17	48,04	54,60	
	D.T.	9,22	8,90	10,96	
3	N= 3	Medio	Medio	Elevado	<i>Puntuación elevada en la valoración de las tentaciones.</i>
	Media	47,25	53,91	112,04	
	D.T.	3,89	3,75	< 0,0005	
4	N= 1	Elevado	Bajo	Elevado	<i>Puntuación elevada en pros y tentaciones y baja en contras.</i>
	Media	81,14	27,99	106,77	
	D.T.	-	-	-	

En la **Figura 6.7.3** se muestran las medias de las puntuaciones T en pros, contras y situaciones de tentación al consumo de cannabis según el clúster de pertenencia. Se aprecian con claridad los cuatro perfiles descritos: un grupo (muy numeroso) con puntuaciones cercanas a la media en pros, contras y tentaciones, otro grupo que valora mucho las ventajas del consumo pero no se siente excesivamente tentado y valora los contras como la mayoría de sus compañeros, un reducido grupo que se siente muy tentado a consumir pero que no pierde de vista los pros y contras del consumo y por último un único caso que se siente muy tentado, valora en gran medida los pros y muy poco los contras. No obstante, el bajo número de participantes que se han agrupado en los clústers 3 y 4 aconseja prudencia al considerar estos perfiles como tendencias definidas entre los jóvenes.

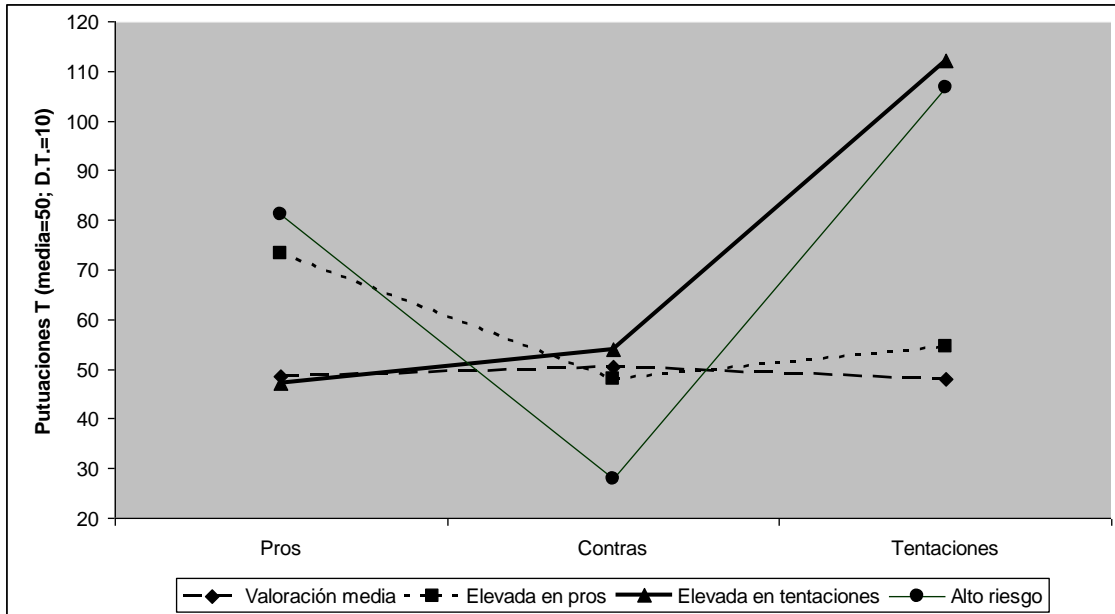


Figura 6.7.3: Puntuaciones T de los pros, contras y tentaciones del consumo de cannabis en los cuatro clústers.

6.8- Elaboración de un modelo predictivo del consumo de cannabis

Objetivo: Elaborar un modelo predictivo del consumo de cannabis, a fin de definir qué variables predicen mejor el consumo de esta sustancia entre los jóvenes.

Se ha ajustado un *modelo de regresión logística multinomial* para predecir el estatus de consumo de cannabis de los jóvenes (*consumidor, ex consumidor, no consumidor*) en función del **sexo**, la **edad**, el **consumo de los referentes próximos** (padre, madre, algún hermano, mejor amigo y pareja), la **percepción de peligrosidad**, la **autoeficacia percibida para negarse a consumir estando solo y con amigos** y el hecho de **conocer a alguien que haya muerto o enfermado como consecuencia del consumo de sustancias**.

En comparación con los no consumidores, la probabilidad de ser hombre era mayor entre los ex consumidores (OR= 2,48; $p < 0,02$) y entre los consumidores (OR= 4,29; $p < 0,0005$).

La probabilidad de que el mejor amigo no sea consumidor de cannabis es menor entre los ex consumidores comparados con los no consumidores (OR= 0,06; $p < 0,0005$).

Entre los consumidores se observa la misma tendencia pero sin alcanzar la significación estadística (OR= 0,28; p= 0,06).

La probabilidad de que el padre sea no consumidor o ex consumidor de cannabis es menor entre los consumidores de esta sustancia, comparados con los no consumidores (OR= 0,36; p= 0,008 y OR= 0,26; p= 0,009), pero esta tendencia no se observa entre los ex consumidores.

La probabilidad de tener un hermano ex consumidor es mayor entre los ex consumidores de cannabis cuando se comparan con los no consumidores (OR= 3,94; p< 0,02). Entre los consumidores, comparados con los no consumidores, se observa una tendencia no significativa en el sentido de que es menor la probabilidad de que no tengan un hermano también consumidor (OR= 0,52; p= 0,08).

Es más probable que los consumidores, comparados con los no consumidores, conozcan a alguien que haya muerto o enfermado como consecuencia del consumo de drogas (OR= 2,59; p= 0,005). Entre los ex consumidores se observa la misma tendencia pero no alcanza la significación estadística (OR= 2,02; p= 0,06).

A pesar de que el modelo se ajusta bien ($X^2 = 236,63$; p< 0,0005) y explica un 52,3% de la variabilidad del estatus de consumo de los jóvenes (Nagelkerke = 0,523), el porcentaje de buenas clasificaciones es aceptable entre los no consumidores (90,9%) y los consumidores (61,2%) de cannabis, pero no entre los ex consumidores (22,9%).

Dadas las similitudes detectadas entre consumidores y ex consumidores, se procede a agrupar estas dos submuestras y se ajusta un *modelo de regresión logística binaria* para predecir la pertenencia a uno de los dos grupos (**No consumidores y Consumidores/Ex consumidores**). Las variables predictoras son las mismas variables utilizadas en el anterior modelo, pero agrupando también a los referentes próximos (padre, madre, mejor amigo y pareja) en dos grupos según su estatus de consumo: No consumidores y Consumidores/Ex consumidores. Los resultados del análisis se muestran en la **Tabla 6.8.1**.

Tabla 6.8.1: Resultados de la regresión logística binaria (método “introducir”) para predecir el estatus de consumo de cannabis de los jóvenes.

VARIABLES	B	WALD	P	OR	IC 95%
Sexo	1,21	17,67	<0,0005	3,36	(1,91; 5,92)
Edad	-0,06	1,74	0,19	0,94	(0,86; 1,03)
Consumo del mejor amigo	-1,92	49,14	<0,0005	0,15	(0,09; 0,25)
Consumo del padre	-0,80	4,07	0,04	0,45	(0,21; 0,98)
Consumo de la madre	0,39	0,58	0,45	1,48	(0,54; 4,07)
Consumo de algún hermano	-0,70	6,10	0,01	0,50	(0,28; 0,87)
Consumo de la pareja	-0,30	1,10	0,30	0,74	(0,43; 1,30)
Percepción de peligrosidad	0,21	1,79	0,18	1,24	(0,91; 1,69)
Expectativas de autoeficacia a negarse solo	0,01	0,02	0,90	1,01	(0,86; 1,19)
Expectativas de autoeficacia a negarse acompañado	-0,12	1,92	0,17	0,89	(0,75; 1,05)
Conocer a alguien que haya enfermado o muerto por consumir drogas	0,83	9,15	0,002	2,30	(1,34; 3,95)

Se aprecia que los consumidores o ex consumidores de cannabis tienden a ser hombres, que tienen frecuentemente algún referente consumidor o ex consumidor (padre, algún hermano y/o el mejor amigo) y que es probable que conozcan a alguien que haya muerto o enfermado como consecuencia del consumo de drogas. Este modelo está bien ajustado ($X^2 = 175,85$; $p < 0,0005$), según el índice de Nagelkerke explica un 47,1% de la variabilidad del estatus de consumo de cannabis de los jóvenes y clasifica correctamente al 86,9% de los no consumidores y al 64,4% de los consumidores o ex consumidores.

En la **Tabla 6.8.2** se presentan las medias o porcentajes correspondientes a las variables introducidas en el modelo predictivo según el estatus de consumo de los jóvenes. Se observa que el porcentaje de chicos es más elevado entre los consumidores y que los jóvenes como media tienen edades parecidas independientemente del estatus de consumo. Entre los jóvenes no consumidores son más aquellos cuyo mejor amigo es no consumidor, que entre los consumidores y ex consumidores. Lo mismo, pero en menor medida, sucede en el caso del padre y de la

madre, y entre los hermanos y la pareja. Los estudiantes universitarios consumidores y ex consumidores, como media, consideran el cannabis medio punto menos peligroso que los no consumidores, y con mayor frecuencia que los no consumidores conocen a alguien que ha enfermado o muerto como consecuencia del consumo de drogas. Los jóvenes no consumidores se sienten más preparados que los no consumidores y ex consumidores a negarse a aceptar el consumo de cannabis tanto si se encuentran solos como acompañados de los amigos.

Tabla 6.8.2: Comparación entre los jóvenes no consumidores y los consumidores/ex consumidores según las variables introducidas en el modelo de regresión logística binaria.

VARIABLE	ESTATUS DE CONSUMO	
	No consumidor	Consumidor o Ex consumidor
Sexo (% de chicos)	44,2%	55%
Edad	Media= 21,04 D.T.= 3,22	Media= 21,05 D.T.= 2,92
Consumo del mejor amigo (% de no consumidores)	79,9%	27,9%
Consumo del padre (% de no consumidores)	92,5%	80,2%
Consumo de la madre (% de no consumidoras)	95,5%	87,3%
Consumo de algún hermano (% de no consumidores)	70,9%	43,8%
Consumo de la pareja (% de no consumidores)	68,1%	38,6%
Percepción de peligrosidad	Media= 3,61 D.T.= 0,85	Media= 3,15 D.T.= 0,89
Expectativas de autoeficacia a negarse solo	Media= 8,50 D.T.= 3,07	Media= 7,14 D.T.= 3,49
Expectativas de autoeficacia a negarse acompañado	Media= 8,48 D.T.= 2,99	Media= 7,10 D.T.= 3,50
Conocer a alguien que haya enfermado o muerto por consumir drogas (% de jóvenes que conocen a alguien afectado)	40%	56,9%

7. Discusión

7.1- El consumo de cannabis

Se observa que un **20,4% de los participantes informan ser consumidores** y el **8,2% ex consumidores de cannabis. Más chicos que chicas**, son **consumidores o ex consumidores** de esta sustancia, por el contrario el porcentaje de **no consumidoras** supera al de no consumidores.

La prevalencia de consumo observada en esta tesis es similar a la hallada en estudios previos a nivel estatal entre los jóvenes españoles tanto si se refiere a consumo durante el último año como en el último mes (DGPND, 2008a; Jiménez-Muro et al., 2009; OEDT, 2011). Según el informe del OEDT (2011) entre los jóvenes españoles con edades comprendidas entre los 15 y los 34 años, el 12,1% ha consumido cannabis en el último año y el 6,6% en el último mes. Los informes de EDADES (DGPND, 2008a) muestran que en España el 13,5% de los jóvenes (15-34 años) consumen cannabis de forma habitual (últimos 30 días) y el último informe INJUVE del 2008 muestra que el 13,4% de los jóvenes (15-24 años) ha consumido cannabis durante los últimos 30 días. Gómez-Fraguela, Fernández, Romero y Luengo (2008) con una muestra de 1.079 jóvenes de entre 12 y 20 años, hallan entre las sustancias más consumidas el cannabis, sustancia de uso del 19,9% de los jóvenes encuestados.

La prevalencia detectada de consumo regular de cannabis es inferior al 38,6% de consumidores en los últimos 12 meses y al 28,6% en el último mes observado en jóvenes madrileños de 12 a 24 años (Instituto de Adicciones Madrid Salud, 2005). La prevalencia de consumo regular de cannabis también se sitúa por debajo del 34,5% de consumidores de esta sustancia en el último año y el 25,5% en el último mes apreciado en jóvenes vascos (15-24 años) (OVD, 2008). Los datos obtenidos en cuanto a consumo regular de cannabis son igualmente inferiores al 22,2% de consumidores en el último mes detectados en jóvenes catalanes (15-29 años) (Generalitat de Catalunya, 2008a) y al 28,8% de consumidores en el último año hallado en jóvenes universitarios navarros (18-24) (Universidad Pública de Navarra, 2007).

Cabe destacar que en estos trabajos se valora la prevalencia de consumo como “consumo durante los últimos 12 meses”, “consumo durante los últimos 30 días” o

“consumo habitual”, y en esta investigación se incluyen en la categoría de consumidores tanto a los ocasionales como a los consumidores habituales de cannabis.

No obstante, en la comparativa de las prevalencias, se debe tener en cuenta que la muestra de estudio de esta tesis son estudiantes universitarios mientras que en los citados estudios sobre consumo de cannabis la muestra de población joven incluye también a adolescentes. Estas diferencias podrían ser la causa de las variaciones halladas en relación a la prevalencia de consumo respecto a los estudios citados.

En la misma línea, la prevalencia de consumo de cannabis en estudiantes universitarios dobla la de los adolescentes detectada en un estudio previo de la autora realizado con una muestra de estudiantes gerundenses de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) de entre 12 y 18 años (Cebrián, 2007).

Por lo que se refiere a la prevalencia del consumo de cannabis en jóvenes según el sexo, en estudios previos también se ha hallado que es mayor entre los hombres que entre las mujeres (DGPND, 2008a; Font-Mayolas et al., 2006; Generalitat de Catalunya, 2008a; Instituto de Adicciones Madrid Salud, 2005; OVD, 2008) sobre todo en relación al consumo frecuente de esta sustancia (Universidad Pública de Navarra, 2007), mientras que en el trabajo con adolescentes antes citado se halló una proporción de consumo de cannabis similar en chicos y chicas (Cebrián, 2007).

Más de la mitad de los universitarios, con independencia del género, **han probado el cannabis en alguna ocasión**. También Font-Mayolas et al. (2006) con una muestra de estudiantes universitarios gerundenses hallaron que más de la mitad de las chicas habían fumado cannabis alguna vez en su vida mientras que el porcentaje en los chicos era superior (75%). Igualmente en una encuesta realizada por el Ajuntament de Barcelona (2007) a jóvenes de entre 15 y 29 años se detectó un mayor porcentaje de jóvenes (64,7%) que habían probado en alguna ocasión el cannabis.

A medida que aumenta la edad de las chicas se incrementa su experimentación con el cannabis, de manera significativa. La **proporción de chicos consumidores de cannabis crece hasta aproximadamente los 23 años**, y si bien estas diferencias no son significativas, concuerdan, junto con el dato de las chicas, con los resultados hallados entre universitarios cordobeses, que indican que la tendencia de consumo de cannabis aumenta con la edad (Campusred, 2003). Los resultados de la presente

investigación en cuanto a la edad y el consumo de cannabis, también se encuentran en consonancia con los últimos informes del Observatorio de Nuevos Consumos de Drogas en el ámbito Juvenil de Barcelona donde se observa un estancamiento o leve declive en el consumo intensivo de cannabis y en el número de fumadores diarios a medida que se incrementa la edad, en especial entre los mayores de 20 años (Martínez, Pallarés, Barruti et al., 2008; Martínez, Pallarés, Espluga et al., 2009).

En la muestra estudiada **más chicos que chicas tenían intención de consumir cannabis en un futuro próximo**. Pérez, Ariza, Sánchez-Martínez y Nebot (2010), en un estudio longitudinal con una muestra de 2.043 adolescentes de entre 14 y 15 años de Barcelona, hallaron como factor de riesgo para el inicio del consumo de cannabis tanto entre los chicos como entre las chicas, tener intención de consumir la sustancia próximamente.

Existen diferencias en relación a la prevalencia de consumo de cannabis y la facultad o escuela de procedencia. Se hallan proporcionalmente **más chicos consumidores de cannabis entre los estudiantes de Enfermería, y más chicas que consumen esta sustancia en la facultad de Ciencias**. Asimismo, la intención de consumir cannabis en un futuro cercano está relacionada con el centro educativo, observándose que entre las **chicas el mayor porcentaje de intención de consumir cannabis próximamente se halla en la escuela de Enfermería**. Parecería que el conocimiento de las consecuencias negativas o contras que genera el consumo de sustancias sobre el organismo podría estar estrechamente relacionado o presente en las carreras científicas o de ciencias de la salud y en consecuencia ejercer un efecto preventivo sobre la conducta de consumo de cannabis (Pallonen et al., 1998). No obstante los datos concuerdan con los postulados de Bayés (1995) que afirma que tener información sobre las consecuencias negativas sobre la salud en comportamientos de riesgo es necesario pero no suficiente para su prevención. Así para garantizar la información necesaria que posibilite la prevención, desde la Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2006) se plantea la necesidad de buscar formas de difundir los hallazgos científicos logrados en la investigación sobre cannabinoides, de forma creíble y significativa a diferentes sectores de la población y en especial entre los jóvenes, para frenar el uso de esta sustancia.

La mayoría de los participantes no tienen intención de consumir cannabis en los próximos 6 meses, tanto si lo han probado como si no. En la misma línea en el

estudio de Pallonen et al. (1998) con adolescentes norteamericanos se observó que la mayoría de los participantes se encontraban en la etapa de Precontemplación, es decir, sin intención de probar el tabaco en los próximos 6 meses. Igualmente en el trabajo de Cebrián (2007) con adolescentes españoles se halló que la mayoría de los participantes se encontraban en la etapa de Precontemplación de la adquisición del consumo de cannabis y sin haber experimentado con la sustancia.

Entre los chicos y chicas que han probado el cannabis son más los que tienen intención de consumirlo próximamente, en relación a los jóvenes que no lo han probado. Se constata la importancia de la experimentación previa con la sustancia en la intención de consumo futuro, independientemente del sexo, coincidiendo con los resultados hallados en el estudio de Cebrián (2007) en cuanto al consumo de cannabis entre adolescentes, y el trabajo de Font-Mayolas et al. (2008) con una muestra de estudiantes de ESO y en relación al consumo de tabaco.

Aproximadamente **siete de cada cien jóvenes consumen cannabis a diario y el 13,8% lo consume de forma ocasional**. Conocer si este consumo esporádico corresponde a un consumo de fin de semana, asociado a situaciones de ocio, o por contra se extiende a otros días de la semana pero con un lapso temporal entre uno y otro consumo, sería de utilidad para determinar el tipo de intervención preventiva de posible aplicación en este colectivo. En un estudio de campo realizado entre 2007-2008, coordinado por el OEDT junto a diferentes expertos nacionales, con una representación de la población de la Unión Europea (15-64 años) se analizó el consumo diario (o casi diario) de cannabis entendido como el uso de la sustancia durante 20 días o más en los últimos 30 días. Se estimó que más del 1% de los adultos europeos, consume cannabis diariamente o casi diariamente. La mayoría de estos consumidores de cannabis tiene entre 15 y 34 años, que representa aproximadamente el 2,5% del total de la población adulta (OEDT, 2009a).

Calafat, Fernández, Becoña, Gil, Juan y Torres (2000) con una muestra de 1.341 jóvenes con edad media de 22,6 años (D.T.= 5) usuarios de la vida recreativa nocturna, observaron que el 13,4% de ellos se consideraban consumidores ocasionales de cannabis, con una frecuencia de consumo entre una vez al mes e inferior a 12 veces al año. El 15,4% se definieron como consumidores recreativos, fumando desde más de una vez al mes hasta una vez por semana. Y el 32,1% de la muestra se consideró consumidor habitual de cannabis, utilizando esta sustancia más de un día por semana o diariamente. La elevada prevalencia de consumo de cannabis entre estos jóvenes en un entorno recreativo sugiere a los autores una asociación

entre estos dos factores, evidenciado la relevancia de las situaciones de ocio en el consumo de esta sustancia. En consecuencia en futuros estudios sería de interés profundizar en la relación entre el consumo de cannabis y el tipo de uso del tiempo de ocio en el colectivo de jóvenes universitarios.

La mayor parte de la muestra de universitarios consumidores refiere que el último día de consumo fumó **entre 1 y 5 “porros”**. Otros autores han hallado resultados similares con muestras de estudiantes adolescentes (Cebrián, 2007; Pinazo et al., 2002). En la misma línea, Font-Mayolas et al. (2006) en el estudio antes citado con universitarios detectaron que el 40,9% de los consumidores fumó entre 1 y 5 “porros” en el último día de consumo.

Asimismo se observa que uno de cada diez participantes consumió en la última ocasión 6 o más “porros”, siendo mayor la proporción de chicos que de chicas que informan de consumos masivos. En cambio en el estudio de Font-Mayolas et al. (2006) con universitarios no se detectaron diferencias de género en cuanto a la magnitud de consumo de cannabis, mientras que el porcentaje de consumidores de 6 o más “porros” en el último día de consumo fue considerablemente superior (59,1%).

El porcentaje de **fumadores de tabaco entre los consumidores de cannabis** (53,2%) es significativamente **superior que entre los que no consumen esta sustancia** (46,8%). Estos resultados indican una estrecha relación entre el consumo de estas dos sustancias tal y como ya han constatado los resultados de estudios previos (Font-Mayolas et al., 2006).

En el caso del **alcohol** la tendencia se invierte, siendo el porcentaje de usuarios **más del doble entre los no consumidores de cannabis** (68,4%) **en comparación con los consumidores** (31,6%), lo cual sugiere que un contingente importante de jóvenes usa el alcohol sin asociarlo al consumo de cannabis. Esta relación no ha sido hallada en otros estudios, que sí encuentran una asociación entre el consumo de cannabis y el consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes (Eurobarometer, 2004; Megías et al. 2006; OEDT, 2009b). No obstante, Martínez, Alonso y Montañés (2010) encuentran una relación entre el consumo de alcohol y la intención futura de consumo de cannabis. Con una muestra de 243 adolescentes toledanos detectan una mayor proporción de chicos y chicas que tienen intención de fumar cannabis en un futuro entre los que beben alcohol en comparación a aquellos que nunca han bebido alcohol (12,3% frente al 1,8%). En el futuro serían de interés estudios que permitieran esclarecer la relación entre consumo de alcohol y de cannabis en el colectivo universitario.

Entre los jóvenes no consumidores de cannabis de la muestra no hay **ningún consumidor de cocaína o de drogas de diseño**, consumos que sí se observan entre los usuarios de cannabis, lo cual sugiere que el consumo de cannabis es un paso previo para el acceso a otras drogas más peligrosas (Guxens et al., 2007; Kandel y Jessor, 2002)

Se constata el fenómeno de policonsumo tal y como otros estudios ya han señalado (DGPND, 2004; Duhig et al., 2005; Eurobarometer, 2004; Gómez-Fraguela et al., 2008; Muñoz-Rivas y Graña, 2001; OEDT, 2009a). Sólo tres de cada cien jóvenes consumidores de cannabis utilizan únicamente esta sustancia, mientras que el 6% consumen cannabis y tabaco y el 17,5% cannabis y alcohol. Además se observa un porcentaje destacado de jóvenes consumidores de las tres sustancias: **el 68,3% de los universitarios consumidores de cannabis, también fuman tabaco y beben alcohol**. En cambio es poco frecuente el consumo de cannabis únicamente junto al de cocaína o de pastillas. En el Informe 2007 del Observatorio de nuevos consumos de drogas en el ámbito juvenil, Martínez et al. (2008) observan con elevada frecuencia la misma combinación de drogas entre los jóvenes. Anteriormente, Megías et al. (2006) utilizando el análisis factorial de componentes principales, también hallaron que uno de los modelos más frecuentes de policonsumo entre jóvenes es el consumo conjunto de alcohol, tabaco y cannabis. En un estudio realizado a una muestra de 2.662 jóvenes universitarios de primer curso de la Universidad de Zaragoza encontraron, en la misma línea, una clara relación entre el consumo de tabaco y cannabis, de manera que el 84% de los fumadores diarios de tabaco habían probado los porros de cannabis en alguna ocasión, y el 12,3% fuma también cannabis a diario. Asimismo entre los ex fumadores de tabaco existe un porcentaje considerable (22,7%) de consumidores de cannabis ocasionales (Jiménez-Muro et al., 2009)

Sería interesante conocer si el consumo de cannabis es previo o posterior al consumo de tabaco y alcohol para aportar datos a favor o en contra de la teoría llamada "puerta de entrada" según la cual: el consumo de drogas legales facilita el acceso y posterior consumo de cannabis (Guxens et al., 2007; Henningfield et al., 1990; Jiménez-Muro et al., 2009; Kandel y Davies, 1996; Kandel et al., 1992).

Entre los jóvenes participantes la **edad media de inicio de consumo de cannabis es de 15,82 años** y la de **inicio del consumo regular de cannabis de 16,96 años**. En la misma línea, datos de la Encuesta sobre drogas en población escolar del 2008 muestran que la edad media de inicio en el consumo de cannabis en los estudiantes

de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años se sitúa en los 14,6 años, siendo similar en ambos sexos y no mostrando variaciones significativas con respecto a años anteriores. Debemos tener en cuenta que los universitarios encuestados distan en algunos años de su adolescencia por lo que la diferencia de edad media de inicio hallada en el estudio y la observada entre los adolescentes de hoy en día podría estar determinada por el inicio cada vez más precoz, observado en el período 1994-2008: en catorce años la edad media de inicio del consumo ha pasado de 15,1 años a como hemos visto 14,6 años (DGPND, 2008b).

En estudios con jóvenes se ha hallado una edad de inicio del consumo de cannabis similar a la encontrada en este estudio. En la comunidad de Madrid, con jóvenes de entre 12 y 24 años se observa una edad de inicio del consumo de cannabis de 15,44 años (Instituto de Adicciones Madrid Salud, 2005). Font-Mayolas et al. (2006) hallaron entre los estudiantes universitarios una edad media de primera experimentación con el cannabis de 16,1 años (DT = 1.8). No obstante dichas autoras detectaron un inicio más precoz entre las mujeres (mujeres: edad media = 16 años; D.T = 1,8; hombres: edad media = 16,5 años; DT = 2) y en nuestro caso la edad de inicio es similar para ambos sexos. También en un estudio sobre salud, bienestar y calidad de vida realizado por la Universidad Pública de Navarra (2007) con una muestra de universitarios se observa una edad media de inicio del consumo de cannabis en torno a los 16 años (16,7 años).

La mayor parte de los universitarios se iniciaron en el consumo de cannabis antes de los 17 años de edad, y siete de cada diez consumidores de la sustancia empezaron su uso regular entre los 16 y 19 años. Cabe destacar que dos de cada diez se iniciaron al consumo habitual antes de los 16 años. Otros autores han apuntado a la relación entre un inicio precoz del consumo de cannabis y una mayor prevalencia de consumo de la sustancia (Kokkevi, Gabhainn y Spyropoulou, 2006). En un estudio de Best, Gross, Manning, Gossop, Witton y Strang (2005) con una muestra de estudiantes norteamericanos con edades comprendidas entre 14 y 16 años, también se observa que la temprana iniciación al uso de cannabis está relacionada con una mayor frecuencia de consumo.

Entre los **consumidores actuales** de este estudio, la **edad de primera experimentación es casi un año inferior**, respecto a los universitarios no consumidores que han probado el cannabis. Estos resultados podrían avalar la importancia de intentar retrasar al máximo el primer contacto del joven con las sustancias adictivas a fin de conseguir un inicio más tardío al consumo regular o

esporádico. Además se ha observado que **consumen más cantidad de “porros” aquellos jóvenes que se iniciaron antes al consumo habitual** tal y como previamente se había detectado en adolescentes (Cebrián, 2007). La relación inversa hallada entre la edad de inicio del consumo regular y la magnitud de consumo respalda también la necesidad de una intervención en el sentido propuesto ya que la mayor experiencia en el uso continuado de cannabis puede inducir tolerancia a la sustancia, lo cual puede llevar a un mayor consumo para lograr los efectos deseados (Baño, 2002; Robert et al., 2006).

7.2- La influencia social

➤ La influencia social de los amigos

Nueve de cada diez jóvenes se encontraban con amigos en su primera experimentación con el cannabis, tanto entre los chicos como entre las chicas e independientemente de si se consideran consumidores, ex consumidores o no consumidores de la sustancia.

Asimismo **ocho de cada diez estudiantes consumen el “porro” de cannabis compartido con otras personas**, sin diferencias en razón del sexo.

Entre los chicos y chicas encuestados se observa una **gran concordancia entre el estatus de consumo de cannabis del joven y el de su mejor amigo**.

Hoffman et al. (2007) con una muestra de adolescentes norteamericanos y para el consumo de tabaco hallan también una concordancia entre el propio consumo de tabaco y el de los amigos, determinada tanto por la presión de los iguales (imitación del comportamiento de los amigos) como por selección de iguales semejantes (los jóvenes fumadores eligen amigos también fumadores).

En la misma línea, en el estudio de Jiménez-Muro et al. (2009) se halló que el 57% de los universitarios zaragozanos consumidores de cannabis tenían asimismo amigos que consumían dicha sustancia.

Los jóvenes y su mejor amigo también concuerdan en el nivel de experimentación con el cannabis. Chicos y chicas coinciden con su mejor amigo en haber probado o no la sustancia. La misma **concordancia** se da **entre el nivel de**

intención de consumo de los estudiantes y el de su mejor amigo, independientemente del sexo.

Si se analiza la etapa de adquisición del consumo de cannabis, según el modelo de Pallonen et al. (1998) y la experimentación previa de consumo del mejor amigo, la **mayor parte de los mejores amigos de los jóvenes se encuentran en la primera** (no haber probado nunca el cannabis ni tener intención de hacerlo en los próximos 6 meses) **o cuarta etapa** (haber probado el cannabis pero no tener intención de consumir en los próximos 6 meses), correspondiendo a la etapa de precontemplación definida por estos autores.

Se observa una **concordancia en el patrón y evolución de las etapas de adquisición del consumo de cannabis propia y la del mejor amigo**, tanto entre los chicos como entre las chicas.

La mayor parte de los jóvenes se hallaban con amigos en el momento de su primera experimentación con el cannabis y concuerdan con su mejor amigo en la etapa de adquisición, en la experimentación previa, intención de consumo o estatus actual. La importancia del uso de cannabis por parte de los amigos en el inicio del consumo de la sustancia y la presencia de éstos durante el primer contacto con la sustancia, coincide con resultados hallados por otros autores en relación a la influencia de los amigos e iguales en el consumo de cannabis por parte de adolescentes (Cebrián, 2007; Font-Mayolas, Gras, Planes, Cebrián y Masferrer, 2011; Kokkevi et al., 2007; Scherrer et al., 2008), en el consumo de tabaco por parte de adolescentes (Pallonen et al., 1998; Pollard et al., 2010; Torrecilla et al., 2004) y jóvenes (Font-Mayolas y Planes, 2000), y en el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas entre adolescentes (Salamó et al., 2010) y jóvenes (Moral et al., 2006). Tovar et al. (2006) con una muestra de universitarios colombianos también hallaron un elevado porcentaje de jóvenes que consumían sustancias acompañados por los amigos.

Entre los jóvenes que han probado el cannabis en alguna ocasión o se consideran consumidores de la sustancia, se **inician** en el consumo de **forma más temprana aquellos que informan que sus mejores amigos son consumidores o ex consumidores** de cannabis, **en comparación a los que refieren que su mejor amigo no es consumidor.**

Existe relación entre la edad de inicio de consumo regular del joven y el estatus de consumo del mejor amigo. Los **jóvenes consumidores de cannabis cuyo mejor amigo también es consumidor se inician en el consumo regular con la sustancia de forma más temprana que los que informan que dicho amigo no consume.**

Kaplan et al. (2001) hallaron en una muestra de 1.411 chicas latinoamericanas una asociación entre la experimentación con el tabaco y su uso regular, y el consumo de la sustancia por parte de los iguales, similar a la relación observada entre el inicio del consumo de cannabis y del uso regular, y el estatus de consumo del mejor amigo.

En un trabajo longitudinal, Pérez et al. (2010), con una muestra de 2.054 jóvenes barceloneses de entre 14 y 15 años también encuentran una asociación entre la iniciación al consumo de cannabis por parte de las chicas y el consumo de dicha sustancia entre sus amigos. En este estudio se constata la influencia de los amigos y más específicamente de la figura del *mejor amigo/a*. Se utiliza esta figura en el cuestionario a fin de centrar la atención del participante en una persona determinada que para él o ella sea relevante, dada la probable variabilidad existente en el uso del cannabis por parte de “todos” los amigos y amigas del joven.

Estos resultados coincidirían con los postulados del modelo Sociocomportamental según los cuales el modelado más efectivo es aquel que ejercen sobre la conducta modelos semejantes al individuo en sexo y edad (Bandura, 1987). El joven o adolescente tiende a imitar conductualmente a estos modelos, de ahí la elevada relevancia de la influencia que tienen pares e iguales sobre el comportamiento, ya que el consumo o no consumo de sustancias, en este caso el cannabis, sería imitado por el joven o adolescente.

➤ La influencia social de los familiares cercanos

El 2,4% de los jóvenes encuestados informan que su padre es consumidor de cannabis y el 8,7% indican que es ex consumidor. Por lo que se refiere a las madres, el 1,3% de los participantes indican que su progenitora es consumidora de cannabis y el 5,6% ex consumidora. Independientemente del sexo, entre los **jóvenes no consumidores** se halla un **mayor porcentaje de padres no consumidores** (62,9% para los chicos y 79,1% entre las chicas), mientras que entre los **jóvenes consumidores** existe un **mayor porcentaje de padres consumidores o ex consumidores de la sustancia** (entre los chicos: 4,5% de padres ex consumidores y

36,4% de padres consumidores; entre las chicas: 10,5% de padres ex consumidores y 57,9% de padres consumidores).

Asimismo, se observa que el **estatus de consumo de cannabis de la madre coincide con el estatus de consumo de la hija.**

Si analizamos el estatus de consumo de los hermanos/as y la pareja del joven, el 22,7% y el 25,7% de los estudiantes informa tener algún hermano/a o pareja respectivamente, consumidor de cannabis. El 14,4% y el 16,2% de los hermanos/as o parejas del joven son ex consumidores/as de la sustancia. Independientemente del sexo, **jóvenes consumidores o ex consumidores de cannabis tienen en mayor proporción hermanos/as o parejas que consumen o han consumido la sustancia.**

Los **jóvenes** que informan que sus **padres o madres no son consumidores/as** de cannabis se **inician en el consumo de esta sustancia más tarde** que aquellos que informan tener **padres o madres ex consumidores/as.**

Los **universitarios** con **hermanos/as ex consumidores/as** de cannabis se **inician de forma más temprana en el consumo de la sustancia** que los que **informan de hermanos/as no consumidores/as.**

Jóvenes con **padres o madres consumidores/as o ex consumidores/as** se **inician al consumo regular de cannabis antes** que los que dicen tener **padres o madres no consumidores/as.**

Los **estudiantes** que tienen algún **hermano/a consumidor de cannabis** se **inician al consumo regular de esta sustancia de forma más precoz** que aquellos cuyos **hermanos/as no son consumidores/as.**

Estos datos apoyan los resultados de estudios previos en relación al consumo de sustancias por parte de los padres o el entorno familiar del joven y el consumo propio de adolescentes y jóvenes (Aburto et al., 2007; Cebrián, 2007; Font-Mayolas y Planes, 2000; Gruber y Pope, 2002; Jessor et al., 2003; Muñoz-Rivas y Graña, 2001; Salamó et al., 2010; Scherrer et al., 2008; Swift et al., 2008) y a la influencia que ejerce el consumo o ex consumo de drogas por parte de los familiares cercanos en la edad de inicio de consumo (Cebrián, 2007; Pallonen et al., 1998) y en la progresión al consumo regular de la sustancia (Ridenour et al., 2006). No únicamente ejerce una influencia en el consumo del joven el consumo por parte de sus progenitores, sino que también tiene un papel relevante la permisividad que los padres muestran hacia el consumo de

cannabis. El hecho de tener padres no consumidores de cannabis pero con una actitud permisiva hacia ese comportamiento se ha asociado con un mayor consumo de cannabis y otras drogas (Hyatt y Collins, 2000).

Se constata nuevamente el modelado que pueden ejercer familiares cercanos sobre el consumo de cannabis en los jóvenes, ya que entre los universitarios consumidores de cannabis encontramos con más frecuencia sujetos del entorno familiar que son o han sido consumidores de la sustancia. Según Bandura (1987) dichos modelos pueden tener un poder de influencia o atracción mayor que otros debido a los vínculos emocionales existentes en la relación de afecto o satisfacción que se mantiene, siendo el aprendizaje conductual más probable. Asimismo la influencia del estatus de consumo de los familiares cercanos determina no sólo el uso o no uso de cannabis por parte del joven sino que también incide en su inicio más o menos precoz.

7.3- La percepción de peligrosidad del consumo de cannabis

En general **los chicos consideran el cannabis menos peligroso para la salud que las chicas**. Se observa una **gradación en la percepción de peligrosidad de esta sustancia según el estatus de consumo del participante**, en especial entre los chicos. Los consumidores de cannabis perciben la sustancia como menos peligrosa que los ex consumidores y no consumidores de cannabis, y a su vez los ex consumidores ven el cannabis menos peligroso para la salud que los que no consumen la sustancia.

También el cannabis es considerado por una cuarta parte de la población general española (15-65 años) como la droga menos peligrosa (Megías et al., 2005). La Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas 2009/10 muestra que entre los adultos españoles (15-64 años) el consumo de cannabis esporádico es considerado menos peligroso para la salud que el consumo habitual, y se observa una disminución de la percepción de riesgo del consumo de cannabis con respecto a los datos recogidos en 2007 (DGPND, 2010). Los consumidores de una sustancia tienden a percibir menor riesgo en su uso/abuso que aquellos que no la consumen o no están habituados a ella (de la Villa Moral, Ovejero, Sirvent, Rodríguez y Pastor, 2009). Se ha observado que el riesgo percibido ante el consumo de sustancias puede ser un indicador indirecto de la evolución presente o futura de la prevalencia de consumo (DGPND, 2004). La baja percepción de riesgo sobre el cannabis de los jóvenes consumidores en relación a los no consumidores o a aquéllos que consumían la sustancia evidencia este dato y se puede considerar un factor de riesgo potencial de consumo de cannabis juvenil.

En la misma línea, en una investigación con una muestra de 725 estudiantes universitarios de primer año, Kilmer, Hunt, Lee y Neighbors (2007) observan una mayor percepción de riesgo del consumo de marihuana entre los no consumidores, en comparación a los que informan consumir esta sustancia. Entre los consumidores de marihuana, no hallaron una relación entre la frecuencia de uso o las consecuencias negativas de la marihuana en relación al riesgo. También indican que el mayor riesgo percibido y el conocimiento de sus consecuencias negativas pueden actuar como factor de protección entre los no consumidores para evitar el inicio del consumo de marihuana.

Asimismo, Ruiz-Olivares, Lucena, Pino, Raya y Herruzo (2010) en un trabajo con 1.011 universitarios cordobeses hallan una relación entre el consumo de cannabis y la valoración de los posibles riesgos derivados de su consumo. Aquellos universitarios que consumen más cannabis valoran con una menor puntuación los posibles riesgos del consumo de cannabis, y una menor puntuación en dicha valoración puede predecir un mayor consumo de esta sustancia.

En otras sustancias adictivas se observa también la misma tendencia. Por ejemplo Font-Mayolas (2001) en un estudio con una muestra de 122 estudiantes universitarios halló que los jóvenes consumidores de tabaco percibían un menor riesgo de enfermedad relacionada con su uso, comparados con los no fumadores.

Los jóvenes que informan tener mejores amigos consumidores de cannabis, perciben esta sustancia como menos peligrosa que aquéllos cuyos mejores amigos son no consumidores.

Los estudiantes que dicen tener **padres que consumen o han consumido cannabis** perciben el cannabis como **menos peligroso que los que no lo usan; chicas con madres consumidoras** de la sustancia ven el consumo de cannabis con **menor peligrosidad** que aquéllas que tienen **madres que han consumido**, y **a su vez perciben el cannabis como menos peligroso que las que tienen madres no consumidoras.**

Universitarios **con hermanos/as que consumen o han consumido cannabis ven su consumo con menor peligrosidad que aquellos que responden tener hermanos/as no consumidores de la sustancia.** Se observa la **misma tendencia** en el caso de la **pareja informada por el joven.**

En el estudio de Cebrián (2007) con una muestra de adolescentes gerundenses se halló la misma asociación entre la percepción de riesgo del cannabis y el estatus de consumo del adolescente, y también entre el consumo de sus principales referentes y la percepción de peligrosidad.

El hecho de que el consumo de cannabis por parte de los principales referentes del joven se asocie a una menor percepción de peligrosidad en relación al uso de la sustancia se encuentra en consonancia con el modelo socio comportamental de Bandura (1987) que postula que la conducta que realiza el modelo influye en el comportamiento del joven y en sus percepciones, actitudes y creencias en relación a la conducta.

Existe un aumento en la permisividad del consumo de esta sustancia y esto lleva a la Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2006) a plantear, como también proponen de la Villa Moral et al. (2009), la necesidad de hallar nuevas formas de difundir los resultados encontrados en estudios científicos sobre cannabinoides con el objetivo de llegar de forma significativa a determinados sectores de la población, en especial a padres, profesores y sobre todo a jóvenes y adolescentes.

Entre los chicos y chicas de la muestra, la edad de primera experimentación con el cannabis determina la percepción de riesgo de la sustancia, de manera que **a mayor edad de inicio en el uso de cannabis menor es la percepción de peligrosidad del consumo** mientras que dicha percepción es independiente de la edad de inicio del consumo regular. En cambio en el citado trabajo de Cebrián (2007) con población adolescente se no observa relación entre la edad de inicio al consumo y la percepción de peligrosidad, posiblemente por tratarse de una muestra de menor edad.

No se encuentra relación entre la percepción de peligrosidad del consumo de cannabis y la magnitud de consumo de “porros”, en los y las jóvenes analizados. Estos resultados coinciden con los hallados entre adolescentes por Cebrián (2007).

7.4- Expectativas de autoeficacia para negarse a consumir cannabis

Los jóvenes consumidores de cannabis informan de una **expectativa de autoeficacia para negarse ante el ofrecimiento de consumir dicha sustancia menor que los jóvenes ex consumidores y menor**, a su vez, **que los universitarios no consumidores**, tanto si están solos como si están acompañados. Es decir, la presencia de otras personas en la situación de consumo no influye en que el joven se sienta más o menos capaz de aceptar o rechazar el ofrecimiento de cannabis, no obstante sí se relaciona con su estatus de consumo. Asimismo se

observa que las **chicas tienen mayores expectativas de autoeficacia para rechazar el ofrecimiento de cannabis que los chicos**, se encuentren solas o acompañadas.

Estos resultados difieren de los hallados en el estudio previo de Cebrián (2007) con adolescentes, donde si bien se observó que las expectativas de autoeficacia para negarse a consumir cannabis no diferían si en el momento de ofrecimiento el adolescente estaba sólo o acompañado entre los participantes no consumidores, sí se halló una influencia de la situación expuesta entre los adolescentes consumidores de la sustancia. Es decir, los adolescentes consumidores manifestaron ser menos capaces de rechazar el consumo de cannabis cuando se encontraban acompañados de los amigos.

Estas diferencias podrían ser debidas a que en la adolescencia la presión social de los iguales puede ser más intensa que entre los jóvenes adultos (Morales-Manrique, Bueno-Cañigral, Aleixandre-Benavent y Valderrama-Zurián, 2011).

También Young, Connor, Ricciardelli y Saunders (2006) en un estudio sobre consumo de alcohol con una muestra de 174 estudiantes universitarios hallan entre los consumidores de alcohol menores expectativas de autoeficacia para negarse a beber esta sustancia.

Asimismo Varela, Salazar, Cáceres, y Tovar (2007) en un trabajo con 763 estudiantes universitarios de Colombia encuentran una fuerte asociación entre el consumo de marihuana y las habilidades de autocontrol ante el uso de esta sustancia psicoactiva ilegal. Se halló un mayor porcentaje de consumidores de marihuana entre aquellos jóvenes con un menor autocontrol hacia el consumo de esta sustancia.

No obstante en otro estudio que evaluaba las estrategias de afrontamiento frente al consumo de cannabis (“decir que no quiero cuando me ofrecen”) con una muestra de 314 jóvenes españoles de entre 18 y 30 años de edad, no se hallaron diferencias entre los jóvenes consumidores y no consumidores de esta sustancia (Llorens, Perelló y Palmer, 2004).

7.5- La experiencia vicaria en las consecuencias negativas del consumo de drogas

Casi la mitad de los jóvenes conocen a alguien que ha enfermado o muerto a causa del consumo de drogas, en mayor proporción entre aquellos que consumen o han consumido cannabis que entre los no consumidores, siendo la persona afectada en su mayoría un familiar o un conocido/a.

Conocer a alguien que ha enfermado o muerto como consecuencia del consumo de drogas puede actuar como experiencia vicaria y afectar a su conducta restringiendo o eliminando el consumo de cannabis, debido a la influencia del castigo observado en el modelo (enfermedad o muerte) (Bandura, 1987). Por el contrario, tal y como se observó en un trabajo previo de Cebrián (2007) en población adolescente, en la muestra del presente estudio los jóvenes consumidores o ex consumidores conocen a más personas afectadas que los no consumidores.

Una posible explicación de este dato, ya apuntada con anterioridad por Cebrián (2007), es que los consumidores o ex consumidores pueden tener más amigos, familiares y conocidos que también consuman o hayan consumido sustancias, y que por tanto puedan llegar a sufrir una enfermedad relacionada con su consumo.

La droga informada con más frecuencia como causante de muerte o enfermedad es el **tabaco**, seguida por la **cocaína** y el **alcohol**. Casi el total de casos de **cáncer** se asocian al **tabaco** como causante, las **enfermedades cardiorrespiratorias** se relacionan con el consumo de **tabaco** y de **cocaína**, más de la mitad de los casos de **sobredosis** se asocian al consumo de **cocaína**, y el **coma y la cirrosis** se atribuyen casi en exclusividad al abuso de **alcohol**.

Entre los que informan del **cannabis** como droga causante de muerte o enfermedad, en la mayoría de los casos se refieren a su relación con **trastornos psicológicos o enfermedades psiquiátricas** como pueden ser *depresión, ansiedad, adicción, brotes psicóticos*, etc.

7.6- Valoración de los pros y contras de consumir cannabis y de las situaciones que tientan a su consumo

La valoración de los pros de consumir cannabis es similar a la evaluación de los contras de dicho consumo en la primera de las etapas de adquisición del

consumo de cannabis propuestas por Pallonen et al. (1998). No obstante a medida que el joven **avanza en las etapas disminuye la valoración de los aspectos negativos de su consumo** (por ejemplo “consumir cannabis es peligroso para la propia salud”) y **aumenta la valoración de las ventajas relacionadas con el afrontamiento** (p.ej. “consumir cannabis reduce la tensión) **y la combinación entre aspectos positivos sociales y de afrontamiento** a situaciones determinadas (p.ej. “consumir cannabis hace que las personas sean más respetadas por los demás” y “consumir cannabis ayuda a la gente a afrontar mejor sus frustraciones).

En el estudio de Pallonen et al. (1998) en relación al consumo de tabaco también se observa que el adolescente no fumador tiene una mayor probabilidad de avanzar en las etapas de adquisición del hábito tabáquico si su valoración de los pros sociales y de afrontamiento es alta, y si su evaluación de los contras es baja.

Las **situaciones que tientan al consumo de cannabis se valoran de diferente forma** según la **etapa de la adquisición** del consumo de cannabis. En la etapa de Precontemplación los jóvenes se sienten menos tentados a consumir cannabis que en las etapas de Contemplación y Preparación. Plummer et al. (2001) hallan una evaluación similar de las situaciones de tentación según la etapa de iniciación al consumo de tabaco: a medida que el joven progresa en las etapas de adquisición del consumo de tabaco se siente más tentado por las posibles situaciones de tentación al consumo.

Entre los jóvenes contempladores se valoran en menor grado las tentaciones relacionadas con los iguales y con la curiosidad que entre los estudiantes preparados para el consumo de cannabis. En cuanto a este último dato, Pallonen et al. (1998) obtuvieron resultados similares para el consumo de tabaco en adolescentes.

En la misma línea, en un estudio de Font-Mayolas et al. (2008) se observa que los adolescentes no fumadores de tabaco en etapa de Precontemplación de la adquisición valoran más los contras y en menor medida los pros de fumar que los jóvenes preparados para fumar tabaco.

Asimismo otros autores (Font-Mayolas et al., 2007; Plummer et al., 2001; Yalcinkaya-Alkar y Karanci, 2007), también hallan una relación entre las etapas, en este caso de abandono del consumo de tabaco, y el balance decisional (pros y contras de fumar), con muestras de adolescentes españoles y norteamericanos. Los pros relacionados con la conducta de fumar se valoran en menor medida, mientras que los contras aumentan, según el adolescente fumador avanza en las etapas de cambio. Chen, Horner y Percy (2003) validan la aplicación de las etapas de adquisición al consumo

de tabaco y la escala de balance decisional con una muestra de adolescentes taiwaneses, y posteriormente Chen, Horner, Percy y Sheu (2008), hallan una relación entre las etapas de adquisición del consumo de tabaco y la autoeficacia y el balance decisional: los estudiantes encuestados (edad media= 12,3; D.T.= 1,0) que se encuentran en la etapa de precontemplación se sienten más capaces de no empezar a fumar tabaco que los que tienen intención de consumir tabaco en un futuro o se encuentran en la etapa de mantenimiento. Asimismo los beneficios de fumar tabaco son menos valorados por los adolescentes en etapa de precontemplación o contemplación del consumo de esta sustancia que por aquéllos que se encuentran en la etapa de mantenimiento. Además, McGee et al. (2012), hallan un buen ajuste y validez psicométrica de las situaciones que tientan al consumo de tabaco cuando se estudian en una muestra de estudiantes (edad media= 11,4; D.T.= 0,68), avalando su uso en el estudio del balance decisional del consumo en este colectivo.

Siguiendo el modelo propuesto por Velicer et al. (2007) para el consumo de tabaco, se han identificado 4 grupos de riesgo en la etapa de Precontemplación de la adquisición del consumo de cannabis. El **primer grupo**, con la mayor parte de los participantes precontempladores de la muestra, **valora de forma media los pros, los contras y las tentaciones de consumo de cannabis**. El **segundo grupo**, de menor tamaño, **valora en gran medida las ventajas de consumir cannabis pero no se siente más tentado que la mayoría para consumir la sustancia**. El **tercer grupo** de sujetos, muy minoritario, se siente **muy tentado a consumir cannabis pero no percibe grandes ventajas ni inconvenientes derivados de su consumo**. Y el **cuarto grupo**, formado por un único sujeto, se siente **muy tentado a consumir, valora mucho las ventajas y no aprecia grandes desventajas derivadas del consumo de cannabis**.

El bajo número de participantes de los grupos 3 y 4 nos obliga a interpretar con prudencia los resultados hallados. Además estos resultados no coinciden con los encontrados por Velicer et al. (2007), en referencia al consumo de tabaco. Estos autores detectan cuatro grupos de adolescentes precontempladores del consumo de tabaco según el riesgo de consumo futuro: *alto riesgo* (informan de elevados pros y tentaciones, y valoran poco los contras de fumar); *protegidos* (valoran poco los pros y las tentaciones, y refieren elevados contras); *ambivalentes* (valoran en mayor medida los pros y de forma media contras y tentaciones); *negación del riesgo* (valoran poco los pros y las tentaciones, y también valoran poco los contras relacionados con el consumo). Es decir en el presente estudio el único sujeto del cuarto grupo se encontraría en la situación llamada de alto riesgo y los participantes que forman parte del segundo grupo podrían encontrarse en la situación de ambivalencia.

Aun así, los resultados sí se encuentran en la línea de la propuesta de Velicer et al. (2007) según la cual dentro de la etapa de Precontemplación se encuentran adolescentes con diferente riesgo de iniciación, aspecto que sería de interés trabajar en futuras investigaciones y que debería ser tenido en cuenta en la planificación de campañas preventivas.

7.7- Modelo predictivo del consumo de cannabis

El análisis conjunto de las variables estudiadas con la técnica de la regresión logística binaria, muestra que las variables que mejor predicen el estatus consumo de cannabis (consumidor/ ex consumidor vs. no consumidor) son:

- **El sexo.**
- **El consumo de cannabis por parte del mejor amigo.**
- **El consumo de cannabis por parte del padre.**
- **El consumo de cannabis por parte de algún hermano/a.**
- **Conocer a alguien que haya enfermado o muerto debido al uso de sustancias.**

Los consumidores o ex consumidores de la muestra son con mayor frecuencia hombres, con algún referente cercano (padre, hermano, pareja) que también consume o ha consumido cannabis, y que probablemente conoce a alguien que ha enfermado o muerto como consecuencia del uso de sustancias.

El sexo aparece como una variable relevante, mostrándose de forma más probable el consumo entre hombres que entre mujeres. En estudios previos sobre la prevalencia del consumo de cannabis en jóvenes según el sexo, también se ha hallado que es mayor entre los hombres que entre las mujeres (DGPND, 2008a; Font-Mayolas et al., 2006; Generalitat de Catalunya, 2008a; Instituto de Adicciones Madrid Salud, 2005; OVD, 2008).

Se confirma la importancia del modelado de la conducta de consumo o no consumo por parte de los referentes principales del joven (Aburto et al., 2007; Cebrián et al., 2009; Font-Mayolas y Planes, 2000; Moral et al., 2006; Salamó et al., 2010; Scherrer et al, 2008; Swift et al., 2008; Tovar et al., 2006).

El consumo de la madre no tiene un poder tan predictor del uso de cannabis como el que puede tener el del padre entre los jóvenes varones de la muestra, probablemente debido a la existencia de más chicos que chicas consumidores de cannabis y al consecuente modelado entre progenitor e hijo del mismo sexo.

La experiencia vicaria de las consecuencias negativas del consumo de drogas no tiene una influencia en el modelado de la conducta de no fumar cannabis, ya que con mayor probabilidad que los no consumidores, los jóvenes consumidores o ex consumidores conocen a personas afectadas. Estos resultados concuerdan con los hallados por Cebrián (2007) entre adolescentes gerundenses, pero no coinciden con la teoría de Bandura (1987) en relación a que conocer a alguien que ha enfermado o muerto como consecuencia del consumo de drogas puede actuar como experiencia vicaria y afectar a su conducta restringiendo o eliminando el consumo, debido a la influencia del castigo observado en el modelo (enfermedad o muerte).

En futuros estudios podría preguntarse más concretamente si la persona conocida que enfermó o murió por consumo de drogas tomaba cannabis a fin de discernir si estas consecuencias negativas se han asociado al uso de dicha sustancia o bien al de otras drogas.

En el antes citado trabajo de Cebrián (2007) con una muestra de adolescentes se hallaron como variables predictoras del consumo de cannabis: la edad, el consumo de cannabis del mejor amigo, el del padre, la percepción de peligrosidad de la sustancia, y conocer a alguien que ha enfermado o muerto por uso de sustancias. Así, podemos observar un patrón diferente entre los adolescentes y los jóvenes universitarios en cuanto a la variable edad y a la percepción de peligrosidad del cannabis, que en este último grupo de sujetos no son predictoras del consumo de la sustancia. Otros estudios previos también han observado que la edad es una variable determinante cuando hablamos de consumo de cannabis entre los adolescentes, incrementándose su consumo a medida que incrementa la edad del adolescente (DGPND, 2004; Generalitat de Catalunya, 2004; OVD, 2008; Vega, 2008). No obstante los resultados obtenidos en la muestra de universitarios no corroboran dicha relación entre edad y consumo de cannabis. Estos resultados sugieren que si bien entre los adolescentes se incrementa el porcentaje de consumidores con la edad, a partir de los 18 años no aumentan de forma notable los jóvenes que se inician en el consumo de cannabis, poniendo de relieve la vulnerabilidad de la adolescencia en la iniciación al consumo de esta sustancia.

Cuando se analiza junto a otros predictores la percepción de peligrosidad tampoco es relevante para predecir el consumo de cannabis entre los jóvenes universitarios, al contrario de lo observado en estudios previos con población general y adolescentes respectivamente (DGPND, 2004; Megías et al., 2005).

7.8- Limitaciones del estudio

El estudio tiene una serie de limitaciones metodológicas a destacar. En primer lugar, los participantes son estudiantes universitarios de primer ciclo de diferentes carreras de la Universidad de Gerona a las que se pudo obtener acceso y que se encontraban en clase en el momento de la recogida de datos. La participación en la investigación fue voluntaria. No se incluyen en la muestra todas las carreras universitarias ofertadas por la Universidad de Gerona, ni se realizó un muestreo proporcional de los estudiantes, tampoco se incluyeron los jóvenes no universitarios ni los estudiantes a lo que no se pudo acceder debido a no estar presentes en el momento de la recogida de datos, o bien debido a la no disponibilidad o negativa del director del departamento de estudio. Por estos motivos la muestra estudiada puede diferir en algún aspecto de la población general de jóvenes universitarios.

Una segunda limitación deriva de la utilización de un cuestionario autocumplimentado como instrumento para la obtención de la información. La deseabilidad social puede tener un papel condicionante en las respuestas del respondiente que puede ocultar la conducta real, o bien mostrar comportamientos que el en realidad no hace. La sinceridad en las respuestas no es controlable, aunque se intentó mermar este efecto informando del anonimato y la confidencialidad de las respuestas recogidas, y remarcando que los fines planteados eran únicamente la investigación en este campo.

Por último, al tratarse de un estudio transversal no podemos determinar la direccionalidad de las asociaciones halladas ni establecer conclusiones en sentido causal en relación a las variables analizadas.

7.9- Aplicaciones del estudio

En el presente estudio se pretende aportar luz a ciertos aspectos relacionados con el consumo de cannabis entre los jóvenes, con el fin de poder incidir mediante campañas de prevención en los factores de riesgo de dicho consumo.

La prevención en España tiene un enfoque fundamentalmente educativo, siendo el entorno escolar el lugar en el que más intervenciones se realizan, y tiene como objetivo prioritario reforzar las capacidades personales para hacer frente a las drogas.

Además de educar por un estilo de vida saludable, en estas campañas se fomenta del ocio alternativo para evitar el consumo de sustancias (PNSD, 2009).

La Guía para la prevención del consumo de cannabis en población vulnerable e inmigrantes editada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (COP, 2009) recoge a los jóvenes como grupo riesgo del consumo de esta sustancia y contempla dos contextos relevantes del consumo que sitúa en los extremos de un continuo: un ambiente de ocio y diversión, y las situaciones de malestar emocional (tristeza o ansiedad).

Considerando la prevención del consumo de cannabis, la última campaña mediática realizada en España por el Ministerio de Sanidad y Consumo junto al Plan Nacional Sobre Drogas (2006) para la prevención del consumo de drogas, y de cannabis en particular, bajo el lema “*Drogas. Hay trenes que es mejor no coger*”, dirigida a la sociedad en general y especialmente a adolescentes y jóvenes, pretendía:

- Informar y sensibilizar a la sociedad en general y a los jóvenes en particular, para prevenir el consumo de cannabis y de cocaína.
- Incrementar la percepción de riesgo para la salud derivada de su consumo.
- Disminuir la prevalencia global del consumo de dichas sustancias.
- Retrasar la edad de inicio en el consumo de diversas sustancias.
- Evitar los riesgos asociados al uso de drogas.
- Disminuir los daños relacionados con el consumo.

En el **Anexo 3** se pueden ver las imágenes de ésta y de otras campañas mediáticas de prevención del consumo de drogas realizadas en España y que incluyen, entre otras, el consumo de cannabis, excluyendo las campañas preventivas mediáticas dirigidas en exclusivo al consumo de alcohol (PNSD, 2012).

La disminución en la edad de inicio del consumo de cannabis, la baja percepción de riesgo para la salud asociada a su consumo y las posibles consecuencias negativas derivadas del uso de esta sustancia sobre los adolescentes y jóvenes (pérdida de memoria, dificultades para trabajar y/o estudiar, tristeza depresión) hacen que tomen especial relevancia este tipo de campañas dirigidas en especial a dicho colectivo más vulnerable y de riesgo para el consumo de cannabis. Los factores de riesgo relacionados con el consumo de esta sustancia están relacionados con la presente o futura evolución del consumo de cannabis (DGPND, 2004).

Informar y educar con el objetivo de fortalecer los vínculos familiares y la postura familiar en relación al consumo de drogas es un objetivo común en las diferentes campañas de prevención del consumo de drogas realizadas en nuestro país (PNSD, 2006). En el presente trabajo se ha observado una relación entre el consumo del joven y el de sus amigos y familiares cercanos, por lo que incidir en la influencia del modelado respecto a la conducta de consumo de cannabis puede ser un buen punto de partida junto a la información de las consecuencias negativas y el riesgo real del consumo de cannabis.

Considerando los factores de riesgo para el consumo de cannabis hallados en el presente trabajo, las campañas de prevención de dicho consumo deberían considerar:

- Incidir en los adolescentes más jóvenes para evitar o retrasar el primer contacto con la sustancia y el inicio del consumo, y en especial en los chicos, debido a la mayor proporción de consumidores observados, en comparación con las chicas. Como muestra éste y otros trabajos, la experimentación previa con el cannabis tiene un papel determinante en la intención de consumo futuro del joven (Cebrián, 2007; Font-Mayolas et al., 2008), por lo que evitar este primer contacto o retrasarlo a edades más avanzadas puede proteger ante el consumo de cannabis y otras sustancias.
- Utilizar “modelos” de conducta para los jóvenes como referentes comportamentales. La conducta de consumo de personas cercanas al joven está relacionada con el uso que haga éste de la sustancia, y si el joven se identifica con alguna característica del modelo utilizado se incrementa la tendencia a reproducir sus conductas (Bandura y Walters, 1979). Por lo que utilizar deportistas de élite, cantantes y/o personas conocidas, admiradas y respetadas por el joven para fomentar una conducta saludable que se aleje del consumo de sustancias y genere una desaprobación hacia este comportamiento puede ayudar a evitar, eliminar o reducir el consumo de cannabis.
- Focalizar en la reacción de los amigos en relación al uso de cannabis y en estrategias de afrontamiento para negarse a consumir ante la presión social del entorno.
- Aumentar, mediante la educación y la información, la percepción de peligrosidad del consumo de cannabis. Disminuyendo la normalidad social ante

el consumo de esta sustancia e informando de sus dañinos efectos sobre la salud y desarrollo de los adolescentes y jóvenes.

- Enfatizar los “contras” de consumir cannabis y minimizar los “pros”. A medida que el joven se plantea el consumo de cannabis y avanza en las etapas de adquisición del consumo, valora menos los aspectos negativos de consumir la sustancia y aumenta su consideración de las características positivas de dicha conducta. A través de mostrar una adecuada información y mediante la desmitificación y contextualización de sus efectos y propiedades terapéuticas, que puedan influir en el balance decisional de consumir o no consumir cannabis.
- Adecuar las campañas de prevención a la etapa de adquisición del consumo de cannabis, ya que a medida que el joven avanza en su intención de consumo se vuelve más vulnerable y es más probable su consecución en las etapas de adquisición del uso de esta sustancia.

8. Conclusiones

El consumo de cannabis

- En la muestra de jóvenes estudiada la prevalencia del consumo de cannabis se sitúa en el 20,4%, porcentaje de consumidores similar al hallado en otros estudios con jóvenes españoles. No obstante, cabe destacar que la muestra de estudio de esta tesis son jóvenes universitarios, mientras que otros estudios sobre consumo de cannabis en población joven incluyen también a adolescentes.
- Se observa un mayor consumo de cannabis entre los chicos (24%) que entre las chicas (17,2%) de la muestra, tal y como también se ha observado en otros estudios con muestras similares.
- Se constata que más de la mitad (55,6%) de los jóvenes que refieren no ser consumidores de cannabis han probado esta sustancia en alguna ocasión, disminuyendo con la edad el total de jóvenes de la muestra que no lo ha probado nunca. Otros estudios han aportado datos similares en relación a la experimentación con la sustancia y su relación con la edad.
- Entre los no consumidores, un mayor porcentaje de chicos (19,2%) que de chicas (13,8%) refieren que tienen intención de consumir cannabis en un futuro próximo, situándose en una etapa más próxima al inicio del consumo.
- Se halla un mayor porcentaje de consumidores o consumidoras de cannabis entre estudiantes de carreras científicas o relacionadas con la salud. Este dato destaca la importancia de difundir la información en cuanto a las consecuencias negativas del consumo de cannabis de manera eficaz y significativa, ya que tal y como apuntan estudios de otros autores la información es necesaria pero no suficiente para la prevención del uso de sustancias.
- La mayor parte de los participantes (59,8%) se encuentran en la etapa de Precontemplación de la adquisición del consumo de cannabis (hayan probado

o no la sustancia) si consideramos las etapas de inicio del consumo de tabaco propuesta por Pallonen et al. (1998).

- Entre los jóvenes universitarios se constata la importancia de la experimentación previa con la sustancia en la intención de consumo futuro: haber probado el cannabis en una ocasión se asocia a tener la intención de volver a consumirlo en un futuro.
- Distinguir entre el consumo habitual y ocasional, y preguntar qué entiende el joven por consumo ocasional, aportaría información de relevancia para futuras campañas preventivas del consumo de cannabis. Sería interesante diferenciar entre si el consumo de cannabis llamado esporádico se refiere a un consumo de fin de semana, a un consumo en situaciones de ocio, a un uso de la sustancia que puede ser entre semana con diferente lapso temporal, a un consumo en días determinados o significativos para el joven como puede ser fin de año, fiestas, aniversarios, celebraciones, etc. En este trabajo hemos observado un mayor consumo esporádico en comparación al consumo habitual informado por los jóvenes encuestados, y estudios al respecto han observado una relación entre ese tipo de consumo y las situaciones de ocio o recreativas.
- La magnitud de consumo de cannabis observada en la mayoría de los jóvenes consumidores es similar a la detectada en investigaciones anteriores. No obstante el 10% de los participantes informan de un consumo elevado (más de 6 “porros” el último día que consumió), siendo mayor el porcentaje de consumo masivo entre los chicos (13,2%) que entre las chicas (5,9%). Dicho porcentaje es menor al hallado en estudios previos pero las diferencias de género encontradas difieren de los resultados de investigaciones anteriores. La mayor proporción de consumidores de cannabis chicos de la muestra puede determinar también esta diferencia de género en cuanto al consumo masivo de la sustancia.
- Existe una estrecha asociación entre el consumo de tabaco y de cannabis. Estos resultados sugieren que las acciones preventivas para la iniciación al consumo de tabaco pueden indirectamente prevenir también el uso de cannabis.

- Se constata la presencia generalizada de policonsumo de sustancias entre los consumidores de cannabis: el 97% de los usuarios de esta sustancia consumen también alguna otra droga. En futuras investigaciones tendría un especial interés determinar si el consumo de cannabis es anterior o posterior al consumo de tabaco y otras drogas, y así poder aportar datos hacia la teoría “puerta de entrada”.
- Ningún joven no consumidor de cannabis consume cocaína o drogas de diseño. Estos resultados sugieren que el consumo de cannabis es un paso previo al acceso a otras drogas más peligrosas.
- La edad es una variable relevante en la experimentación y el consumo de cannabis. Como media los jóvenes de la muestra se inician en el consumo de cannabis antes de los 16 años, y un año más tarde en el consumo habitual de esta sustancia. Los universitarios encuestados se alejan en algunos años de su adolescencia, por lo que las diferencias en la edad de inicio del consumo y de inicio del consumo habitual respecto a datos estatales pueden estar influenciadas por recuerdos sesgados de esta experiencia y por la disminución en la edad de inicio que se ha observado desde 1994 hasta la actualidad. No obstante estudios similares con muestras de jóvenes y/o universitarios muestran edades similares en el inicio del consumo de cannabis y el inicio del consumo habitual de esta sustancia.
- Se constata la importancia de retrasar la edad de inicio del consumo de cannabis y de su consumo habitual debido a la relación inversa hallada entre la edad de inicio del consumo (sea primer contacto o habitual) y la magnitud de consumo.

La influencia social

- Se constata una vez más la concordancia entre los jóvenes y sus amigos respecto al uso de sustancias adictivas avalando la hipótesis del importante papel que tiene la influencia del grupo de iguales sobre la conducta. Asimismo se destaca el relevante papel del estatus de consumo del mejor amigo en la edad de primera experimentación y de consumo habitual.

- Asimismo se confirma la relación positiva entre el consumo o ex consumo de los familiares más directos (padres, madres, hermanos y pareja) y el consumo del joven, y por tanto el modelado que pueden ejercer los familiares próximos sobre la conducta de consumo de hijos/hermanos.
- Tener padres o madres no consumidores de cannabis se asocia a una edad de primera experimentación con la sustancia más tardía. Y tener hermanos ex consumidores se relaciona con un inicio más temprano del uso de la sustancia. Asimismo aquellos jóvenes con padres o madres consumidores o ex consumidores de cannabis, y/ o hermanos consumidores muestran un consumo regular de la sustancia a una edad más temprana.

La percepción de peligrosidad del consumo de cannabis

- Se observa una gradación en la percepción de peligrosidad del consumo de cannabis en función del estatus de consumo del joven. Asimismo los chicos de la muestra perciben el consumo de cannabis en menor peligrosidad que las chicas.
- El consumo propio de cannabis o el consumo o ex consumo de los principales referentes se asocia a una menor percepción de peligrosidad de esta sustancia.
- La edad de inicio del consumo de cannabis determina también la percepción del joven en cuanto a su peligrosidad. A mayor edad de inicio de su consumo menor percepción de peligrosidad del uso de esta sustancia.
- Debido a las características del presente estudio no es posible conocer el sentido de la relación entre el consumo de cannabis, la edad de primera experimentación con la sustancia y su percepción de peligrosidad. La baja percepción de peligrosidad del consumo de cannabis podría ser la causa o la consecuencia de su consumo. Percibir el consumo de cannabis como poco peligroso para la salud podría llevar a los jóvenes a consumirlo; o bien, ser consumidor de cannabis podría ser el factor que lleva a tener una percepción de peligrosidad menor en relación a los jóvenes no consumidores, en base, por

ejemplo, a procesos cognitivos de negación de su toxicidad o de racionalización de su uso.

Las expectativas de autoeficacia para negarse al consumo de cannabis

- Estar con otras personas en una situación de ofrecimiento del consumo de cannabis no determina la expectativa de autoeficacia para negarse a su consumo, no obstante sí se relaciona con el estatus de consumo del joven, tal y como apuntan estudios de otros autores. Los jóvenes consumidores se sienten menos capaces de rechazar el consumo de cannabis que los jóvenes ex consumidores, y a su vez que los jóvenes no consumidores de la sustancia. Asimismo las chicas se sienten más capaces de rechazar el consumo de cannabis que los chicos, independientemente de estar solas o acompañadas de amigos.

La experiencia vicaria en las consecuencias negativas del consumo de drogas

- Existe una mayor proporción de consumidores o ex consumidores de cannabis que conocen a alguien que haya enfermado o muerto como consecuencia del consumo de drogas, siendo la persona afectada familiar o conocido/a del joven tal y como ya se apreció en un trabajo previo con adolescentes. Este resultado no se corresponde con el supuesto de que la experiencia vicaria de las consecuencias negativas del consumo de drogas tenga una influencia en la conducta de consumo del joven, restringiendo o eliminando dicho consumo, y quizá podría explicarse por proximidad como consumidor a más casos en los que la salud queda mermada por el consumo de sustancias.
- La droga que con más frecuencia se informa como causante de problemas de salud relacionados con su consumo es el tabaco, seguida por la cocaína y el alcohol (cáncer, enfermedades cardiorrespiratorias, sobredosis, coma y cirrosis). Los jóvenes que informan conocer a alguien que ha sufrido problemas de salud en relación al consumo de cannabis refieren su relación con trastornos psicóticos y enfermedades psiquiátricas.

Valoración de los pros y contras de consumir cannabis y de las situaciones que tientan a su consumo

- Se observa una progresión en la valoración de los aspectos negativos y positivos del consumo de cannabis a medida que el joven avanza en las etapas de adquisición del consumo de esta sustancia, tal y como apuntan otros autores. A medida que el joven avanza en las etapas disminuye su valoración de los aspectos negativos del consumo de cannabis, aumenta su valoración de los aspectos positivos relacionados con el afrontamiento de situaciones y aumenta también su valoración de las ventajas de situaciones combinadas de afrontamiento y sociales.
- Se halla una relación entre las etapas de adquisición del consumo de cannabis y el balance decisional de su consumo (evaluar los pros y contras del uso de la sustancia). En la etapa de Precontemplación los jóvenes se sienten menos tentados al consumo de cannabis que aquellos que se encuentran en las etapas de Contemplación o reparación. Otros autores apuntan a evaluaciones similares de las situaciones de tentación para el consumo de sustancias según la etapa de adquisición del consumo.
- Los jóvenes que se encuentran en la etapa de Precontemplación de la adquisición del consumo de cannabis presentan diferentes riesgos de iniciación: se hallan cuatro grupos de sujetos según el riesgo de avanzar en la adquisición del consumo de cannabis. En futuras investigaciones convendría esclarecer las características de cada grupo de sujetos con el fin de aportar información relevante a tener en cuenta en campañas de prevención.

Modelo predictivo del consumo de cannabis

- Cuando se analizan conjuntamente las variables estudiadas, aquellas que mejor predicen el estatus de consumo del joven son: el sexo, el consumo de cannabis por parte del mejor amigo, el consumo de cannabis por parte del padre, el consumo de cannabis por parte de algún hermano/a, y conocer a alguien que haya enfermado o muerto debido al uso de sustancias.
Los jóvenes consumidores o ex consumidores de cannabis son más probablemente hombres con mejores amigos también consumidores, que

tienen padres y/o hermanos consumidores o que han consumido la sustancia, y conocen con más frecuencia a alguien que ha enfermado o muerto como consecuencia del consumo de drogas.

Referencias

- Aburto, M., Esteban, C., Quintana, J.M., Bilbao, A., Moraza, F.J. y Capelastegui, A. (2007). Prevalencia del consumo de tabaco en adolescentes. Influencia del entorno familiar. *Anales de Pediatría*, 66 (4), 357-366.
- Adams, B.I. y Martin, R.B. (1996). Cannabis: pharmacology and toxicology in animals and humans. *Addiction*, 91 (11), 1585-1614.
- Agosti, V., Nunes, E. y Levin, F. (2002). Rates of psychiatric comorbidity among US residents with lifetime cannabis dependence. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 28, 645-654.
- Ajuntament de Barcelona, (2007). Informe sobre la realitat de la joventut a la ciutat de Barcelona. (consulta 10 de septiembre, 2009). Recuperado el 8 de junio de 2012, de: <http://w3.bcn.es/fitxers/acciosocial/informerealitatjoventutabarcelonamonogrfic.488.pdf>
- Amos, A., Wiltshire, S., Bostock, Y., Haw, S. y McNeill, A. (2004). "You can't go without a fag...you need it for your hash"- a qualitative exploration of smoking, cannabis and young people. *Addiction*, 99, 77-81.
- Andrés, A., Saldaña, C. y Gómez-Benito, J. (2009). Establishing the Stages and Processes of Change for Weight Loss by Consensus of Experts. *Obesity*, 17 (9), 1717-1723.
- A.P.A. (American Psychiatric Association); First, M.B.; Frances, A. y Pincus, H.A. (2005). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-IV. Texto revisado*. Barcelona: Elsevier-Masson.
- Ashton, C.H. (2001). Pharmacology and effects of cannabis: a brief review. *British Journal of Psychiatry*, 178, 101-106.
- Atance, J.A. (2007). *Aspectos psiquiátricos del consumo de cannabis*. Madrid: Sociedad Española de investigación en cannabinoides (SEIC). Recuperado el

25 de junio de 2012, de: <http://www.ucm.es/info/seic-web/documentos/libros/aspectospsiquiatricosconsumocannabis.pdf>

Arias, F. y Atance, J.A. (2008). *Aspectos psiquiátricos del consumo de cannabis: casos clínicos*. Madrid: Sociedad Española de investigación en cannabinoides (SEIC). Recuperado el 25 de junio de 2012, de: http://www.ucm.es/info/seic-web/documentos/libros/aspectospsiquiatricosconsumocannabis_casosclinicos.pdf

Baker, D. (2004). Therapeutic potential of cannabis and cannabinoids in experimental models of multiple sclerosis. En G.W. Guy; B.A. Whittle y P.J. Robson (Eds.). *The medicinal uses of cannabis and cannabinoids*. (pp. 141-163). London: Pharmaceutical Press.

Baker, D., Pryce, G., Jackson, S.J., Bolton, C. y Gavin, G. (2012). The biology that underpins the therapeutic potential of cannabis-based medicines for the control of spasticity in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 1 (2), 64-75.

Balcells, M. (2000). Toxicología del cannabis. *Adicciones*, 12 (2), 169-174.

Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción, fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez-Roca.

Bandura, A. y Walters, R.H. (1979). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza Universidad.

Baño, M.D. (2002). Epidemiología del consumo de cannabis en jóvenes y adolescentes. En Sociedad Española de investigación sobre Cannabinoides, *Guía básica sobre los cannabinoides* (pp.135-144). Madrid: Sociedad Española sobre Cannabinoides.

Baño, M.D., Ramos, J.A., López, M.L., Antonio, V. y Guillén, J.L. (2004). Síndrome de abstinencia y otros efectos en jóvenes fumadores de hachís. *Adicciones*, 16 (1), 19-30.

- Barturen, F. (1998). Farmacología e interés terapéutico del cannabis y sus derivados. En J.J. Meana y L. Pantoja. (Eds.). *Derivados del cannabis: ¿drogas o medicamentos? Avances en farmacología de drogodependencias*. (pp. 111-146). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Bauman, K.E. y Ennett, S.T. (1994). Peer influence on adolescent drug use. *American Psychologist*, 49, 820-822.
- Bayés, J.R. (1995). *SIDA y psicología*. Madrid: Martínez Roca.
- Beal, J.A., Olson, R., Laubenstein, L., Morales, J.O., Bellman, P., Yangco, B., Lefkowitz, L., Plasse, T.F. y Shepard, K.V. (1995). Dronabinol as a treatment for anorexia associated with weight loss in patients with AIDS. *Journal of Pain and Symptom Management*, 10, 89-97.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2005). Adicción a nuevas sustancias adictivas. *Psicología Conductual*, 13 (3), 349-369.
- Becoña, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 28 (1), 11-20.
- Benson, M. y Bentley, A.M. (1995). Lung disease induced by drug addiction. *Thorax*, 50, 1125-1127.
- Berlach, D.M., Yoram, S. y Ware, M.A. (2006). Experience with the synthetic cannabinoid Nabilone in chronic noncancer pain. *Pain Medicine*, 7 (1), 25-29.
- Best, D., Gross, S., Manning, V., Gossop, M., Witton, J. y Strang, J. (2005). Cannabis use in adolescents: the impact of risk and protective factors and social functioning. *Drug and Alcohol Review*, 24, 483-488.

- Bobes, J. y Calafat, A. (2000). De la neurobiología a la psicología del uso-abuso del cannabis. *Adicciones*, 12 (2), 7-17.
- Boden, J.M., Fergusson, D.M. y Horwood, L.J. (2006). Illicit drug use and dependence in a New Zealand birth cohort. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 156-163.
- Bottoff, J.L., Johnson, J.L., Moffat, B.M. y Mulvogue, T. (2009). Relief-oriented use of marijuana by teens. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 4 (7), 1-10. Accesible en: <http://www.substanceabusepolicy.com/content/4/1/7>
- Bray, J.W., Zarkin, G.A., Ringwalt, C. y Qi, J. (2000). The relationship between marijuana initiation and dropping out of high school. *Health economics*, 9, 9-18.
- Breivogel, C. y Sim-Selley, L. (2009). Basic neuroanatomy and neuropharmacology of cannabinoids. *International Review of Psychiatry*, 21 (2), 113-121.
- Bricker, J.R., Otten, R., Liu, J.L. y Peterson, A.V. (2009). Parents who quit smoking and their adult children's smoking cessation: a 20 year follow-up study. *Addiction*, 104, 1036-1042.
- Brière, F.N., Fallu, J.S., Descheneaux, A. y Janosz, M. (2011). Predictors and consequences of simultaneous alcohol and cannabis use in adolescents. *Addictive Behaviors*, 36, 785-788.
- Brook, J.S., Balka, E.B. y Whiteman, M. (1999). The risks for late adolescence of early adolescent marijuana use. *American Journal of Public Health*, 89 (10), 1549-1554.
- Buckner, J.D., Mallott, M.A., Schmidt, N.B. y Taylor, J. (2006). Peer influence and gender differences in problematic cannabis use among individuals with social anxiety. *Anxiety Disorders*, 20, 1087-1102.
- Buckner, J.D., Schmidt, N.B., Lang, A.R., Small, J.W., Schlauch, R.C. y Lewinsohn, P.M. (2008). Specificity of social anxiety disorder as a risk factor for alcohol and cannabis dependence. *Journal of Psychiatric Research*, 42, 230-239.

- Burkitt, K.H. y Larkin, G.L. (2008). The transtheoretical model in intimate partner violence victimization: stage changes over time. *Violence and Victims*, 23 (4), 411-431.
- Calafat, A., Fernández, C., Becoña, E., Gil, E., Juan, M. y Torres, M.A. (2000). Consumo y consumidores de cannabis en la vida recreativa. *Adicciones*, 12 (2), 197-230.
- Calafat, A. (2004). *Cannabis*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Calderia, K.M., Arria, A.M., O'Grady, K.E., Vincent, K.B. y Wish, E.D. (2008). The occurrence of cannabis use disorders and others cannabis-related problems among first-year college students. *Addictive Behaviors*, 33, 397-411.
- Callaghan, R.C., Taylor, L. y Cunningham, J.A. (2007). Does progressive stage transition mean getting better? A test of the Transtheoretical Model in alcoholism recovery. *Addiction*, 102, 1588-1596.
- Callaghan, R.C., Taylor, L., Moore, B.A., Jungerman, F.S., Vilela, F.A. y Budney, A.J. (2008). Recovery and URICA stage-of-change scores in three marijuana treatment studies. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35, 419-426.
- Callaghan, P., Khalil, E. y Morres, I. (2010). A prospective evaluation of the Transtheoretical Model of Change applied to exercise in young people. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 3-12.
- Camí, J., Guerra, D., Ugena, B. y de la Torre, R. (1991). Effect of subject expectancy on the THC intoxication, and disposition from smoked hashish cigarettes. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 40, 115-119.
- Campusred (2003). *Uno de cada cinco universitarios cordobeses consume cannabis esporádicamente*. (consulta 11 de septiembre, 2008). Recuperado el 25 de junio de 2012, de: <http://www.campusred.net>
- Cebrián, N. (2007). *Factores predisponentes del inicio del consumo de cannabis en adolescentes*. Trabajo de investigación del programa de doctorado "Psicología i

- Qualitat de Vida". Institut de Recerca sobre Qualitat de Vida. Universitat de Girona.
- Cebrián, N., Font-Mayolas, S. y Gras, M.E. (2009). Factores de riesgo del consumo de cannabis en la adolescencia. *Educat. Revista de Psicopedagogía*, 2, 22-23.
- Chabrol, H., Chauchard, E., Mabila, J.D., Mantoulan, R., Adèle, A. y Rousseau, A. (2006). Contributions of social influences and expectations of use to cannabis use in high-school students. *Addictive Behaviors*, 31, 2116-2119.
- Chen, H., Horner, S. y Percy, M. (2003). Cross-cultural validation of the stages of the tobacco acquisition questionnaire and the decisional balance scale. *Research in Nursing & Health*, 26, 233-243.
- Chen, H., Horner, S., Percy, M. y Sheu, J. (2008). Stages of smoking acquisition of young Taiwanese adolescents: self-efficacy and decisional balance. *Research in Nursing & Health*, 31, 119-129.
- Chen, C.Y., Storr, C.L. y Anthony, J.C. (2009). Early-onset drug use and risk for drug dependence problems. *Addictive Behaviors*, 34, 319-322.
- Ciairano, S., Kliewer, W. y Rabaglietti, E. (2009). Adolescent risk behavior in Italy and The Netherlands. A cross-national study of psychosocial protective factors. *European Psychologist*, 14 (3), 180-192.
- Coffey, C., Carlin, J.B., Degenhardt, L., Lynskey, M., Sanci, L. y Patton, G.C. (2002). Cannabis dependence in young adults: an Australian population study. *Addiction*, 97, 187-194.
- Coffey, C., Lynskey, M., Wolfe, R. y Patton, G.C. (2000). Initiation and progression of cannabis use in a population-based Australian adolescent longitudinal study. *Addiction*, 95, 1679-1690.
- Comas, D. (1985). *El uso de drogas en la juventud*. Madrid: INJUVE.
- Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2006). *Cannabis. Informe nº 1 de la Comisión Clínica*. Recuperado el 25 de

- junio de 2012, de
<http://www.pnsd.msc.es/ca/Categoria2/publica/pdf/InformeCannabis.pdf>
- Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2009). *Cannabis II. Informe nº 4 de la Comisión Clínica*. Recuperado el 25 de junio de 2012, de:
<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/CannabisII.pdf>
- Contreras, C.M., Gutiérrez-García, A.G., Saavedra, M., Bernal-Morales, B., Rodríguez-Landa, J.F. y Hernández-Lozano, M. (2003). Efectos adversos y paliativos de los cannabinoides. *Salud Mental*, 26 (6), 62-75.
- COP (Colegios Oficiales de Psicólogos) (2009). *Guía para la prevención del consumo de cannabis en población vulnerable e inmigrantes*. (consulta 22 de mayo, 2012). Recuperado el 25 de junio de 2012, de:
http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2270
- Copeland, J. y Swift, W. (2009). Cannabis use disorder: Epidemiology and management. *International Review of Psychiatry*, 21 (2), 96-103.
- Crean, R.D., Crane, N.A. y Mason, B.J. (2011). An evidence based review of acute and long-term effects of cannabis use on executive cognitive functions. *Journal of Addiction Medicine*, 5, 1-8.
- Dailing, J.R., Doody, D.R., Sun, X., Trabert, B.L., Weiss, N.S., Chen, C., Biggs, M.L., Starr, J.R., Dev, S.K. y Schwartz, S.M. (2009). Association of Marijuana Use and the Incidence of Testicular Germ Cell Tumors. *Cancer*, 115, 1215-1223.
- Day, N.L., Goldschmidt, L. y Thomas, C.A. (2006). Prenatal marijuana exposure contributes to the prediction of marijuana use at age 14. *Addiction*, 101, 1313-1322.
- Dennis, M., Babor, T.F., Roebuck, M.C. y Donaldson, J. (2002). Changing the focus: the case for recognizing and treating cannabis use disorders. *Addiction*, 97 (1), 4-15.
- Dewey, W.L. (1986). Cannabinoid pharmacology. *Pharmacology Review*, 38, 151-178.

- DGPND [Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas] (2002). *Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta escolar sobre consumo de drogas.* (consulta 25 octubre, 2006). Recuperado el 25 de junio de 2012, de: <http://www.pnsd.msc.es/ca/Categoria2/observa/estudios/home.htm>
- DGPND [Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas] (2004). *Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta estatal sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias.* (consulta 25 octubre, 2006). Recuperado el 25 de junio de 2012, de: <http://www.pnsd.msc.es/ca/Categoria2/observa/pdf/escolar2004.pdf>
- DGPND [Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas] (2007). *Observatorio Español sobre Drogas (OED). Informe 2007. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. (consulta 20 de noviembre, 2008). Recuperado el 25 de junio de 2012, de: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2007.pdf>
- DGPND [Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas] (2008a). *Informe de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2007/08.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. (consulta 4 de noviembre, 2008). Recuperado el 25 de junio de 2012, de: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/InformeEdades2007-2008.pdf>
- DGPND [Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas] (2008b). *Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta estatal sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias.* (consulta 5 de noviembre, 2009). Recuperado el 25 de junio de 2012, de: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Estudes2008.pdf>
- DGPND [Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas] (2010). *Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2009/10 (presentación).* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. (consulta 21 de mayo, 2012). Recuperado el 25 de junio de 2012, de: <http://www.mspsi.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/presentacionEdades200910.ppt>

- DiClemente, C.C., Schlundt, D. y Gemmell, L. (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. *American Journal on Addictions*, 13, 103-119.
- Dragt, S., Nieman, H., Becker, E., Van de Fliert, R., Dingemans, P.M., De Haan, L., Van Amelsvoort, T.A., Linszen, D.H. (2010). Age of onset of cannabis use is associated with age of onset of high-risk symptoms for psychosis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55 (3), 165-171.
- Duhig, A.M., Cavallo, D.A., McKee, S.A., George, T.P. y Krishnan-Sarin, S. (2005). Daily patterns of alcohol, cigarette, and marijuana use in adolescent smokers and nonsmokers. *Addictive Behaviors*, 30, 271-283.
- Durdle, H., Lundahl, L.H., Johanson, C.E., Tancer, M. (2008). Major depression: the relative contribution gender, MDMA and cannabis use. *Depress Anxiety*, 25 (3), 241-247.
- Elder, J.P., DeMoor, C., Young, R.L., Wildey, M.B., Molgaard, C.A., Golbeck, A.L., Sallis, J.F. y Stern, R.A. (1990). Stages of adolescent tobacco-use acquisition. *Addictive Behaviors*, 15, 449-454.
- Ellickson, P.H., Martino, S.C. y Collins, R.L. (2004). Marijuana use from adolescence to young adulthood: Multiple developmental trajectories and their associated outcomes. *Health Psychology*, 23, 299-307.
- Eurobarometer (2004). *Flash Eurobarometer. Young people and drugs*. (consulta 20 de junio, 2012). Recuperado el 25 de junio de 2012, de: http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl158_en.pdf
- Fernández-Ruiz, J. (2012). Fármacos cannabinoides para las enfermedades neurológicas: ¿qué hay detrás?. *Revista de Neurología*, 54 (10), 613-628.
- Fergusson, D.M. y Horwood, L.J. (1997). Early onset cannabis use and psychosocial adjustment in young adults. *Addiction*, 92 (3), 279-296.
- Fergusson, D.M. y Horwood, L.J. (2000). Does cannabis use encourage other forms of illicit drug use? *Addiction*, 95 (4), 505-520.

- Fergusson, D.M., Horwood, L.J. y Swain-Campbell, N. (2002). Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood. *Addiction*, 97 (9), 1123-1135.
- Fergusson, D.M., Horwood, L.J. y Swain-Campbell, N. (2003). Cannabis dependence and psychotic symptoms in young people. *Psychological Medicine*, 33 (1), 15-21.
- Flórez-Alarcón, L. (2001). Clasificación de estudiantes universitarios bogotanos consumidores de alcohol en etapas conforme al modelo transteórico. *Adicciones*, 13 (2), 199-209.
- Font-Mayolas, S. y Planes, M. (2000). Efectos del modelado por parte de familia, pareja y amigos en la conducta de fumar de jóvenes universitarios. *Adicciones*, 12 (4), 467-477.
- Font-Mayolas, S. (2002). *L'autocontrol en el procés d'abandonament de la conducta de fumar*. Tesis doctoral. Departament de Psicologia, Universitat de Girona.
- Font-Mayolas, S., Gras, M.E. y Planes, M. (2006). Análisis del patrón de consumo de cannabis en estudiantes universitarios. *Adicciones*, 18 (4), 337-344.
- Font-Mayolas, S., Gras, M.E., Planes, M., Cebrián, N. y Masferrer, L. (2011). Consumo de drogas en adolescents: etapes d'iniciació. Dras. M. Planes y M.E. Gras (Coord.). *Recerca en Psicologia de la Salut* (pp.95-104). Girona: Documenta Universitaria.
- Font-Mayolas, S., Gras, M.E., Planes, M., Gómez, A.B. y Prat, F. (2011). *Adaptación de la escala de tentaciones de fumar tabaco al consumo de cannabis*. Comunicación escrita presentada en el IX Congreso Nacional de Psicología Clínica celebrado en San Sebastián del 6 al 9 de julio.
- Font-Mayolas, S., Gras, M.E., Planes, M. y Sullman M.J.M. (2007). Motivation for change and the pros and cons of smoking in a Spanish population. *Addictive Behaviors*, 32, 175-180.

- Font-Mayolas, S., Gras, M.E. y Planes, M. (2008). Perfils de prevenció en la iniciació al consum de tabac en adolescents. Comunicació oral presentada en la *XXIV Jornada de Cloenda de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques* celebrada en Girona.
- Font-Mayolas, S., Gras, M.E., Planes, M. y Sullman, M. (2008). Experimentation and stages of acquisition for tobacco consumption in Spanish adolescents. *The Open Addiction Journal*, 1, 1-4.
- Gainey, J. (2007). Integrating the transtheoretical model into the management of overweight and obese adults. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19 (2), 63-71.
- García, J.J. (2008). *Estudio epidemiológico para determinar la prevalencia, diagnóstico y actitud terapéutica de la patología dual en la Comunidad de Madrid*. Madrid Salud. (consulta 1 de junio, 2009). Accesible en: http://www.madridsalud.es/archivo_comunicaciones/PresentacionESPAD.pdf
- García-Merita, M., Tomás, S., González L., Castillo I., Mars L. y Balaguer I. (2012). Estudio descriptivo longitudinal sobre el consumo de sustancias en la adolescencia. *Revista española de drogodependencias*, 37 (1), 63-80.
- García-Rodríguez, O., Suárez-Vázquez, R., Santonja-Gómez, F.J., Secades-Villa, R. y Sánchez-Hervás, E. (2011). Psychosocial risk factors for adolescent smoking: A school-based study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11 (1), 23-33.
- Generalitat de Catalunya (2004). *Enquesta sobre drogues a la població escolar de Catalunya. L'any 2004*. (consulta, 15 de diciembre, 2006). Recuperado el 27 de junio de 2012, de: http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/informe_eed_2004.pdf
- Generalitat de Catalunya (2006). *El programa pilot d'utilització terapèutica del cànnabis ha resultat en el 65% dels pacients*. (consulta, 27 de febrero, 2007). Recuperado el 27 de junio de 2012, de: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/premsa/doc11302.html>

- Generalitat de Catalunya (2008a). *Informe dels Resultats per a Catalunya de l'Enquesta Domiciliària sobre Alcohol i Drogues (EDADES) 2007*. Departament de Salut, Direcció General de Salut Pública. (consulta 18 de febrero, 2009). Recuperado el 27 de junio de 2012, de: http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Drogues/documents/InformeresultatsCatalunyaconsumdrogues2007.pdf
- Generalitat de Catalunya (2008b). *Llibre blanc de la prevenció a Catalunya: consum de drogues i problemes associats*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Gómez-Fraguela, J.A., Fernández, N., Romero, E. y Luengo, A. (2008). El botellón y el consumo de alcohol y otras drogas en la juventud. *Psicothema*, 20 (2), 211-217.
- Gras, M.E., Font-Mayolas, S., Planes, M. y Ferrusola, C. (2011). *Adaptación de la escala de balance decisional de fumar tabaco al consumo de cannabis entre jóvenes no consumidores*. Comunicación escrita presentada en el IX Congreso Nacional de Psicología Clínica celebrado en San Sebastián del 6 al 9 de julio.
- Grotenhermen, F. (2006). Los cannabinoides y el sistema endocannabinoide. *Cannabinoides*, 1 (1), 10-14.
- Grossman, C., Hadley, W., Brown, L.K., Houck, C.D., Peters, A. y Tolou-Shams, M. (2008). Adolescent sexual risk: factors predicting condom use across the Stages of Change. *AIDS and Behavior*, 12, 913-922.
- Guo, B., Aveyard, P., Fielding, A. y Sutton, S. (2009). Do the Transtheoretical Model processes of change, decisional balance and temptation predict stage movement? Evidence from smoking cessation in adolescents. *Addiction*, 104, 828-838.
- Guxens, M., Nebot, M. y Ariza, C. (2007). Age and sex differences in factors associated with the onset of cannabis use: a cohort study. *Drug and Alcohol Dependence*, 88 (2-3), 234-243.

- Gruber, A.J. y Pope, H.G. (2002). Marijuana use among adolescents. *Pediatric Clinics of North America*, 49, 389-413.
- Hall, W. (2006). Cannabis use and the mental health of young people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 105-113.
- Hall, W. y Degenhardt, L. (2009). Adverse health effects of non-medical cannabis use. *The Lancet*, 347 (9698), 1383-1391.
- Hall, K. y Rossi, J.S. (2008). Meta-analytic examination of the strong and weak principles across 48 health behaviors. *Preventive Medicine*, 46 (3), 266-274.
- Hall, W. y Solowij, N. (1998). Adverse effects of cannabis. *The Lancet*, 352, 1611-1616.
- Hampson, S.E., Andrews, J.A. y Barckley, M. (2008). Childhood predictors of adolescent marijuana use: early sensation-seeking, deviant peer affiliation and social images. *Addictive Behaviors*, 33 (9), 1140-1147.
- Hasler, G., Delsignore, A., Milos, G., Buddeberg, C. y Schnyder, U. (2004). Application of Prochaska's transtheoretical model of change to patients with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 67-72.
- Hazen, D.A., Mannino, D.M. y Clayton, R. (2008). Gender specific differences in the pros and cons of smoking among current smokers in eastern Kentucky: implications for future smoking cessation interventions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 5 (4), 230-242.
- Heather, N., Hönekopp, J. y Smailes, D. (2009). Progressive stage transition does mean getting better: a further test of the Transtheoretical Model in recovery from alcohol problems. *Addiction*, 104, 949-958.
- Henningfield, J.E., Clayton, R. y Pollin, W. (1990). Involvement of tobacco in alcoholism and illicit drug use. *British Journal of Addiction*, 85, 279-292.
- Henquet, C., Krabbendam, L., Spauwen, J., Kaplan, C., Lieb, R., Wittchen, H.U. y Van Os, J. (2005). Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for

- psychosis, and psychotic symptoms in young people. *British Medical Journal*, 330 (7481),11-14.
- Hyatt, S. y Collins, L. (2000). Using latent transition analysis to examine the relationship between perceived parental permissiveness and the onset of substance use. En J. Rose; C. Chassin; C. Presson y S. Sherman (Eds.). *Multivariate applications in substance use research: New methods for new questions*. (pp. 259-288). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Hoffman, B.R., Monge, P.R., Chou, C.P. y Valente, T.W. (2007). Perceived peer influence and peer selection on adolescent smoking. *Addictive Behaviors*, 32, 1546-1554.
- Huang, M., Hollis, J., Polen, M., Lapidus, J. y Austin, D. (2005). Stages of smoking acquisition versus susceptibility as predictors of smoking initiation in adolescents in primary care. *Addictive Behaviors*, 30, 1183-1194
- Instituto de Adicciones de Madrid Salud (2005). *Consumo de drogas, percepción y actuaciones de prevención entre la población adolescente y joven de la Ciudad de Madrid (21 distritos)*. (consulta 15 de septiembre, 2008). Recuperado el 27 de junio de 2012, de: <http://www.madridsalud.es/publicaciones/adicciones/doctecnicos/ConsumoDrogas.pdf>
- Iuvone, T., Esposito, G., De Filippis, D., Scuderi, C. y Steardo, L. (2009). Cannabidiol: A promising drug for neurodegenerative disorders?. *Neuroscience & Therapeutics*, 15 (1), 65-75.
- Iversen, L.L. (2001). *Marihuana. Conocimiento científico actual*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Jacobsen, L.K., Mencl, W.E., Westerveld, M. y Pugh, K.R. (2004). Impact of cannabis use on brain function in adolescents. *Annals New York Academy of Sciences*, 1021, 384-390.
- Janis, I.L. y Mann, L. (1977). *Decision making. A psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. New York: The Free Press.

- Jayanthi, S., Buie, S., Moore, S., Hering, R.I., Better, W., Wilson, N.M., Contoreggi C. y Cadet, J.L. (2010). Heavy marijuana users show increased serum apolipoprotein C-III levels: evidence from proteomic analyses. *Molecular Psychiatry*, 15 (1), 101-112. Recuperado el 27 de junio de 2012, de: <http://www.nature.com/mp/journal/v15/n1/full/mp200850a.html>
- Jessor, R., Turbin, M.S., Costa, F.M., Dong, Q., Zhang, H. y Wang, C. (2003). Adolescent problem behavior in China and the United States: A cross-national study of psychological protective factors. *Journal of Research on Adolescence*, 13, 329-360.
- Jiménez-Muro, A., Beamonte, A., Marqueta, A., Gargallo, P. y Nerín, V. (2009). Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso. *Adicciones*, 21 (1), 21-28. Accesible en: <http://www.adicciones.es/files/21-28%20jimenez-muro.pdf>
- Johns, A. (2001). Psychiatric effects of cannabis. *British Journal of Psychiatry*, 178, 116-122.
- Johnson, T.P. y Mott, J.A. (2001). The reliability of self-reported age of onset of tobacco, alcohol and illicit drug use. *Addiction*, 96 (8), 1187-1198.
- Kandel, D. (1984). Marijuana users in young adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 41, 200-209.
- Kandel, D.B. y Davies, M. (1992). Progression to regular marijuana involvement: phenomenology and risk factors for near-daily use. En: M. Glantz y R. Pickens (Eds.). *Vulnerability to drug abuse* (pp. 211-253). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kandel, D.B. y Davies, H. (1996). High school students who use crack and other drugs. *Archives of General Psychiatry*, 53, 71-80.

- Kandel y Jessor (2002). The gateway hypothesis revisited. En D.B. Kandel (Ed.). *Stages and pathways of drug involvement. Examining the gateway hypothesis* (pp. 365-373). Cambridge: Cambridge University Press.
- Kandel, D.B., Davies, M., Karus, D. y Yamaguchi, K. (1986). The consequences in young adulthood of adolescent drug involvement. An overview. *Archives of General Psychiatry*, 43, 746-754.
- Kandel, D.B., Yamaguchi, K. y Chen, K. (1992). Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: further evidence for the gateway theory. *Journal of Studies on Alcohol*, 53, 447-457.
- Kaplan, C.P., Nápoles-Springer, A., Stewart, S.L. y Pérez-Stable, E.J. (2001). Smoking acquisition among adolescents and young Latinas. The role of socioenvironmental and personal factors. *Addictive Behaviors*, 26, 531-550.
- Kilmer, J.R., Hunt, S.B., Lee, C.M. y Neighbors, C. (2007). Marijuana use, risk perception, and consequences: Is perceived risk congruent with reality?. *Addictive Behaviors*, 32, 3026-3033.
- Kirkham, T. (2009). Cannabinoids and appetite: Food craving and food pleasure. *International Review of Psychiatry*, 21 (2), 163-171.
- Kokkevi, A., Gabhainn, S.N. y Spyropoulou, M. (2006). Early initiation of cannabis use: a cross-national European perspective. *Journal of Adolescent Health*, 39, 712-719.
- Kokkevi, A., Richardson, C. y Florescu, S. (2007). Psychosocial correlates of substance use in adolescence: A cross-national study in six European countries. *Drug and Alcohol Dependence*, 86 (1), 67-74.
- Kosterman, R., Hawkins, J.D., Guo, J., Catalano, R.F. y Abbott, R.D. (2000). The dynamics of alcohol and marijuana initiation: Patterns and predictors of first use in adolescence. *American Journal of Public Health*, 90, 360-366.

- Kremers, S.P.J., Mudde, A.N. y de Vries, H. (2001). Subtypes within the precontemplation stage of adolescent smoking acquisition. *Addictive Behaviors*, 26, 237-251.
- Kuntsche, E. y Jordan, M.D. (2006). Adolescent alcohol and cannabis use in relation to peer and school factors. Results of multilevel analyses. *Drug and Alcohol Dependence*, 84, 167-174.
- Leza, J.C. (1999a). Cannabis I. Farmacología. En P. Lorenzo; J.M. Ladero; J.C. Leza y I. Lizasoain. (Eds.). *Drogodependencias: Farmacología, Patología, Psicología y Legislación*. (pp. 191-198). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Leza, J.C. (1999b). Cannabis II. Dependencia. En P. Lorenzo; J.M. Ladero; J.C. Leza y I. Lizasoain. (Eds.). *Drogodependencias: Farmacología, Patología, Psicología y Legislación*. (pp. 199-213). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- López-Jaramillo, P., Pradilla, L.P., Bracho, Y. y Silva, F. (2005). El sistema endocanabinoide y su relación con la obesidad abdominal y el síndrome metabólico: implicaciones terapéuticas. *Revista Colombiana de Cardiología*, 12, 113-121.
- López, A., Cachón, L., Comas, D., Andreu, J., Aguinaga, J. y Navarrete, L. (2005). *Informe juventud en España 2004*. Madrid: Instituto de la Juventud. (consultado 17 noviembre, 2006). Recuperado el 27 de junio de 2012, de: <http://www.injuve.es/contenidos.downloadatt.action?id=72246251>
- López, A., Gil, G., Moreno, A., Comas, D., Funes, M.J. y Parella, S. (2008). *Informe juventud en España 2007*. Madrid: Instituto de la Juventud. (consulta 12 de marzo, 2009). Recuperado el 27 de junio de 2012, de: <http://www.injuve.es/contenidos.item.action?id=1531688780>
- López, S. y Rodríguez-Arias, J. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22 (4), 568-573.
- Lorenzo, P. y Leza, J.C. (2000). Utilidad terapéutica del cannabis y derivados. *Adicciones*, (2), 149-168.

- Loumakou, M., Brouskeli, V., Sarafidou, J.O. (2006). Aiming at tobacco harm reduction: a survey comparing smokers differing in readiness to quit. *Harm Reduction Journal*, 3 (13) 1-6.
- Llorens, N., Perelló, M. y Palmer, A. (2004). Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. *Adicciones*, 16 (4), 259-264.
- Macleod, J., Oakes, R., Copello, A., Crome, I., Egger, M., Hickman, M., Oppenkowski, T., Stokes-Lampard, H. y Davey-Smith, G. (2004). Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal, general population studies. *The Lancet*, 363, 1579-1587.
- Maldonado, R. (2002). Tolerancia y dependencia de cannabinoides. En Sociedad Española de investigación sobre Cannabinoides, *Guía básica sobre los cannabinoides* (pp. 121-134). Madrid: Sociedad Española sobre Cannabinoides.
- Martín del Moral, M. (1999). Cannabis II. Dependencia. En P. Lorenzo; J.M. Ladero; J.C. Leza y I. Lizasoain. (Eds.). *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. (pp. 208-213). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Martin, G., Copeland, J., Gilmour, S., Gates, P y Swift, W. (2006). The Adolescent Cannabis Problems Questionnaire (CPQ-A): Psychometric properties. *Addictive Behaviors*, 31 (12), 2238-2248.
- Martínez, D.P., Pallarés, J., Barruti, M., Espluga, J. y Canales, G. (2008). *Observatori de nous consums de drogues en l'àmbit juvenil. Informe 2007*. Barcelona, Institut Genus. (consulta 16 de gener, 2008). Recuperado el 27 de junio de 2012, de: http://www.fund-igenus.org/docs/cat/Informe_Observatori_2007_cat.pdf
- Martínez, D.P., Pallarés, J., Espluga, J., Barruti, M. y Canales, G. (2009). *Observatori de nous consums de drogues en l'àmbit juvenil. Informe 2008*. Barcelona, Institut Genus. (consulta 5 de noviembre, 2009). Recuperado el 27 de junio de

- 2012, de:
http://www.cocaonline.org/img/material/InformeObservatori2008_esp.pdf
- Martínez, M., Alonso, C. y Montañés, J. (2010). Consumo de tabaco, alcohol y cannabis en adolescentes Castellano-Manchegos. *Revista Española de Drogodependencias*, 35 (1), 78-91.
- Mayhew, K.P., Flay, B.R. y Mott, J.A. (2000). Stages in the development of adolescent smoking. *Drug and Alcohol Dependence*, 59, 61-82.
- McGee, H., Babbin, S., Redding, C., Paiva, A., Oatley, K., Meier, K., Harrington, M. y Velicer, W. (2012). Prevention of smoking in Middle School Students: Psychometric assessment of the Temptations to Try Smoking Scale. *Addictive Behaviors*, 37, 521-523.
- McGee, R., Williams, S., Poulton, R. y Moffitt, T. (2000). A longitudinal study of cannabis use and mental health from adolescence to early adulthood. *Addiction*, 95 (4), 491-503.
- McGrath, J., Welham, J., Scott, J., Varghese, D., Degenhardt, L., Hayatbakhsh, M.R., Alati, R., Williams, G.W., Bor, W. y Najman, J.M. (2010). Association Between Cannabis Use and Psychosis-Related Outcomes Using Sibling Pair Analysis in a Cohort of Young Adults. *Archives of General Psychiatry*, 67 (5), 440-447.
- McWhirter, P.T. (2008). Enhancing adolescent substance abuse treatment engagement. *Journal of Psychoactive Drugs*, 40 (2), 173-182.
- Megías, E., Elzo, J., Rodríguez, E., Megías, I. y Navarro, J. (2006). Jóvenes, valores y drogas. FAD (Fundación Ayuda a la Drogadicción). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Obra Social de Caja Madrid. (consulta 15 de marzo, 2009). Recuperado el 27 de junio de 2012, de:
http://www.obrasocialcajamadrid.es/Ficheros/CMA/ficheros/OSSoli_JovenesValores06.PDF
- Megías, E., Rodríguez, E., Megías, I. y Navarro J. (2005). *La Percepción social de los problemas de drogas en España, 2004*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

- Miller, W.R., Walters, S.T. y Bennett, M.E. (2001). How effective is alcoholism treatment in the United States? *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 211-220.
- Ministerio del Interior (2006). *Comisión clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe sobre cannabis*. (consulta 1 febrero, 2007). Recuperado el 27 de junio de 2012, de: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/InformeCannabis.pdf>
- Monshouwer, K., Smit, F., de Graaf, R., Van Os, J. y Vollebergh, W. (2005). First cannabis use: does onset shift to younger ages? Findings from 1988 to 2003 from the Dutch National School Survey on Substance Use. *Addiction*, 100, 963-970.
- Moore, T., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T., Jones, P., Burke, M. y Lewis, G. (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *The Lancet*, 370, 319-328.
- Moral, M.V., Rodríguez, F.J. y Sirvent, C. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 18 (1), 52-58.
- Morales-Manrique, C.C., Bueno-Cañigral, F.J., Aleixandre-Benavent, R. y Valderrama-Zurián, J.C. (2011). Creencias y motivos asociados al consumo de cannabis en población escolarizada de la ciudad de Valencia, España. *Trastornos Adictivos*, 13 (4), 151-159.
- Muñoz-Rivas, M.J. y Graña, J.L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13 (1), 87-94.
- Mustata, C., Torrens, M., Pardo, R., Pérez, C., The psychonaut web mapping group y Farré, M. (2009). *Spice drugs: los cannabinoides como nuevas drogas de diseño*. *Adicciones*, 21 (3), 181-186.
- Musty, R.E. (2004). Natural cannabinoids: interactions and effects. En Guy, G.W.; Whittle, B.A. y Robson, P.J. (Eds.). *The medicinal uses of cannabis and cannabinoids*. (pp. 165-204). London: Pharmaceutical Press.

- Naar-King, S., Wright, K., Parsons, J.T., Frey, M., Templin, T. y Ondersma, S. (2006a). Transtheoretical Model and condom use in HIV-positive youths. *Health Psychology, 25* (5), 648–652.
- Naar-King, S., Wright, K., Parsons, J.T., Frey, M., Templin, T. y Ondersma, S. (2006b). Transtheoretical Model and substance use in HIV-positive youth. *AIDS Care, 18* (7), 839-845.
- Nocon, A., Wittchen, H.U., Pfister, H., Zimmermann, P. y Lieb, R. (2006). Dependence symptoms in young cannabis users? A prospective epidemiological study. *Journal of Psychiatric Research, 40*, 394-403.
- OEDT [Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías] (2006). *Informe anual 2006. El problema de la drogodependencia en Europa*. (consulta 12 de diciembre, 2006). Recuperado el 27 de junio de 2012, de: <http://ar2006.emcdda.europa.eu/download/ar2006-es.pdf>
- OEDT [Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías] (2008). *Informe anual 2008. El estado del problema de las drogas en Europa*. (consulta 2 de diciembre, 2008). Recuperado el 27 de junio de 2012, de: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria3/cooperacion/pdf/Informe2008.pdf>
- OEDT [Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías] (2009a). *Informe anual 2009. El problema de la drogodependencia en Europa*. (consulta 6 de noviembre, 2009). Recuperado el 27 de junio de 2012, de: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria3/cooperacion/pdf/Informe2009.pdf>
- OEDT [Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías] (2009b). *Polydrug use: patterns and responses*. Luxemburgo: Observatorio de las Drogas y las Toxicomanías. (consulta 8 de noviembre, 2009). Recuperado el 27 de junio de 2012, de: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/polydrug-use>
- OEDT [Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías] (2011). *Informe anual 2011. El problema de la drogodependencia en Europa*. (consulta 17 de mayo,

- 2011). Recuperado el 27 de junio de 2012, de: <http://www.emcdda.europa.eu/online/annual-report/2011>
- Oetting, E.R. y Beauvais, F. (1986). Peer cluster theory: Drugs and the adolescent. *Journal of Counseling and Development*, 65, 17-22.
- O'Leary, D.S., Block, R.I., Koeppe, J.A., Schultz, S.K., Magnotta, V.A., Ponto, L.B., Watkins, G.L. y Hichwa R.D. (2007). Effects of smoking marijuana on focal attention and brain flow. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 22, 135-148.
- OMS [Organización Mundial de la Salud; World Health Organization] (1997). Division of mental health and prevention of substance abuse. *Cannabis: a health perspective and research agenda*. WHO/MSA/PSA/97.4, English Only. Ginebra: General. (consulta 16 noviembre, 2006). Recuperado el 27 de junio de 2012, de: http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_msa_PSA_97.4.pdf
- ONU [Organización de las Naciones Unidas] (2011). *Informe Mundial sobre las Drogas de la ONU para 2011*. (consulta 19 de junio, 2012). Recuperado el 27 de junio de 2012, de: <http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/ExSum-translations/WDR - 2011 - SP.pdf>
- Oró, D.P., Barruti, M., Pallarés, J., Espluga, J. y Canales, G. (2008). *Observatori de nous consums de drogues en l'àmbit juvenil. Informe 2007*. Barcelona, Institut Genus. (consulta 10 de marzo, 2009). Recuperado el 27 de junio de 2012, de: <http://www.aspb.es/quefem/docs/Observatori%202007.pdf>
- OVD [Observatorio Vasco de Drogodependencias] (2008). *Euskadi y Drogas 2008*. SiiS, Centro de Documentación y Estudios. (consulta 12 de marzo, 2009). Recuperado el 27 de junio de 2012, de: http://www.qizaetxe.eigv.euskadi.net/r40-2177/es/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_euskadi_drog/es_9060/adjuntos/Euskadidrogas2008.pdf
- Pacifici, R., Zuccaro, P., Pichini, S., Roset, P.N., Poudevida, S., Farré, M., Segura, J. y de la Torre, R. (2003). Modulation of the immune system in cannabis users. *The Journal of the American Medical Association*, 289, 1929-1931.

- Pallonen, U.E., Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Prokhorov, A.V. y Smith, N.F. (1998). Stages of acquisition and cessation for adolescent smoking: an empirical integration. *Addictive Behaviors*, 23, (3), 303-324.
- Parolaro, D. (2010). Consumo de cánnabis de los adolescentes y esquizofrenia: evidencias epidemiológicas y experimentales. *Adicciones*, 22 (3), 185-190.
- Patton, G.C., Coffey, C., Carlin, J.B., Degenhardt, L., Lynksey, M. y Hall, W. (2002). Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *British Medical Journal*, 325, 1195-1198.
- Patton, G.C., Coffey, C., Carlin, J.B., Sawyer, S.M. y Lynksey, M. (2005). Reverse gateways? Frequent cannabis use as a predictor of tobacco initiation and nicotine dependence. *Addiction*, 100, 1518-1525.
- Pérez, A., Ariza, C., Sánchez-Martínez, F. y Nebot, M. (2010). Cannabis consumption initiation among adolescents: a longitudinal study. *Addictive Behaviors*, 35 (2), 129-34.
- Pérez de los Cobos, J.L. (2009) (Coord.). *Trastornos duales: adicciones relacionadas con trastornos mentales en la infancia o la adolescencia*. Barcelona: Ars Medica.
- Perkonigg, A., Goodwin, R.D., Fiedler, A., Behrendt, S., Beesdo, K., Lieb, R. y Wittchen, H. (2008). The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life. *Addiction*, 103, 439-449.
- Petraits, J., Flay, B.R. y Miller, T.Q. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces of the puzzle. *Psychological Bulletin*, 117, 67-86.
- Pinazo, S., Pons, J. y Carreras, A. (2002). El consumo de inhalables y cannabis en la preadolescencia: análisis multivariado de factores predisponentes. *Anales de Psicología*, 18 (1), 77-93.

- Plummer, B.A., Velicer, W.F., Redding, C.A., Prochaska, J.O., Rossi, J.S., Pallonen, U.E., y Meier, K.S. (2001). Stage of change, decisional balance, and temptations for smoking. Measurement and validation in a large, school-based population of adolescents. *Addictive Behaviors*, 26, 551-571.
- PNSD [Plan Nacional Sobre Drogas] (1990). *Campaña 1990: "Para que no mires atrás"*. (consulta 26 de junio, 2012). Recuperado el 26 de junio de 2012, de: http://www.pnsd.msc.es/Categoria3/prevenci/areaPrevencion/campanas/campa_na1990.htm
- PNSD [Plan Nacional Sobre Drogas] (1991). *Campaña 1991: "Se necesitan centros así"*. (consulta 26 de junio, 2012). Recuperado el 26 de junio de 2012, de: http://www.pnsd.msc.es/Categoria3/prevenci/areaPrevencion/campanas/campa_na1991.htm
- PNSD [Plan Nacional Sobre Drogas] (1994). *Campaña 1994: "En la droga mejor no te metas"*. (consulta 26 de junio, 2012). Recuperado el 26 de junio de 2012, de: http://www.pnsd.msc.es/Categoria3/prevenci/areaPrevencion/campanas/campa_na1994.htm
- PNSD [Plan Nacional Sobre Drogas] (1996). *Campaña 1996: "Evita las drogas, dialoga con él"*. (consulta 26 de junio, 2012). Recuperado el 26 de junio de 2012, de: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria3/prevenci/areaPrevencion/campanas/dialogo.htm>
- PNSD [Plan Nacional Sobre Drogas] (1997). *Campaña 1997: "¿A que sabes divertirte sin drogas?"*. (consulta 26 de junio, 2012). Recuperado el 26 de junio de 2012, de: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria3/prevenci/areaPrevencion/campanas/verano.htm>
- PNSD [Plan Nacional Sobre Drogas] (1998). *Campaña 1998: "Funcionamos sin drogas"*. (consulta 26 de junio, 2012). Recuperado el 26 de junio de 2012, de: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria3/prevenci/areaPrevencion/campanas/sin.htm>
- PNSD [Plan Nacional Sobre Drogas] (1999). *Campaña 1999: "A tope sin drogas"*. (consulta 26 de junio, 2012). Recuperado el 26 de junio de 2012, de:

<http://www.pnsd.msc.es/Categoria3/prevenci/areaPrevencion/campanas/atope.htm>

PNSD [Plan Nacional Sobre Drogas] (2000a). *Campaña 2000: "Tú sabes cómo, controla"*. (consulta 26 de junio, 2012). Recuperado el 26 de junio de 2012, de: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria3/prevenci/areaPrevencion/campanas/controla.htm>

PNSD [Plan Nacional Sobre Drogas] (2000b). *Campaña 2000: "Entérate. Drogas: más información, menos riesgos"*. (consulta 26 de junio, 2012). Recuperado el 26 de junio de 2012, de: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria3/prevenci/areaPrevencion/campanas/enterate.htm>

PNSD [Plan Nacional Sobre Drogas] (2001). *Campaña 2001: "Drogas: más información, menos riesgos. Pídela y entérate"*. (consulta 26 de junio, 2012). Recuperado el 26 de junio de 2012, de: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria3/prevenci/areaPrevencion/campanas/enterate1.htm>

PNSD [Plan Nacional Sobre Drogas] (2002). *Campaña 2002: "Piensa por tí"*. (consulta 26 de junio, 2012). Recuperado el 26 de junio de 2012, de: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria3/prevenci/areaPrevencion/campanas/piensaport.htm>

PNSD [Plan Nacional Sobre Drogas] (2003). *Campaña 2003: "Abre los ojos, las drogas pasan factura"*. (consulta 26 de junio, 2012). Recuperado el 26 de junio de 2012, de: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria3/prevenci/areaPrevencion/campanas/pasanfactura.htm>

PNSD [Plan Nacional Sobre Drogas] (2005). *Campaña 2005: "Drogas, ¿te la vas a jugar?"*. (consulta 26 de junio, 2012). Recuperado el 26 de junio de 2012, de: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria3/prevenci/areaPrevencion/campanas/telavasajugar.htm>

- PNSD [Plan Nacional Sobre Drogas] (2006). *Campaña 2006: "Drogas. Hay trenes que es mejor no coger"*. (consulta 26 de junio, 2012). Recuperado el 26 de junio de 2012, de: <http://www.msc.es/campannas/campanas06/drogas.htm>
- PNSD [Plan Nacional Sobre Drogas] (2007). *Campaña 2007: "Cocaína. ¿Se lo vas a dar todo?"*. (consulta 26 de junio, 2012). Recuperado el 26 de junio de 2012, de: <http://www.msc.es/campannas/campanas07/cocaina.htm>
- PNSD [Plan Nacional Sobre Drogas] (2009). *Memoria 2009*. (consulta 18 de mayo, 2012). Recuperado el 26 de junio de 2012, de: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/memo2009.pdf>
- PNSD [Plan Nacional Sobre Drogas] (2012). *Campaña 2012: "¿Controlan las drogas tu vida?"*. (consulta 26 de junio, 2012). Recuperado el 26 de junio de 2012, de: <http://www.msssi.gob.es/campannas/campanas12/homeDrogaOnu12.htm>
- PNSD [Plan Nacional Sobre Drogas] (2012). *Campañas preventivas del Plan Nacional Sobre Drogas, 1990-2007*. (consulta 16 de mayo, 2012). Recuperado el 26 de junio de 2012, de: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria3/prevenci/areaPrevencion/campanas/home2.htm>
- Pollard, M.S., Tucker, J.S., Green, H.D., Kennedy, D. y Myong-Hyun, G. (2010). Friendship networks and trajectories of adolescent tobacco use. *Addictive Behaviors*, 35, 678-685.
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. y Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. *American Psychologist*, 47 (9), 1102-1114.
- Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Rossi, J.S., Goldstein, M.G., Marcus, B.H., Rakowski, W., Fiore, C., Harlow, L.L., Redding, C.A., Rosenbloom, D. y Rossi, S.R. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, 13, 39-46.

- Proudfoot, H., Vogl, L., Swift, W., Martin, G. y Copeland, J. (2010). Development of a short cannabis problems questionnaire for adolescents in the community. *Addictive Behaviors*, 35, 734-737.
- Quiroga, M. (2000a). Cannabis: efectos nocivos sobre la salud física. *Adicciones*, 12 (2), 135-147.
- Quiroga, M. (2000b). Cannabis: efectos nocivos sobre la salud mental. *Adicciones*, 12 (2), 117-133.
- Ramos-Atance, J.A. y Fernández-Ruiz, J. (2000). Cannabinoides: propiedades químicas y aspectos metabólicos. *Adicciones*, 12 (2), 41-57.
- Ranganathan, M. y D'Souza, D.C. (2006). The acute effects of cannabinoids on memory in humans: a review. *Psychopharmacology (Berl)*, 299, 425-444.
- Ream, G.L., Benoit, E., Johnson, B.D. y Dunlap, E. (2008). Smoking tobacco along with marijuana increases symptoms of cannabis dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 95, 199-208.
- Reboussin, B.A., Hubbard, S. y Jalongo, N.S. (2007). Marijuana use patterns among African-American middle-school students: a longitudinal latent class regression analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 90, 12-24.
- Ridenour, T.A., Lanza, S.T., Donny, E.C. y Clark, D.B. (2006). Different lengths of times for progressions in adolescent substance involvement. *Addictive Behaviors*, 31 (6), 962-983.
- Robert, A., Torres, A., Tejero, A., Campo, C y Pérez, J. (2006). Efectos esperados y adversos del consumo de cannabis en sujetos dependientes de los tetrahidrocannabinoides. *Trastornos Adictivos*, 8 (3), 148-154.
- Robson, P.J. y Guy, G.W. (2004). Clinical studies of cannabis-based medicines. En G.W. Guy; B.A. Whittle y P.J. Robson. (Eds.). *The medicinal uses of cannabis and cannabinoids*. (pp. 229-269). London: Pharmaceutical Press.

- Rog, D.J., Nurmikko, T.J., Friede, T. y Young, C.A. (2005). Randomized, controlled trial of cannabis based medicine in central pain in multiple sclerosis. *Neurology*, 65 (6), 812-819.
- Rosen, C.S. (2000). Integrating Stage and Continuum Models to explain processing of exercise messages and exercise Initiation among sedentary college students. *Health Psychology*, 19 (2), 172-180.
- Ruiz-Olivares, R., Lucena, V., Pino, M., Raya, A. y Herruzo, J. (2010). El consumo de cannabis y la percepción de riesgo en jóvenes universitarios. *Psicología Conductual*, 18 (3), 579-590.
- Ruiz-Veguilla, M., Gurpegui, M., Barrigón, M.L., Ferrín, M., Marín, E., Rubio, J.L., Gutiérrez, B., Pintor, A. y Cervilla, J. (2009). Fewer neurological soft signs among first episode psychosis patients with heavy cannabis use. *Schizophrenia Research*, 107, 158-164.
- Sagredo, O. (2011). Efectos farmacológicos y fisiológicos del consumo de cannabis. *Trastornos adictivos*, 13 (3), 94-96.
- Salamó, A., Gras, M.E. y Font-Mayolas, S. (2010). Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia. *Psicothema*, 22 (2), 189-195.
- Scherrer, J.F., Grant, J.D., Duncan, A.E., Pan, H., Waterman, B., Jacob, T., Haber, J.R., True, W.R., Heath, A.C. y Bucholz, K.K. (2008). Measured environmental contributions to cannabis abuse/dependence in an offspring of twins design. *Addictive Behaviors*, 33, 1255-1266.
- Schumann, A., Kohlmann, T., Rumpf, H.J., Hapke, U., John, U. y Meyer, C. (2005). Longitudinal relationships among transtheoretical model constructs for smokers in the precontemplation and contemplation stages of change. *Annals of Behavioral Medicine*, 30 (1), 12-20.
- Sewell, R.A., Ranganathan, M. y D'Souza, D.C. (2009). Cannabinoids and psychosis. *International Review of Psychiatry*, 21 (2), 152-162.

- Sidney, S. (2002). Cardiovascular consequences of marijuana use. *The Journal of Clinical Pharmacology*, 42 (11), 64-70.
- Spencer, L., Adams, T.B., Malone, S., Roy, L. y Yost, E. (2006). Applying the Transtheoretical Model to exercise: a systematic and comprehensive review of the literature. *Health Promotion Practice*, 7 (4), 428-443.
- Stein-Seroussi, A., Stockton, L., Brodish, P. y Meyers, M. (2009). Randomized controlled trial of the action smoking cessation curriculum in tobacco-growing communities. *Addictive Behaviors*, 34, 737-744.
- Stern, R.A., Prochaska, J.O., Velicer, W.F. y Elder, J.P. (1987). Stages of adolescent smoking acquisition: Measurement and sample profiles. *Addictive Behaviors*, 12, 319-329.
- Swift, W., Coffey, C., Carlin, J.B., Degenhardt, L. y Patton, G.C. (2008). Adolescent cannabis users at 24 years: trajectories to regular weekly use and dependence in young adulthood. *Addiction*, 103, 1361-1370.
- Sundram, S. (2006). Cannabis and neurodevelopment: implications for psychiatric disorders. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 21, 245-254.
- Suñer-Soler, R., Grau, A., Gras, M.E., Font-Mayolas, S., Silva, Y., Dávalus, A., Cruz, V., Rodrigo, J. y Serena, J. (2012). Smoking cessation 1 year poststroke and damage to the insular cortex. *Stroke*, 43, 131-136.
- Tang, S.M., Chen, C.H. y Chen, J.Y. (2009). Applying the transtheoretical model to tobacco prevention education in adolescence: a literature review. *Journal of Nursing*, 56 (2), 81-88.
- Tirado, R., Aguaded, J.I. y Marín, I. (2010). Patrones de consumo de drogas y ocupación del ocio en estudiantes universitarios. Sus efectos sobre el hábito de estudio. *Revista Española de Drogodependencias*, 35 (4), 467-480.
- Toral, N. y Slater, B. (2007). Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. *Ciência & Saúde Colectiva*, 12 (6), 1641-1650.

- Torrecilla, M., Ruano, R., Plaza, D., Hernández, M.A., Barrueco, M. y Alonso, A. (2004). Jóvenes y tabaco: prevalencia, patrón y actitud ante el consumo de tabaco. *Anales de pediatría*, 60 (5), 440-449.
- Tovar, J.R., Salazar, I.C., Varela, M.T. y Cáceres, D. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Universitas Psychologica*, 5 (3), 521-534.
- Trenz, R.C., Scherer, M., Harrell, P., Zur, J., Sinha, A. y Latimer, W. (2012). Early onset of drug and polysubstance use as predictors of injection drug use among adult drug users. *Addictive Behaviors*, 37, 367-372.
- Universidad Pública de Navarra (2007). *Estudio sobre salud, bienestar y calidad de vida de la comunidad universitaria. Informe de Síntesis*. (consulta 10 de diciembre, 2007). Recuperado el 27 de junio de 2012, de: http://www.unavarra.es/servicio/accion_social/pdf/sintesis_Investigacion_salud.pdf
- United States Department of Health and Human Services (USDHHS) (1994). *Preventing tobacco use among young people: A report of the surgeon general*. Washington, DC: USDHHS.
- Van Gaal, L., Rissanen, A., Scheen, A., Ziegler, O. y Rössner, S. (2006). Effects of the cannabinoid-1 receptor blocker rimonabant on weight reduction and cardiovascular risk factors in overweight patients: 1-year experience from the RIO-Europe study. *The Lancet*, 365, 1389-1397.
- Van Os, J., Bak, M., Hanssen, M., Bijl, R.V., de Graaf, R. y Verdoux, H. (2002). Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study. *American Journal of Epidemiology*, 156, 319-327.
- Varela, M.T., Salazar, I.C., Cáceres, D.E. y Tovar, J.F. (2007). Consumo de sustancias psicoactivas ilegales en jóvenes: factores psicosociales asociados. *Pensamiento Psicológico*, 3 (8), 31-45.

- Vega, A. (2008). Jóvenes, drogas y educación superior. En A.C. Rosales y M.E. González (Coord.). *Promoción de la salud en la universidad* (pp. 267-305). Santiago de Compostela: Tórculo Ediciones.
- Velasco, G., Galve-Roperh, I., Sánchez, C., Blázquez, C. y Guzmán, M. (2004). Hypothesis: cannabinoid therapy for the treatment of gliomas? *Neuropharmacology*, 47, 315-323.
- Velicer, W.F., DiClemente, C.C., Prochaska, J.O. y Brandenburg, N. (1985). Decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48 (5), 1279-1289.
- Velicer, W.F., Rossi, J.S., Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1996). A criterion measurement model for health behavior change. *Addictive Behaviors*, 21, 555-584.
- Velicer, W.F., Redding, C.A., Anatchkova, M.D., Fava, J.L. y Prochaska, J.O. (2007). Identifying cluster subtypes for the prevention of adolescent smoking acquisition. *Addictive Behaviors*, 32, 228-247.
- Verdejo-García, A. (2011). Efectos neuropsicológicos del consumo de cannabis. *Trastornos Adictivos*, 13 (3), 97-101.
- Verdoux, H., Gindre, C., Sorbara, F., Tournier, M. y Swendsen, J. (2002). Cannabis use and the expression of psychosis vulnerability in daily life. *European Psychiatry*, 17 (1), 180.
- de la Villa Moral, M., Ovejero, A., Sirvent, C., Rodríguez, F.J. y Pastor, J. (2009). Politoxic consumo en adolescentes y percepción del riesgo. *Infocoponline*, accesible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2563&cat=38
- Werch, C.E., Meers, B.W. y Farrell, J. (1993). Stages of drug use acquisition among college students: Implications for the prevention of drug use. *Journal of Drug Education*, 23, 375-386.

- Werch, C.E. y DiClemente, C.C. (1994). A multi-component stage model for matching drug prevention strategies and messages to youth stage of use. *Health Education Research*, 9, 37-46.
- Wittchen, H., Fröhlich, C., Behrendt, S., Günther, A., Rehm, J., Zimmermann, P., Lieb, R. y Perkonig, A. (2007). Cannabis use and cannabis use disorders and their relationship to mental disorders: A 10-year prospective-longitudinal community study in adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 88, 60-70.
- Wright, J.A., Velicer, W.F. y Prochaska, J.O. (2009). Testing the predictive power of the transtheoretical model of behavior change applied to dietary fat intake. *Health Education Research*, 24 (2), 224-236.
- Yalcinkaya-Alkar, O. y Karanci, A.N. (2007). What are the differences in decisional balance and self-efficacy between Turkish smokers in different stages of change? *Addictive Behaviors*, 32, 836-849.
- Young, R., Connor, J.P., Ricciardelli, L.A. y Saunders, J.B. (2006). The role of alcohol expectancy and drinking refusal self-efficacy beliefs in university student drinking. *Alcohol and Alcoholism*, 41 (1), 70-75.
- Zajicek, J., Fox, P., Sanders, H., Wright, D., Vickery, J., Nunn, A. y Thompson, A. (2003). Cannabinoids for treatment of spasticity and other symptoms related to multiple sclerosis (CAMS study): multicentre randomised placebo-controlled trial. *The Lancet*, 362, 1517- 1526.

ANEXOS

ANEXO 1: Cuestionario sobre consumo de drogas*



Tens a les mans un segon qüestionari sobre DROGUES. Ens INTERESSA MOLT saber què en penses sobre aquest tema.

ET GARANTIM QUE EN CAP CAS NINGÚ SABRÀ QUÈ HAS CONTESTAT. Per tant, CONCENTRA'T i contesta amb SINCERITAT.



LA TEVA SINCERITAT ÉS MOLT IMPORTANT!!!

MOLTES GRÀCIES PER LA TEVA COL·LABORACIÓ!!!



4 ÚLTIMES XIFRES DEL MÒBIL:.....

SEXE: Home
 Dona

EDAT:

FACULTAT:.....

*Para la elaboración de la presente tesis se han utilizado únicamente las respuestas relacionadas con el consumo de cannabis.

1. Segons el teu parer, quin **grau de perillositat** tenen les següents drogues? Fes una creu a la casella que correspongui.

	Molt perillosa	Bastant perillosa	Perillositat mitjana	Poc perillosa	Gens perillosa
Tabac					
Alcohol					
Cànnabis (haixix, marihuana, porros)					
Cocaïna					
Drogues de disseny (pastilles, èxtasi líquid, speed, popper)					

2. Potser has provat alguna d'aquestes substàncies. A continuació et suggerim diferents **opcions de consum**, anota al costat de cada substància el número que correspongui.

Opcions de consum:

1. No ho he provat mai i no tinc intenció de consumir en els propers 6 mesos.
2. No ho he provat mai, però tinc intenció de consumir en els propers 6 mesos.
3. No ho he provat mai, però tinc intenció de consumir en els propers 30 dies.
4. Ho he provat i no tinc intenció de consumir en els propers 6 mesos.
5. Ho he provat i tinc intenció de consumir en els propers 6 mesos.
6. Ho he provat i tinc intenció de consumir en els propers 30 dies.
7. En consumeixo, però no cada dia.
8. En consumeixo cada dia des de fa menys de 6 mesos.
9. En consumeixo cada dia des de fa més de 6 mesos.
10. En consumia però ho he deixat des de fa menys de 6 mesos.
11. En consumia però ho he deixat fa 6 mesos o més.

	NÚMERO D'OPCIÓ DE CONSUM
Tabac	
Alcohol	
Cànnabis (haixix, marihuana, porros)	
Cocaïna	
Drogues de disseny (pastilles, èxtasi líquid, speed, popper)	

3. En cas que el número d'opció de consum que has triat per a alguna de les substàncies anteriors sigui 7, 8 ó 9. Ens interessa saber **quina quantitat** vas prendre el **darrer dia de consum**.

TABAC:

- de 1 a 5 cigarretes
- de 6 a 10 cigarretes
- més de 10 cigarretes

ALCOHOL:

- copa de vi o cava (quina quantitat?.....)
- cerveses (quina quantitat?.....)
- xarrups ("xupitos") (quina quantitat?.....)
- copa de conyac o licors (quina quantitat?.....)
- combinats ("cubates") (quina quantitat?.....)

CÀNNABIS (haixix, marihuana, porros):

- de 1 a 5 porros
- de 6 a 10 porros
- més de 10 porros

Quan consumeixo cànnabis (haixix, marihuana, porros) la majoria de les vegades...

- els consumeixo jo sol
- els comparteixo

COCAÏNA:

Nº de "ratlles"

DROGUES DE DISSENY (pastilles, èxtasi líquid, speed, popper):

Quina o quines drogues?

Nº de dosis

ALTRES DROGUES: Anota el nom i la quantitat que vas prendre el darrer dia de consum.

.....

.....

4. Quina **edat** tenies quan vas provar per **primera vegada** les substàncies següents?

En cas que no les hagis provat deixa la casella en blanc.

Potser has consumit alguna altra droga que no s'inclou, anota el nom i diga'ns a quina edat la vas provar.

	EDAT PRIMER CONSUM
Tabac	
Alcohol	
Cànnabis (haixix, marihuana, porros)	
Cocaïna	
<i>Drogues de disseny (pastilles, èxtasi líquid, speed, popper)</i>	

5. És possible que actualment consumeixis de forma regular (opcions de consum 7, 8 ó 9) algun tipus de substància.

En aquest ocasió ens interessa saber quina **edat** tenies quan vas **començar a consumir de forma regular**.

	EDAT DE CONSUM REGULAR
Tabac	
Alcohol	
Cànnabis (haixix, marihuana, porros)	
Cocaïna	
<i>Drogues de disseny (pastilles, èxtasi líquid, speed, popper)</i>	

6. Sovint, **la primera vegada** que provem alguna substància ens trobem acompanyats d'altres persones. En cas que hagis provat alguna de les següents drogues, o d'altres (anota-les), **amb qui estaves?**

Fes una creu a la casella que correspongui.

	Estava sol	Estava amb amics	Estava amb familiars	Estava amb altra gent (amb qui?)
Tabac			
Alcohol			
Cànnabis (haixix, marihuana, porros)			
Cocaïna			
Drogues de disseny (pastilles, èxtasi líquid, speed, popper)			

7. A continuació ens agradarà saber si el teu **millor amic** pren alguna substància. El procediment és el mateix que el de la pregunta 2, et recordem les **opcions de consum**.

Opcions de consum:

1. No ho ha provat mai i no té intenció de consumir en els propers 6 mesos.
2. No ho ha provat mai, però té intenció de consumir en els propers 6 mesos.
3. No ho ha provat mai, però té intenció de consumir en els propers 30 dies.
4. Ho ha provat i no té intenció de consumir en els propers 6 mesos.
5. Ho ha provat i té intenció de consumir en els propers 6 mesos.
6. Ho ha provat i té intenció de consumir en els propers 30 dies.
7. En consumeix, però no cada dia.
8. En consumeix cada dia des de fa menys de 6 mesos.
9. En consumeix cada dia des de fa més de 6 mesos.
10. En consumia però ho ha deixat des de fa menys de 6 mesos.
11. En consumia però ho ha deixat fa 6 mesos o més.

	NÚMERO D'OPCIÓ DE CONSUM DEL TEU MILLOR AMIC
Tabac	
Alcohol	
Cànnabis (haixix, marihuana, porros)	
Cocaïna	
Drogues de disseny (pastilles, èxtasi líquid, speed, popper)	

Sol amb la persona que te n'ofereix

Davant dels teus amics

10. Coneixes alguna persona que hagi emmalaltit o mort com a conseqüència del consum de drogues?

- Sí.....Quina droga consumia?.....
 Quina malaltia o problema va patir?.....
 Quina relació tenia amb tu?.....
- No

11. Tan si en consumeixes com si no, a continuació et presentem un seguit de situacions en què et pots trobar **temptat** a consumir alguna droga.

Encercla el número corresponent, tenint en compte que:

1= No em sento gens temptat.

5= Em sento extremadament temptat.

Em sento temptat a consumir...	Tabac	Alcohol	Cànnabis	Cocaïna	Drogues de disseny
Quan estic parlant i relaxat.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Quan estic passant una bona estona.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Quan estic amb algú de la família que està consumint aquesta substància.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Quan em sento molt ansiós i estressat.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Quan les coses no surten com vull i em sento frustrat.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Quan necessito alguna cosa per superar un dia difícil.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Quan discuteixo amb la meva família.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Quan vull formar part del grup.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Quan estic de festa amb els amics.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Quan m'incomoda no consumir aquesta substància.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Quan vull saber quin gust té aquesta substància.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Quan vull saber quina sensació dóna consumir aquesta substància.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

12. A continuació et presentem possibles **beneficis i perjudicis del consum de drogues**. Què n'opines?

Encercla el número corresponent tenint en compte que:

1= Molt en desacord.
5= Molt d'acord.

Consumir...	Tabac	Alcohol	Cànnabis	Cocaïna	Drogues de disseny
Fa que les persones siguin més respectats pels altres.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Fa que les persones tinguin més amics.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Ajuda a la gent a afrontar millor les seves frustracions.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
És agradable.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Redueix la tensió.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Fa que les persones tinguin més cites.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Dóna mala olor.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Pot afectar la salut dels altres.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
És perillós per la pròpia salut.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Molesta als demés.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
És un hàbit brut.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Engrogeix les dents.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

ANEXO 2: Instrucciones previas a la administración del cuestionario

Buenos días/ Buenas tardes:

Desde el Instituto de Investigación sobre Calidad de Vida y el Departamento de Psicología de la Universidad de Girona estamos llevando a cabo una investigación sobre los adolescentes y jóvenes, y os venimos a pedir vuestra colaboración.

Queremos saber qué pensáis sobre algunas cuestiones relacionadas con el consumo de drogas. vuestras respuestas son importantísimas para poder realizar este trabajo, por lo cual os pedimos que contestéis cuidadosamente a cada una de las preguntas y que además lo hagáis con sinceridad.

Todos los cuestionarios son anónimos, por tanto no es necesario que escribáis vuestro nombre, pero os pedimos que pongáis el número de vuestro teléfono móvil o de vuestro e-mail, por si más adelante tenemos que contactar con vosotros. Toda la información que nos facilitéis es totalmente confidencial, es decir, nadie sabrá qué respuesta habéis dado.

También es muy importante que intentéis contestar SOLOS sin mirar la respuesta del compañero de al lado y en SILENCIO. Tenéis que pensar que es como si estuvierais contestando un examen, en otras palabras, es muy importante que cada uno dé sus propias respuestas.

Si tenéis cualquier duda en el momento de contestar una pregunta, levantad el brazo y vendremos a ayudaros.

Muchas gracias por vuestra colaboración.

ANEXO 3: Campañas mediáticas de prevención del consumo de drogas en España*

“¿Controlan las drogas tu vida?”

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito encabeza esta campaña internacional de concienciación sobre el gran problema que suponen las drogas para la sociedad en su conjunto, y especialmente para los jóvenes. El objetivo de la campaña es movilizar apoyos e inspirar a la población para que actúe contra el abuso y el tráfico de drogas. La campaña alienta a los jóvenes a cuidar ante todo su salud y no consumir drogas (PNSD, 2012).



“Cocaína, ¿se lo vas a dar todo?”

Campaña preventiva del consumo de drogas en general y en especial, del uso de cocaína dirigida a jóvenes de entre 14 y 25 años (PNSD, 2007).



*Se recoge únicamente las campañas mediáticas, de mayor alcance a la población general, y se excluye de esta recopilación aquellas campañas preventivas dirigidas exclusivamente al uso/abuso de alcohol.

“Drogas. Hay trenes que es mejor no coger”

Campaña de prevención del *consumo de cannabis y de cocaína* dirigida a la población en general, en especial a adolescentes de entre 12 y 18 años, a sus padres y/o tutores y educadores (PNSD, 2006).



“Drogas. ¿Te la vas a jugar?”

Campaña preventiva dirigida a la población juvenil para generar comportamientos saludables, incrementar la percepción de riesgo y el rechazo del consumo de sustancias (PNSD, 2005).



“Abre los ojos, las drogas pasan factura”

Iniciativa que pretende prevenir el consumo de sustancias tóxicas entre los jóvenes (PNSD, 2003).



“Piensa por ti. Sin dudas, sin drogas”

Con el objetivo de generar autoconfianza en los jóvenes se presenta esta campaña a fin de prevenir el consumo de drogas entre éstos (PNSD, 2002).



“Drogas: más información, menos riesgos. Pídelo y entérate”

Guía informativa para prevenir el uso de drogas entre los jóvenes (PNSD, 2001).



“Tú sabes cómo, controla”

Campaña de prevención del consumo de drogas entre los jóvenes (PNSD, 2000a).



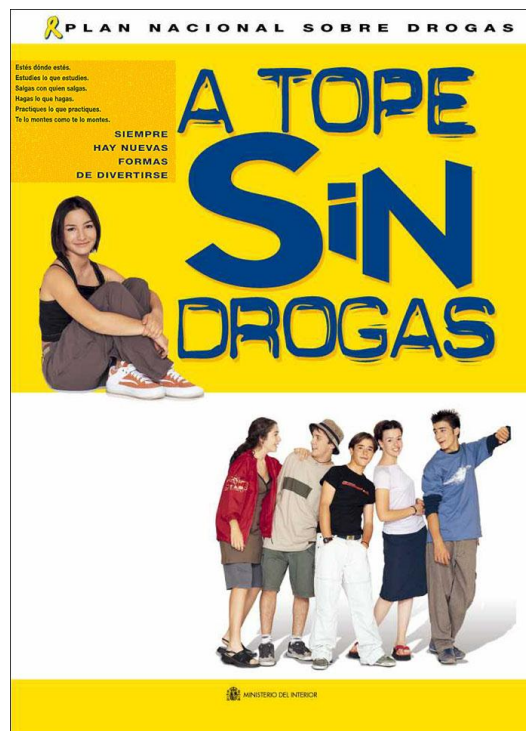
“¿Lo harías? Entérate, más información, menos riesgos”

Campaña de prevención del consumo de drogas basada en la información de las consecuencias del consumo y efectos nocivos para la salud, dirigida a adolescentes y jóvenes (PNSD, 2000b).



“A tope sin drogas”

Campaña de prevención del consumo de drogas basada en la búsqueda de actividades alternativas de ocio y dirigida a la población de jóvenes y adolescentes (PNSD, 1999).



“Funcionamos sin drogas”

Iniciativa que promueve actividades alternativas al consumo de sustancias de ocio y de relación con los demás (PNSD, 1998).

VIAJAMOS Nos mueve la amistad.
NOS ENROLLAMOS Buscamos comunicarnos.
SOÑAMOS Tenemos objetivos.
NOS LO MONTAMOS Nos va el deporte.
ALUCINAMOS Sabemos divertirnos.
SOMOS CREATIVOS Tenemos imaginación.

Los jóvenes somos así. Nos sentimos bien con nosotros mismos, con la familia y con nuestro grupo. Disfrutamos la vida a tope. No necesitamos nada más. Por eso funcionamos sin drogas.

FUNCIONAMOS SIN DROGAS

La mayoría de los jóvenes sabemos vivir. Y por eso **nos divertimos, nos relacionamos, nos ilusionamos, nos esforzamos y soñamos...** Por eso funcionamos en la **amistad**, en la **comunicación**, en el **deporte**. Funcionamos consiguiendo **metas**, con **imaginación** y **creatividad**. ¡Y todo ello sin la necesidad de tomar drogas!

LIBRES PARA TOMAR DECISIONES

La mayoría de los jóvenes somos capaces de tomar decisiones libres frente a la droga. Para conseguirlo. Nos valoramos como individuos. Exponemos nuestros propios criterios. No nos dejamos llevar por la presión de otros. Evitamos las situaciones de riesgo... Y por supuesto estamos abiertos al diálogo.

LAS DROGAS NO FUNCIONAN NOSOTROS SI.

SIN
 FUNCIONAMOS SIN DROGAS

“¿A que sabes divertirte sin drogas?”

Campaña de prevención del uso de sustancias en jóvenes que incide en la búsqueda de fuentes de diversión alternativas a las drogas (PNSD, 1997).

P l a n N a c i o n a l s o b r e D r o g a s

¿A que sabes divertirte Sin Drogas

Eliges lo que te va.
 Tienes muy claro lo que te gusta.
 Y lo que te conviene en cada momento.
 Para sentirte bien no necesitas nada más.

EVITA LAS DROGAS

MINISTERIO DEL INTERIOR

“Evita las drogas, dialoga con él”

Campaña de prevención del consumo de drogas dirigida a padres y tutores con el objetivo de fomentar el diálogo y el buen clima familiar (PNSD, 1996).

**“En la droga, mejor no te metas”**

Campaña de prevención del consumo de sustancias en jóvenes y adolescentes (PNSD, 1994).



“Se necesitan centros así”

Campaña preventiva del consumo de drogas dirigida a la población general y a los jóvenes, con el objetivo de fomentar la rehabilitación y desintoxicación de los usuarios de drogas (PNSD, 1991).

***“Para que no mires atrás”***

Campaña de prevención del consumo de drogas dirigida a la población general (PNSD, 1990).

