

INCIDENCIA DEL CONSUMO DE CANNABIS Y FACTORES DE RIESGOS EN EL ALUMNADO DEL GRADO DE TRABAJO SOCIAL

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Elsa de Armas Bermúdez, Ana Celia Pérez Toste y Belén Vilela Cañizares

Curso académico: 2018-2019

Fecha: junio 2019

Tutor/a del Trabajo de Fin de Grado: María Berta Puyol Lerga

Grado en Trabajo Social

Facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación. Departamento de Ciencias de la Información y Trabajo Social.

RESUMEN

En el presente Trabajo de Fin de Grado se realiza un estudio sobre la incidencia del consumo de cannabis y factores de riesgos en el alumnado del grado de Trabajo Social, a través del estudio cualitativo-descriptivo, visto que el cannabis es la droga ilícita de mayor consumo en España. Analizamos el uso y abuso de esta en los estudiantes de Trabajo Social de la Universidad de la Laguna y las consecuencias de su consumo.

Palabras claves

Cannabis, drogas, factores de riesgos, consumo, Trabajo Social.

ABSTRACT

In this Final Degree Project, a study carries out on the incidence of cannabis consumption and risk factors in the students of the Social Work degree, through the qualitative-descriptive study, given that cannabis is the illicit drug of higher consumption in Spain. We analyze the use and abuse of it in the Social Work students of the University of La Laguna and the consequences of its use.

Key words

Cannabis, drugs, risk factors, consumption, Social Work.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
1. ANTECEDENTES TEÓRICOS	6
1.1 DROGAS	6
1.1.1. Clasificación de las drogas.....	7
1.1.2. Conceptos Claves.....	8
1.1.3. Factores que influyen en el consumo de drogas.....	10
1.2. CARACTERÍSTICAS DE LAS SUSTANCIAS CANNÁBICAS	14
1.2.1. Cannabis y sus derivados.....	14
1.2.2. Historia.....	15
1.2.3. Efectos y consecuencias que produce en el organismo.....	17
1.2.4. Riesgos del consumo.....	19
1.2.5. Epidemiología del consumo	20
2. OBJETIVOS.....	23
2.1. OBJETIVOS GENERALES	23
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
3. MÉTODO.....	24
3.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES	24
3.2. VARIABLES	24
3.3. POBLACIÓN, PERIODO TEMPORAL Y ÁMBITO GEOGRÁFICO	25
3.4. TÉCNICA PARA LA RECOGIDA DE DATOS	25
3.5. TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS.	25
4. RESULTADOS.....	26
4.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO.	26
4.2. HISTORIA PERSONAL DEL CONSUMO DE CANNABIS.	27
4.3. NIVEL DEL CONSUMO DEL CANNABIS	30
4.4. FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL CONSUMO DEL CANNABIS	35
5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.....	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
ANEXO 1: Cuestionario sobre la incidencia del consumo del cannabis y sus factores de riesgo en el alumnado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna.....	55

INTRODUCCIÓN

En el siguiente documento se presenta un estudio sobre la incidencia del consumo de cannabis y los factores de riesgos en el alumnado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna.

Se ha estructurado en diferentes apartados, comenzando con un marco teórico que sintetiza la información obtenida a través de las diferentes fuentes consultadas. El trabajo continúa con el planteamiento del objetivo general y los objetivos específicos, seguido de la descripción del método. Se ha utilizado como instrumento un cuestionario que sirve para conseguir los datos de la investigación incluyendo las variables que se han observado y medido. Por otro lado, se observa la población objeto de estudio, las técnicas de recogida y de análisis de datos usadas. Finalizando con la presentación de los resultados obtenidos en la investigación, analizándolos y comparándolos con la Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España EDADES (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017), la cual, se ha tomado como referencia.

El cannabis sigue siendo la droga ilegal más consumida en Europa, el Informe del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2018) estima que el mercado minorista de drogas ilegales de la Unión Europea en el 2003 era de 24 mil millones de Euros, siendo el cannabis el mayor responsable de esta cantidad con un 38%, y el cual, supone más del 70% de las incautaciones en Europa, dato que revela la gran producción y consumo de esta sustancia. Tanto es así, que, en el 2015, el número de plantas aprehendidas en Europa fue de 11,5 millones y las cifras de prevalencia registradas en los últimos años en Europa delatan que 87,6 millones de adultos europeos, entre 15 y 64 años, es decir, el 26,3% han consumido cannabis en algún momento de su vida. De ellos, se calcula que 17,2 millones de adultos jóvenes de entre 15 y 34 años, (14,1%) consumieron cannabis en el último año, y de esta cifra, 9,8

millones se ubican en los 15 y 24 años (17,4%). Estos datos reflejan, que el consumo es mayor entre los más jóvenes. De hecho, en cuanto al consumo de cannabis entre la población estudiantil, el Proyecto de Encuestas Escolares sobre el Alcohol y otras Drogas (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2015), en su última encuesta revela que el consumo entre estudiantes de 15 a 16 años de 35 países miembros de la Unión Europea, de media, el 18% admitió haber probado el cannabis y el 8% manifiesta haberlo consumido en el último mes, tendencia que se ha mantenido estable desde que en 1995 comenzaron a realizar dicha encuesta. Esto se debe a que la percepción de sus riesgos es casi nula, según advierte Pueyo y Perales (2005, p.118) “diferentes encuestas revelan que una cuarta parte de los escolares españoles consideran que fumarse un canuto no entraña problema alguno”, atribuyéndolo a factores como la falta de información, el fácil acceso de la sustancia, su bajo coste y al hecho de que el consumo de cannabis se asocia con movimientos de protestas juveniles.

No obstante, su consumo no sólo se encuentra entre los adolescentes, sino que el cannabis es la droga ilegal de mayor consumo en todos los grupos generacionales, según datos aportados por el Informe del Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías (2018). Además, dicho informe delata que España es uno de los países que encabeza los primeros puestos en cuanto al consumo de esta sustancia, siendo un 29% de la población española la que la habría, al menos, probado alguna vez en su vida. Según la Encuesta EDADES (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017, p.78) “el cannabis es la droga ilegal con mayor prevalencia de consumo en España, en la población de 15 a 64 años, donde la media de inicio se encuentra en jóvenes de 18 a 24 años, mostrando a su vez que a medida que aumenta la edad, el consumo va mermando y determina que el momento de mayor consumo de esta sustancia se sitúa en los jóvenes de entre 15 a 24 años”, siendo este grupo etario, en

gran parte, la población objeto de estudio de esta investigación por ser donde se detectó el mayor índice de consumo, la cual resulta también de interés, por ser jóvenes que se encuentran en un proceso de aprendizaje el cual se puede ver afectado negativamente debido a que “el uso continuado del cannabis puede afectar a la atención, la memoria y a las habilidades cognitivas complejas como la resolución de problemas y la flexibilidad mental”. (Budney y Stanger, 2017, p.7)

1. ANTECEDENTES TEÓRICOS

En el contexto teórico se recoge aquellos apartados que se consideran relevantes para el desarrollo de esta investigación. De esta manera, se comienza por la definición y clasificación de las drogas, un breve itinerario histórico del cannabis, los derivados de la planta “cannabis sativa” hasta profundizar en los factores de riesgo y en el efecto que produce en el organismo de los y las jóvenes.

1.1 DROGAS

Para poder adentrarnos en el tema se debe comenzar señalando la definición de droga. La Real Academia Española (2019) recoge que es una “sustancia o preparado medicamentoso de efectos estimulantes, deprimentes, narcóticos o alucinógenos”. Por otro lado, NIDA (2018, p.2) lo define como un “compuesto químico o sustancia que puede alterar la estructura y función del cuerpo”. Pero, la más utilizada es la propuesta por la OMS (1969,s.r.f,Martín, 2009, p.19), que la explica como “toda sustancia que introducida en el organismo vivo, por cualquier vía, inhalación, ingestión, intramuscular o endovenosa, es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico; es decir, es capaz de cambiar la percepción, las

emociones, el juicio o el comportamiento de la persona y es susceptible de generar en el usuario o consumidor la necesidad de seguir consumiéndola.”

Pero, según Caudevilla (2006, p.2) la definición de la OMS no es correcta del todo ya que para él equivalente de este concepto sería mejor como “droga de abuso” siendo esta “sustancia de uso no medico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, en estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptibles de ser autoadministradas”. La gran diferencia que observa, es que , la persona elige por su propia elección consumir la sustancia y sus motivaciones son diferentes a curarse alguna enfermedad.

1.1.1. Clasificación de las drogas

Debido a la variedad de sustancias que existen, según cita IAFA (2015, p.3), se pueden clasificar por: “acorde a su origen, según los organismos judiciales y según su efecto sobre el SNC.”

Cuando se utiliza la categorización según su origen encontramos drogas naturales, semisintéticas y sintéticas. Tomando como referencia a Comba (2015, p.24) “las naturales se dividen según el origen de obtención, vegetal, animal o mineral. Las semisintéticas por su parte, se obtienen por síntesis parcial, es decir, por la modificación química de las drogas naturales. Y, por último, las drogas sintéticas son la fuente más importante en la actualidad, creadas totalmente de un modo artificial.”

Si se cataloga por drogas legales e ilegales tal y como lo establecen los organismos judiciales, las autoras y los autores Betancourt, Medina, García, López y Díaz (2001, p.2), entiende por drogas legales, “aquellas que tienen un reconocimiento legal y un uso normativo, a pesar de ser las que más problemas sociales” y por drogas ilegales “aquellas que su tráfico y consumo están sancionadas por la ley; son las que

más alarma social generan como consecuencia de los estereotipos con los que se correlacionan (delincuencia, marginalidad, prostitución, etc.)”

Y, por último, teniendo en cuenta la repercusión que tiene en nuestro Sistema Nervioso Central el consumo de drogas, pueden ser estimulantes debido a que, según Betancourt y otros (2001, p.2) “incrementan la actividad del SNC, incidiendo en la actividad física y psíquica de la persona”; depresoras que son aquellas “que disminuyen y bloquean la actividad normal del SNC” y perturbadoras ya que “modifican la función del SNC, provocando alucinaciones y precepciones distorsionadas de la realidad.”

A continuación, se puede visualizar la clasificación de Shuckit, basada en los efectos de la droga en la persona que se recoge en el siguiente cuadro:

CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS SEGÚN SHUCKIT (2000)	
Depresores del SNC	Alcohol, hipnóticos, algunos ansiolíticos
Estimulantes o	Anfetaminas, metilfenidato, todos los tipos de
Opiáceos	Heroína, morfina, metadona y casi todas las
Cannabinoides	Marihuana, hachís
Alucinógenos	Dietilamina de ácido lisérgico (LSD), mescalina,
Inhalantes	Aerosoles, sprays, colas, tolueno, gasolina,
Drogas para contrarrestar	Contienen: atropina, escopolamina, otros efectos
Otros	Fenciclidina (PCP o Polvo de ángel)

Fuente: Shuckit (2000, s.r.f Becoña, 2002, p.22)

1.1.2. Conceptos Claves

Teniendo en cuenta la investigación que se plantea se considera de gran importancia resaltar, en primer lugar, tres términos considerados como fundamentales: uso, abuso y dependencia.

Cuando se habla de “uso” de una droga según CFES-MILTD (2002, p.13) se entiende como un consumo que se realiza de manera puntual, es decir, en una situación específica como puede ser una festividad, por lo tanto, este hecho esporádico no suele

derivar en el aumento de dicha cantidad, ni suele desembocar en el consumo de otras sustancias estupefacientes, no obstante, también hay que tener en cuenta que su consumo aislado no exime de que puede acarrear efectos perjudiciales para la salud.

Riquelme (2015, p.7) define el “abuso” como “patrón de consumo desadaptativo con repercusión negativa en múltiples campos del funcionamiento del paciente. Se evidencia una carencia en el control del consumo y mantenimiento de la conducta a pesar de las consecuencias negativas”. Por otro lado, Naciones Unidas (2018) define este término dependiendo si el consumo es de riesgo o perjudicial. El de riesgo es aquel hábito de consumo que se realiza con imprudencia, ya que debido a su frecuencia puede aumentar las posibilidades de sufrir consecuencias negativas para el consumidor/a. Y, por consumo perjudicial, es aquella práctica en la que los efectos negativos influyen tanto de manera física o mental en la persona consumidora.

Becoña y Vázquez (2001, p.24) define la dependencia según CIE-10 como “un conjunto de manifestaciones fisiológicas comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ella, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuviera el valor más alto, [...], sugieren la existencia de dependencia física, que es el estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción para la administración de un antagonista específico. Y, psicológica, situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular o continua de la droga para poder producir placer o evitar malestar.”

Al igual que existe una diferente categorización para los dispares comportamientos, es importante, tener conocimiento sobre los distintos niveles de consumo ya que estos estarán relacionados con el tipo de consumidor. Cuando se habla

de los niveles existentes si se empieza de manera gradual el primero que se encuentra según cita CONACE (2007) es el de “no consumo”, en este nivel como su propio nombre indica se encuentra un consumidor que en su vida nunca ha probado ningún tipo de sustancia. A continuación estaría el nivel de “consumo experimental”, el consumidor ha probado alguna sustancia motivado por la curiosidad de saber que se siente al consumirla; el “consumo esporádico”, es aquel en el que la persona lo realiza ocasionalmente, estando éste relacionado con un consumo que no se suele prolongar más allá de los encuentros sociales, “consumo habitual”, es aquel que aparentemente no parece que tenga ningún tipo de problema relacionado con la droga y que tiene la creencia de que maneja la situación a pesar de que su consumo es diario; y por último en el “nivel de dependencia”, se encuentra el consumidor excesivo, no puede vivir sin la droga y le influye en todos los aspectos de su vida.

En el siguiente cuadro se sintetiza los conceptos anteriormente mencionados relacionándolos entre sí citados por CONACE (2007).

Comportamientos	Tipo de consumidor consumidor	Nivel de consumo
Uso	Experimental	Experimental
	Esporádico	Ocasional
Abuso	Habitual	Habitual
Dependencia	Excesivo	Dependencia

1.1.3. Factores que influyen en el consumo de drogas

Cuando se habla sobre el consumo de drogas, un elemento de vital importancia es conocer los motivos que han llevado a la persona a comenzar dicho consumo y la causa por el cual continúa haciéndolo con asiduidad. Por esa razón, los factores de riesgo son cruciales para poder llegar a entenderlo.

Estos factores de riesgo son según Clayton (1992, s.r.f Becoña, 2002, p.190) “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)”. En ellos, la socialización juega un papel primordial, según Becoña (2002), desde que la persona nace hasta que se muere, está en continua socialización y esto es lo que marcará si será una persona propensa a consumir dichas sustancias o no. Para ello, el ámbito que más determina a un individuo/o, es el familiar, debido a que es la etapa en la que la persona empieza el proceso relacional, aunque, se debe señalar su real importancia, no es el único condicionante en la vida de las personas. Becoña (2002) señala que, múltiples autores como son: Moncada (1997), Muñoz-Rivas (2000), Pollard (1999) han clasificado los factores de riesgos de manera muy similar, por ello, la siguiente tabla propuesta por CSAP, resume los dominios a los que la persona se expone y las diferentes situaciones que pueden propiciar dicho comportamiento, que se han ido recogiendo a lo largo del tiempo.

CLASIFICACIÓN DE LOS FACTORES SEGÚN CSAP (2001)	
DOMINIO	FACTORES DE RIESGO
Individual	Rebeldía. Amigos que se implican en conductas problemáticas. Actitudes favorables hacia la conducta problemática. Iniciación temprana en las conductas problemáticas. Relaciones negativas con los adultos. Propensión a buscar riesgos y a la impulsividad.
Iguales	Asociación con iguales delincuentes que consumen o valoran las sustancias peligrosas. Asociación con iguales que rechazan actividades de empleo y otras características de su edad. Susceptibilidad a la presión de los iguales negativa.
Familiar	Asociación con iguales delincuentes que consumen o valoran las sustancias peligrosas. Asociación con iguales que rechazan actividades de empleo y otras

	características de su edad. Susceptibilidad a la presión de los iguales negativa.
Escuela	Temprana y persistente conducta antisocial. Fracaso académico desde la escuela elemental. Bajo apego a la escuela.
Comunidad	Disponibilidad de drogas. Leyes y normas de la comunidad favorables al consumo de drogas. De privación económica y social externa. Transición y movilidad. Bajo apego al vecindario y desorganización comunitaria.
Sociedad	Empobrecimiento y discriminación. Desempleo y empleo precario y mensajes pro-uso de drogas en los medios de comunicación.

Fuente: CSAP (2001, s.r.f Becoña, 2002, p.253-254)

Pero no es la única clasificación que se suele utilizar para los factores de riesgos, Rubio y Santo-Domingo (2004, p.54) señala que “para poder diferenciarlos se deben dividir en función al inicio del consumo, el cual lo relaciona con hábitos sociales y culturales, es decir, la experimentación con las drogas, el inicio del coqueteo con algunas de las sustancias, el mantenimiento una vez que se empieza a consumir y los factores causales de la adicción, refiriéndose a la capacidad que tienen las sustancias en nuestro cerebro de producir respuestas en el cuerpo para poder obtener el consumo reiteradamente”.

Por ello y basándonos en lo propuesto por los autores Rubio y Santo-Domingo, el siguiente cuadro recoge de manera resumida los factores dependiendo de la etapa en la que el individuo se pueda encontrar:

CLASIFICACIÓN DE LOS FACTORES RUBIO y DOMINGO (2004)		
ETAPA	DOMINIO	FACTORES DE RIESGO
Experimentación con las drogas	Individuo	Crecimiento en entornos donde las drogas son algo habitual. Predisposición biológica para desarrollar adicción. Tolerancia conductual. Necesidad de pertenecer a un grupo.
Desarrollo de la adicción	Sustancia	Efectos deseados sobre el cuerpo. Síndrome de abstinencia. Vía de administración. Periodo de tiempo del consumo de drogas.
Adicción	Psicosocial	Subjetividad de los efectos que producen las drogas. Percepción social acerca de las sustancias.

Fuente: Rubio y Santo-Domingo (2004, p.54)

Según DGPNSD (2007, p.70-71) cuando se habla sobre los factores de riesgos se debe tener en cuenta:

- ❖ “La propia presencia de las drogas en el entorno, la capacidad que tiene el individuo para acceder y disponer de ella.
- ❖ La actitud que tiene la sociedad hacia las drogas, es decir, la aceptación y normalización de estas, favoreciendo la falsa percepción que se da de las drogas que no coincide con la realidad.
- ❖ Valores como pueden ser: vivir el momento y la búsqueda de placer, refiriéndose a que la persona quiere vivir el presente sin pensar en el futuro, no valorando el esfuerzo ni poniéndose metas.

- ❖ Consumo de drogas por parte de los padres: ausencia de habilidades educativas, situaciones de conflicto, ausencia de normas, etc.
- ❖ Adolescencia: búsqueda de uno/a mismo, las ganas de construir la propia personalidad, experimentar cosas nuevas, sentimiento de invulnerabilidad, necesidad de sentirse parte del grupo, presión del grupo y falta de habilidades para resistir las presiones, disponibilidad económica y búsqueda del placer sin más.”

1.2. CARACTERÍSTICAS DE LAS SUSTANCIAS CANNÁBICAS

Este apartado se centrará en el cannabis siendo esta sustancia psicoactiva el tema de análisis del trabajo de la investigación

1.2.1. Cannabis y sus derivados

CFES-MILDT (2002, p.30) indica que “el cannabis es una droga que se extrae de la planta cannabis sativa, con cuya resina, hojas, tallos y flores se elaboran las drogas ilegales más conocidas en España: el hachís y la marihuana.” Dentro de los diferentes principios activos que componen esta planta nos dice Infodrogas (2019) que sobresale el Tetrahidrocannabinol (THC) que es el cannabinoide psicoactivo del cannabis, siendo este componente químico el más conocido debido a la profundización de su estudio por ser el que tiene mayor potencia psicoactiva. Se puede encontrar diferentes proporciones de THC en los diferentes preparados que se elaboran a través de esta materia prima siendo estos: la marihuana, el hachís y el aceite de hachís.

Según Bobes, Casas y Gutiérrez (2003, p.356):

- ❖ **“Marihuana:** “constituida por las flores y hojas de la inflorescencia femenina desecadas, con un contenido de THC del 0,3 al 55%.”

- ❖ **Bhang:** constituida por la hoja y flores frescas, con un contenido entre el 0,3 y 2%.”
- ❖ **Hachís:** constituido por las hojas y flores femeninas pulverizadas y aglutinadas gracias a la resina que se encuentra en los pelos que recubren la epidermis de estas estructuras, con un contenido de THC del 4 al 10%.”
- ❖ **Aceite de hachís:** se obtiene a partir de los pelos glandulares de la planta femenina, con un contenido de THC del 50 al 65%.”

La forma más habitual de consumo tanto de la marihuana como del hachís según indica DGPNSD (2007, p.29) es liado como un cigarro de forma cónica, popularmente llamado porro, canuto, peta, etc. Debido a que los efectos deseados aparecen de manera casi inmediata, tal y como ocurre con el aceite de hachís que se consume a través de pipas o ingiriéndolo directamente. Sin embargo, cabe destacar, que de forma menos usual se pueden preparar alimentos o bebidas con esta sustancia obteniendo los efectos de manera más tardía pero más duradera, como es el caso del Bhang, que se toma en infusión.

1.2.2. Historia

Si nos remontamos al pasado, según cita Rubio y Santo-Domingo (2004), el cannabis es conocido desde hace miles de años, por sus cualidades psicoactivas y para usos medicinales en determinadas culturas. Su primera aparición surge en Asia central, apareciendo en la cultura china en el tercer milenio a.C. Los chinos descubrieron los beneficios de esta planta, para enfermedades de la epidermis y para la eliminación de parásitos intestinales. En otras culturas, también se utilizaba como parte de las actividades religiosas, como es el caso de los invasores arios de la India, que se establecieron en el Valle del Indo el 2000 a.C. En el caso de los indios, la planta fue

utilizada para numerosas cuestiones, por ejemplo: el asma, el cólera, como analgésico, etc. Desde la India paso a Persia, donde también se extendió rápidamente para usos medicinales. En el caso de los griegos y de los romanos, hubo un escaso uso de la planta para fines medicinales y según las descripciones del historiador Heródoto, acerca de la utilización de dicha planta, se vinculaba al uso de rituales funerarios. En el Mediterráneo era más popular la adormidera, por ser de esta región. En zonas de Oriente, debido a las limitaciones que ofrecía la obtención de alcohol, se utilizó como sustitutivo el cáñamo, que producía un efecto embriagador. En la Edad Media, la resina del cáñamo se hace particularmente famosa, por la existencia de una secta de musulmanes, ismaelitas, nizaríes fundada por Hasan ibn Sabbah, conocidos como “El Viejo de la Montaña”, los cuales drogaban a los jóvenes soldados que secuestraban con esta droga, para cuando se despertaran, se encontrasen en un lugar idílico y accedieran a ser sus sicarios a cambio de volver a experimentar dicho placer.

En Europa según Ramos y Fernández (2000) la llegada de la planta en el siglo XIX a diferencia de otros países estaba más relacionado al uso que se le daba para producir ropa, calzado, cuerdas... que, como medicamento, aun sabiendo de las propiedades médicas que se les atribuía. Aunque si es verdad que, en Francia debido a la influencia de los soldados de Napoleón y sus historias acerca de cómo tras haberla fumado o ingerido en alimentos habían estado en el paraíso, afirmación que provocó el aumento considerable del índice de consumo. Su introducción como medicamento, fue por O'Shaugnessy según Isorna (2017), que era un cirujano que la utilizaba en bajas dosis para curar dolencias, espasmos, asma. Debido a su popularidad farmacopea se facilitaba su obtención hasta el siglo XX, donde pasa a ilegalizarse debido a sus efectos negativos en el Sistema Nervioso Central.

A lo largo de los años Rubio y Santo-Domingo (2004) aportan que su consumo ha variado debido a las nuevas leyes estipuladas o simplemente por las preferencias del mercado, que ya desde hace mucho tiempo, se buscan sustancias más estimulantes, que embriagadoras. Las mayores restricciones al tráfico han determinado un incremento de la producción en el ámbito doméstico, haciéndose un hueco en sectores sociales más diversos y menos condicionados por las subculturas o núcleos marginales. En la actualidad, encontramos en CFES-MILDT (2002), que se siguen reconociendo sus cualidades terapéuticas para aliviar los dolores, y en algunos países está legalizada su prescripción para algunas enfermedades como pueden ser el cáncer, el sida, trastornos alimentarios, etc.

1.2.3. Efectos y consecuencias que produce en el organismo

Cuando una persona decide consumir cualquier derivado cannábico, dependiendo de la manera de su consumo, afectará a su organismo de diferentes formas en función según CFES-MILDT (2002, p.32) de las “características del individuo, la cantidad consumida y la composición del producto”.

Una vez consumida la sustancia, según señala DGPNSD (2007, p.30), lo primero que se activa es el sistema endógeno debido a que el cannabis estimula la liberación de dopamina y cannabinoides endógenos en áreas específicas del cerebro, alterando su funcionamiento.

Este sistema endógeno del cuerpo tiene funciones que afectan al comportamiento, al aprendizaje, a la gratificación, a la ingesta de comida, al dolor, a las emociones, etc. Por lo cual, cuando se consume cannabis se alteran estas funciones. En dosis pequeñas el efecto es placentero, mientras que en dosis mayores pueden crear cuadros de ansiedad.

Cuando una persona fuma cannabis según el NIDA (2017), “el THC pasa rápidamente de los pulmones a la corriente sanguínea. La sangre transporta entonces la sustancia química al cerebro y a otros órganos del cuerpo. Si la persona ingiere o bebe el THC el organismo lo absorbe más lentamente. En este caso, los efectos se sienten por lo general entre 30 y 60 minutos después de consumir la droga.”

Su consumición, tanto esporádica como habitual, señala DGPNSD (2007, p.32) “trae consigo una serie de consecuencias, tanto a nivel orgánico como psicológicos”, según las cuales se dividirán en tres puntos siguiendo la tabla propuesta por las Naciones Unidas (2018, p.6) que son:

- ❖ Los efectos deseados: “la sensación de bienestar, euforia, hilaridad, relajación y aumento de la experiencia sensorial, es decir, agudización del olfato, gusto y oído.”
- ❖ Los efectos a corto plazo o efectos agudos: “es un aumento de la frecuencia cardíaca, enrojecimiento de los ojos, posible afectación al desarrollo cognitivo (aprendizaje) incluyendo los procesos asociativos, la memoria a corto plazo, la concentración y el razonamiento lógico, la limitación de las funciones psicomotoras (coordinación motora, tareas complejas). También es posible sufrir ansiedad, pánico, paranoia o psicosis aguda y distorsionamiento de la percepción de los sonidos, colores y otras sensaciones. A medida que estos posibles efectos disminuyen, se puede entrar en un estado de inquietud, reflexión, depresión o somnolencia.”

1.2.4. Riesgos del consumo

Cuando la persona realiza un abuso del cannabis los efectos a largo plazo que se dan son : físicos, psicológicos y sociales .

Los efectos físicos que presenta la persona consumidora según las Naciones Unidas (2018, p.6) son: “cáncer de pulmón, bronquitis aguda y crónica, inflamación pulmonar, deterioro de los mecanismos de defensa del pulmón, y otras enfermedades pulmonares.”

Los daños psicológicos que puede mostrar el individuo según Infodrogas (2019) son : enfermedades relacionadas con la salud mental como pueden ser depresión, esquizofrenia, trastornos psicóticos que se caracteriza por la presencia de ideas delirantes... Pudiendo tener como consecuencia el suicidio.

Las complicaciones sociales identificadas por DGPNSD (2007, p.33) son: “abandono del grupo de amigos no consumidores, desinterés por actividades que no tengan relación directa con el consumo, preocupación para disponer de cannabis, problemas de rendimiento escolar o laboral, irritabilidad, agresividad y nerviosismo.”

De todos los efectos mencionados con anterioridad según DGPNSD (2007, p.34) se debe tener especial cuidado con aquellos que estén relacionados con:

- ❖ “El rendimiento escolar, debido a que el consumo de cannabis provoca cambios neurológicos en el cerebro que está aún en formación en el caso de las jóvenes y los jóvenes, y afecta de manera directa a su aprendizaje dificultando la concentración pudiendo tener como consecuencia el abandono escolar.
- ❖ Con los efectos sobre la conducción de un vehículo, porque su consumo dificulta la ejecución de tareas que exigen coordinación y ejecución.
- ❖ Con personas que tienen o han tenido enfermedades relacionadas con pulmones, el corazón o la mente, serán más propensos y sensibles a experimentar las

consecuencias negativas que trae consigo la consumición de la marihuana, hachís, aceite de hachís o bhang.

- ❖ Con los efectos en el embarazo y la lactancia ya que podría ser perjudicial para el desarrollo del feto, aumentar el riesgo de que nazca con poco peso y producir alteraciones en las funciones mentales de la niña o del niño.”

1.2.5. Epidemiología del consumo

En este apartado, se recoge en primer lugar, los datos en cuanto al consumo del cannabis en Europa en el 2017, aportados por el Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías (2017, p.43), el cual sintetiza el contexto actual de las drogas en todos los países miembros de la Unión Europea.

Dicho informe nos revela que “el cannabis es la droga ilegal más consumida en todos los grupos de edad” esta afirmación viene dada por el alto porcentaje de población europea que consume esta sustancia debido a que estima que: “87,7 millones de europeos adultos (de 15 a 64 años) (el 26,3 % de este grupo de edad) han consumido cannabis en algún momento de su vida. De ellos, se calcula que 17,1 millones de europeos jóvenes (de 15 a 34 años) (el 13,9 % de este grupo de edad) consumieron cannabis en el último año, de ellos 10 millones entre 15 y 24 años (17,7 %). Entre los jóvenes de 15 a 34 años, las tasas de prevalencia durante el último año oscilan entre el 3,3 % en Rumanía y el 22 % en Francia.” (Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías, 2017, p.15)

En cuanto a las cifras de consumidores habituales, que ya presentan un problema de adicción por el frecuente consumo, el Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías (2017, p.45) nos alerta de que se calcula que: "el 1 % de los adultos europeos consumen cannabis a diario o casi a diario, es decir, que han consumido la

droga 20 o más días al mes. Aproximadamente el 30 % de ellos son consumidores mayores, de 15 a 64 años, y más de tres cuartas partes son hombres.” Además, es sabido que en la última década el número de personas que solicitan tratamiento por esta adicción ha ido en aumento, ya que los datos aportados por dicho informe es que en el año 2006 se trataban de esta dependencia a 43.000 personas y la cifra en el 2015 ascendió a 76.000, para lo que como respuesta se pueden encontrar diversas causas, como es el hecho de que predomine un consumo mayor en la sociedad actual, que se hayan disparado el número de consumidores frecuentes o que se hayan incrementado medidas socio-sanitarias para erradicar dicha problemática.

En España y tomando como referencia El Plan Nacional de Drogas (2016, s.r.f. DGPNSD, 2017), los datos epidemiológicos indican un aumento considerable del consumo de cannabis, donde despuntan sobre todo las cifras dentro de la población juvenil. Como consecuencia de esta realidad se ha despertado un aumento de la preocupación tanto a nivel social como sanitario, teniendo la creencia de que la experimentación con el cannabis se da cada vez en edades más tempranas debido a la inexistencia de percepción de peligro relacionado con su uso y por poder adquirirlo en nuestro país sin mucho esfuerzo, a pesar de que según Isorna y Saavedra (2012, p.257): La Organización Mundial de la Salud advierte que “el consumo del cannabis es peligroso física, mental y socialmente”.

Para obtener resultados exhaustivos del consumo del cannabis en España, este trabajo se apoyará en el estudio recogido en el Informe 2017 de Alcohol, tabaco y otras Drogas ilegales en España del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones donde se utiliza como referencia la encuesta sobre EDADES (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social 2017). En él se puede ver que coincidiendo con Europa, vuelve a ser el cannabis la droga ilegal que más prevalece, proyectándose en aumento su

uso, llegando a registrar un porcentaje alto de personas que lo han consumido alguna vez, un 31,5%, de los cuales según la encuesta tomando como variante la edad, este consumo obtiene un mayor porcentaje en la población joven encuestada, donde el 38,8% de las personas en edades comprendidas de 15 a 34 años admiten, al menos, haber probado esta sustancia siendo en su mayoría hombres (13,3%), los que en el último año la han consumido, frente a un 5,6% de las mujeres.

Además, también se indica que el cannabis es la droga ilegal que comienza a consumirse antes, sin haber previamente consumido otras sustancias ilegales, han comenzado a consumir el cannabis en periodos concretos. Las personas que han consumido cannabis alguna vez lo prueban a una edad de 18,4 años de media. Otro dato relevante es que el porcentaje es más elevado cuando se pregunta a las personas que han participado en la investigación si han consumido en los último 12 meses, un 11% reconoce que lo ha hecho y este porcentaje va disminuyendo cuando se les pregunta en los últimos 30 días que representan el 9,1% de la población, hasta llegar al 2,1% que son los que admiten tener un consumo diario de dicha sustancia.

En el último año, 159.000 personas lo empezaron a consumir, de los cuales 98.000 eran hombres y 61.000 mujeres. Del cómputo total y como anteriormente está mencionado en porcentajes, la población joven de edades comprendidas entre 15-24 años asciende a 123.000 personas, es decir, 2 de cada 10 consumieron cannabis en los últimos doce meses. En el intervalo de edad de 25 a 34 años, desciende a 1,5 de cada 10 personas, de 35 a 44,1 de cada 10 y continúa disminuyendo hasta 1 de cada 20 personas a partir de los 44 años.

En Canarias según señala EDADES (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2015, p.11) “1 de cada tres personas ha consumido cannabis en alguna ocasión”, representando un 33,8% de la población en la comunidad autónoma, este

porcentaje es inferior al resultado que se obtiene a nivel nacional que es de un 34,3% en el año 2011.

En relación con el objeto de estudio que es alumnado de Trabajo Social de La Laguna, según los datos obtenidos de Pérez (2015), se observa que el 60% de la población estudiada declara haber consumido cannabis una vez en su vida. La edad media con mayor rango del inicio de esta sustancia es entre los 17 y 19 años. Un dato característico para señalar es que solo el 1,3% de la población de objeto de estudio ha fumado cannabis en los últimos 30 días y, un 3% más de 150 días al año.

2. OBJETIVOS

A continuación, se encuentran los objetivos de este trabajo de investigación, dividiéndolos: general y específicos.

2.1. OBJETIVOS GENERALES

Conocer la incidencia de consumo del cannabis y los factores de riesgo en el alumnado del Grado de Trabajo Social de La Universidad de La Laguna.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la frecuencia del consumo del cannabis en las personas objeto de estudio.
- Indicar la cantidad de cannabis que se consume entre las y los jóvenes que estudian el Grado de Trabajo Social en la Universidad de La Laguna.
- Diferenciar el consumo en función a la edad y sexo de las y los participantes.
- Analizar la relación existente entre el entorno y el consumo de cannabis.
- Determinar los factores de riesgo que derivan en el consumo de cannabis.

- Establecer si la aceptación social es un motivo que deriva a consumir cannabis.
- Identificar el grado de acceso y disponibilidad a la sustancia.

3. MÉTODO

A continuación, se detallará la metodología que se utiliza en el siguiente trabajo de investigación. Este se constituye en diferentes apartados que son: características generales, variables, la población objeto de estudio, periodo temporal y ámbito geográfico, técnica de recogida y análisis de datos.

3.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES

En el siguiente estudio de investigación de tipo cuantitativo-descriptivo, se ha elaborado un cuestionario destinado al alumnado del Grado de Trabajo Social, que ha servido para la recogida de los datos, los cuales se han analizado y plasmado en dicho documento.

3.2. VARIABLES

- ❖ Sexo.
- ❖ Edad.
- ❖ Frecuencia de consumo.
- ❖ Entorno.
- ❖ Lugar de residencia.
- ❖ Razones y motivos que influyen en el consumo.
- ❖ Relaciones personales.

3.3. POBLACIÓN, PERIODO TEMPORAL Y ÁMBITO GEOGRÁFICO

La población objeto de estudio es el alumnado de Trabajo Social. De los cuatro cursos que conforman dicho grado contestaron al cuestionario que se realizó en la primera semana de mayo 140 personas en total, de las cuales 117 son mujeres y 23 hombres, en edades comprendidas entre 18 y 30 años.

3.4. TÉCNICA PARA LA RECOGIDA DE DATOS

Para la recogida de datos, se utilizó la herramienta del cuestionario, el cual se denominó “Cuestionario sobre la incidencia del consumo de cannabis y sus factores de riesgo en el alumnado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna”, donde se ha hecho una adaptación del cuestionario de EDADES (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017) seleccionando aquellos apartados donde hacen mención del cannabis. Dicho cuestionario se compuso de varias preguntas, las cuales fueron estructuradas en cuatro bloques. El bloque “A” está compuesto por los datos sociodemográficos de la personas. El bloque “B” por la historia personal del consumo de cannabis, en el cual hay preguntas cerradas, es decir, en el que se les dio una serie de opciones, así como preguntas abiertas, en las cuales tuvieron la libertad para escribir lo que consideraron. El bloque “C” constó del nivel del consumo del cannabis, al igual que el anterior bloque tiene tanto preguntas cerradas como abiertas. Y, el bloque “D” indaga en los factores de riesgo. Este documento se puede encontrar en el anexo uno.

3.5. TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS.

Para el análisis de los datos se sintetizaron los resultados creando unas tablas en el programa Microsoft Excel, debido a que se trata de una investigación cuantitativa-

descriptiva y según Van Dalen y Meyer (2006), es posible la medición de diferentes elementos, unidades y categorías identificables.

4. RESULTADOS

A continuación, se expone los resultados obtenidos de la investigación siguiendo la misma estructura metodológica del cuestionario que se ha utilizado y explicado en el apartado anterior.

4.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO.

A continuación, se muestra una tabla donde se recogen las características sociodemográficas del alumnado de Trabajo Social que ha participado en la investigación.

Tabla1: Distribución de la muestra de la población de 18 a 33 años de la encuesta según, sexo, edad, curso, estado civil y laboral.

Características del alumnado		f	%
Sexo	Mujer	117	83,57
	Hombre	23	16,43
	Total	140	100
Edad	18 a 21 años	77	55,00
	22 a 25 años	46	32,86
	26 a 29 años	15	10,71
	30 a 33 años	2	1,43
	Total	140	100
Curso	Primero	29	20,71
	Segundo	29	20,71
	Tercero	39	27,86
	Cuarto	43	30,71
	Total	140	100
Estado civil	Soltera/o	140	100
	Casada/o	-	-
	Divorciada/o	-	-
	Viuda/o	-	-
	Total	140	100
Estado laboral	Empleada/o	22	15,71
	Desempleada/o	84	60,00

	Parada/o que ha trabajado antes	17	12,14
	Parada/o en búsqueda activa de empleo	17	12,14
	Incapacitada/o	-	-
	Total	140	100

Teniendo en cuenta las 140 personas investigadas y atendiendo al sexo de estas se puede ver claramente como existe una gran diferencia entre los hombres (16,43%) frente a las mujeres que son un (83,57%). En la relación al curso se puede observar que la participación no es la misma en cada uno de ellos, donde el mínimo con un 20,71% corresponde tanto a primero como a segundo y el máximo es cuarto con un 30,71%. Siendo una población universitaria no sorprende que la mayoría de la población objeto de estudio tenga edades comprendidas entre 18 y 21 años (55%), que el estado civil sea soltero/a (100%) y que la mayoría esté desempleada (84,28%).

4.2.HISTORIA PERSONAL DEL CONSUMO DE CANNABIS.

A continuación, se muestran los resultados obtenidos de la historia personal del consumo de cannabis de las personas que han cumplimentado el cuestionario.

Tabla 2: Prevalencia de consumo de cannabis alguna vez en la vida de las personas que han participado en la investigación, según el sexo.

Consumo de cannabis alguna vez.	Sexo					
	Mujeres		Hombres		Total	
	f	%	f	%	f	%
Si	82	70,09	16	69,57	98	70,00
No	35	29,91	7	30,43	42	30,00
Total	117	100	23	100	140	100

Del total de personas que han participado en la investigación, la mayor parte de ellas con un 70%, han probado cannabis alguna vez en la vida frente al 30% que niega su experimentación con el cannabis. La variable sexo no aporta diferencias significativas, tanto los hombres como las mujeres presentan porcentajes similares.

Tabla 3: Edad media de inicio en el consumo del cannabis en las personas que han participado en la investigación, según el sexo.

Sexo	Edad del primer consumo											
	[13-16)		[16-19)		[19-22)		[23-26)		[26-29)		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Mujeres	17	20,73	44	53,66	19	23,17	1	1,22	1	1,22	82	100
Hombres	2	12,50	10	62,50	3	18,75	1	6,25	-	-	16	100
Total	19	19,39	54	55,10	22	22,45	2	2,04	2,04	1,02	98	100

El intervalo más frecuente de inicio de consumo de cannabis se encuentra en el intervalo de edad de 16 a 19 años con un 55,10 % del total, coincidiendo tanto en mujeres como en hombres (el 53,66% y el 62,5% respectivamente).

Tabla 4: Prevalencia de consumo de cannabis en la primera experiencia de las personas que han participado en la investigación, según el sexo.

Sexo	La primera experiencia									
	Marihuana		Hachís		Otro		NS/NC		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Mujeres	44	53,66	30	36,59	-	-	8	9,76	82	100
Hombres	7	43,75	8	50,00	-	-	1	6,25	16	100
Global	51	52,04	38	38,78	-	-	9	9,18	98	100

En cuanto a la sustancia probada por primera vez, se puede observar como en el cómputo total consumieron preferentemente la marihuana (52,04%). En caso de las mujeres sigue sobresaliendo dicha sustancia con un 53,66% y, en el caso de los hombres, el hachís con un 50%.

Tabla 5: Lugar de consumo de cannabis en la primera experiencia de las personas que han participado en la investigación, según el sexo.

Lugar elegido por primera vez	Sexo					
	Mujeres		Hombres		Total	
	f	%	f	%	f	%
Calle	12	14,63	2	12,50	14	14,29
Casa	8	9,76	3	18,75	11	11,22
Casa de un/a amigo/a	10	12,20	1	6,25	11	11,22
Fiesta	26	31,71	3	18,75	29	29,59
Instituto	1	1,22	1	6,25	2	2,04
Parque	5	6,10	1	6,25	6	6,12
Playa	4	4,88	1	6,25	5	5,10
Plaza	8	9,76	3	18,75	11	11,22
Por fuera de clase	1	1,22	-	-	1	1,02
Residencia	2	2,44	-	-	2	2,04
Vacaciones	1	1,22	-	-	1	1,02
NS/NC	4	4,88	1	6,25	5	5,10

Total	82	100	16	100	98	100
-------	----	-----	----	-----	----	-----

Como se puede ver en la tabla el lugar elegido donde se prueba el cannabis por primera vez fue “de fiesta” con un 29,59%, seguido por “la calle” con un 14,29%. La variable sexo no difiere en cuanto al lugar ya que tanto, mujeres como hombres, eligen realizarlo en un contexto festivo, con un 31,71% y 18,75% respectivamente, con la diferencia que ellos lo realizan en su casa con el mismo porcentaje. Y, como segunda opción, el escenario que eligieron fue en la calle, las chicas con un 14,63% y los chicos 12,50% de los cuales la mitad (6,25%) eligieron hacerlo en un barranco.

Tabla 6: Personas que han participado en la investigación según la compañía con la que se encontraban en la primera experiencia del consumo de cannabis, según el sexo.

Persona con la que consumió	Sexo					
	Mujeres		Hombres		Total	
	f	%	f	%	f	%
Amigas/os	74	90,24	12	75	86	87,76
Compañeras/os de clase	-	-	2	12,50	2	2,04
Familia	2	2,44	-	-	2	2,04
Hermano	-	-	1	6,25	1	1,02
Padres	1	1,22	-	-	1	1,02
Pareja	3	3,66	1	6,25	4	4,08
Sola/o	1	1,22	-	-	1	1,02
NS/NC	1	1,22	-	-	1	1,02
Total	82	100	16	100	98	100

De las personas que realizaron la investigación, la compañía que prevalece fue la de “amigas/os” para probar por primera vez el cannabis con un 87,76%. Si se observa por sexos, en las mujeres un 90,24% con amistades, seguido de un 3,66% con pareja. Y, en los hombres, un 75% con amigas/os, y un 12,50% con compañeras/os de clase.

Tabla 7: Motivos de las personas que han participado en la investigación a consumir cannabis por primera vez, según el curso.

Motivo	Sexo					
	Mujeres		Hombres		Total	
	f	%	f	%	f	%
Quería saber que se sentía	70	85,37	12	75	82	83,67
Como mis amigas/os lo hacían yo también lo quería hacer	5	6,10	-	-	5	5,10

Para sentirme parte del grupo	1	1,22	2	12,50	3	3,06
Porque es algo habitual en mi casa	1	1,22	-	-	1	1,02
Otros motivos	5	6,10	2	12,50	7	7,14
Total	82	100	16	100	98	100

En todos los cursos el motivo principal fue “quería saber que se sentía” con un 83,67%. Independientemente del sexo, nos encontramos con que el motivo que los llevó a probar el cannabis por primera vez al igual que el total, fue “quería saber lo que se sentía” (85,37% y 75% respectivamente). Por otro lado, la pregunta daba la posibilidad de poder dar más opciones de las entregadas, de las cuales destacan que una de las mayores motivaciones para probarlo fue “para no pensar” y “porque era su cumpleaños y quería darse un homenaje” por lo tanto, el uso que estas personas le dieron fue para desinhibirse. Además, aun dando la posibilidad en las opciones de que la razón fuera “para sentirme parte del grupo” que fue un 12,50% en los hombres, la población objeto de estudio volvió a recalcar en la pregunta abierta la influencia que tiene las amistades y la necesidad de las personas de ser aceptadas socialmente con respuestas como: “porque me ofreció un amigo” y “por querer encajar en un grupo”.

4.3. NIVEL DEL CONSUMO DEL CANNABIS

En el siguiente apartado de mostrarán todas las tablas que tienen relación con el nivel del consumo del cannabis por las personas que han participado en la investigación.

Tabla 8: Prevalencia de consumo de drogas del alumnado de Trabajo Social que han participado en la investigación en los últimos 30 días según el sexo.

Días	Últimos 30 días					
	Mujeres		Hombres		Total	
	f	%	f	%	f	%
Entre 1-3 días	8	6,84	3	13,04	11	7,86%
Entre 4-9 días	-	-	2	8,70	2	1,43%
Entre 10-19 días	7	5,98	1	4,35	8	5,71%
Entre 20-29 días	2	1,71	-	-	2	1,43%
30 días	3	2,56	1	4,35	4	2,86%
No lo he consumido en los últimos 30 días	62	52,99	9	39,13	71	50,71%

Nunca he consumido	35	29,91	7	30,43	42	30,00%
Total	117	100	23	100	140	100

En la anterior tabla se muestra cómo la mayoría de la población universitaria investigada no ha consumido cannabis en los últimos 30 días (80,71%), correspondiendo este resultado con la diferenciación por sexos, siendo en las mujeres un 82,9% y en los hombres un 69,56%. Por otro lado, aquellas personas que sí han consumido cannabis en este periodo se pueden observar cómo en ambos sexos prevalece el consumo entre 1-3 días con un 6,84% ellas y un 13,04% ellos, coincidiendo nuevamente con el total de las personas que participaron en la investigación (7,86%).

Tabla 9: Características del consumo de cannabis en las personas investigadas que han consumido cannabis en los 30 días, según el sexo.

Características del consumo		Sexo					
		Mujer		Hombre		Total	
		f	%	f	%	f	%
Consumo en 30 días	Principalmente marihuana	8	6,84	5	21,74	13	9,29
	Principalmente hachís	8	6,84	1	4,35	9	6,43
	De los dos tipos	4	3,42	1	4,35	5	3,57
	No he consumido	62	52,99	9	39,13	71	50,71
	Nunca he consumido	35	29,91	7	30,43	42	30,00
	Total	117	100	23	100	140	100
Consumo con tabaco	Si	18	15,38	4	17,39	22	15,71
	No	2	1,71	3	13,04	5	3,57
	No he consumido	62	52,99	9	39,13	71	50,71
	Nunca he consumido	35	29,91	7	30,43	42	30,00
	Total	117	100	23	100	140	100
Media de porros consumidos al día		0,23		0,48		0,27	

La característica principal que resalta en la tabla de manera general es que el 80,71% del alumnado que han participado en la investigación no han consumido en este periodo de tiempo y del 19,29% que si han consumido lo han hecho principalmente con marihuana. Estos datos son muy semejantes con la variable sexo femenina, es decir, el 82,90% de las mujeres no han consumido y el 17,10% lo ha hecho con marihuana, aunque cabe destacar que el 8,55% con el hachís. Por otro lado, el 69,56% de los

hombres no ha consumido, y, el, 30,44% lo ha realizado con marihuana. Y, otro rasgo a destacar es el hecho de que predomina consumir la sustancia mezclándola con tabaco un 15,71% del total y la media de consumo diario de porros no llega a un porro diario. La variable sexo no aporta una diferencia significativa, es decir tanto las mujeres como los hombres presentan porcentajes similares.

Tabla 10: Prevalencia de consumo de drogas de las personas que han participado en la investigación según el sexo.

Días	Últimos 12 meses					
	Mujeres		Hombres		Total	
	f	%	f	%	f	%
Entre 1-3	19	16,24	5	21,74	24	17,14
Entre 4-9	3	2,56	1	4,35	4	2,86
Entre 10-19	2	1,71	0	-	2	1,43
Entre 20-29	3	2,56	1	4,35	4	2,86
Entre 30-150	4	3,42	2	8,70	6	4,29
Más de 150	9	7,69	1	4,35	10	7,14
No he consumido en 12 meses	42	35,90	6	26,09	48	34,29
Nunca he consumido	35	29,91	7	30,43	42	30,00
Total	117	100	23	100	140	100

Durante los últimos 12 meses sobresale el porcentaje de 64,24% que corresponde a aquellas personas investigadas que no han consumido en el último año, frente a un 28,57% que si lo ha realizado preferentemente ente 1 y 3 días (17,14%). En relación con el sexo, los porcentajes son similares, tanto en las mujeres como en los hombres el porcentaje mayoritario no ha consumido (65,81% y 56,52% respectivamente). Y aquellas personas que consumen en este intervalo de tiempo la opción que sigue sobresaliendo es entre 1 y 3 días al año con un 16,24% en las chicas y un 21,74% en los chicos. Otra diferencia significativa en relación con el consumo es que los hombres consumen más entre 30 y 150 días (8,70%), y las mujeres más de 150 días (7,69%).

Tabla 11: Cuestiones relacionadas con el consumo de cannabis durante los últimos 12 meses por las personas investigadas, según el sexo.

Consumo			Grado de frecuencia					Total
			Nunca	Raramente	De vez en cuando	Bastante a menudo	Muy a menudo	
Antes del mediodía	Mujeres	f	21	11	5	3	-	40
		%	52,50	27,50	12,50	7,50	-	100
	Hombres	f	6	3	1	0	0	10
		%	60,00	30,00	10,00	-	-	100
	Total	f	27	14	6	3	-	50
		%	54,00	28,00	12,00	6,00	-	100
Estando solo	Mujeres	f	23	11	2	2	2	40
		%	57,50	27,50	5,00	5,00	5,00	100
	Hombres	f	6	2	-	-	2	10
		%	60,00	20,00	-	-	20,00	100
	Total	f	29	13	2	2	4	50
		%	58,00	26,00	4,00	4,00	8,00	100
Reducción del consumo	Mujeres	f	25	4	9	2	-	40
		%	62,50	10,00	22,50	5,00	-	100
	Hombres	f	9	-	-	-	1	10
		%	90,00	-	-	-	10,00	100
	Total	f	37	5	4	3	1	50
		%	74,00	10,00	8,00	6,00	2,00	100
Amigas/os y familiares que no consuma	Mujeres	f	25	4	9	2	-	40
		%	62,50	10,00	22,50	5,00	-	100
	Hombres	f	9	-	-	1	-	10
		%	90,00	-	-	10,00	-	100
	Total	f	34	4	9	3	-	50
		%	68,00	8,00	18,00	6,00	-	100

Respecto a la a pregunta relacionada con si la persona ha fumado cannabis antes del mediodía el 94% de las personas investigadas afirma que “nunca”, “rara vez” o “alguna vez”. En relación con la variable sexo no se valora diferencias reveladoras, tanto las mujeres como los hombres coinciden con la respuesta del global (92,20% y 100% respectivamente). Por otro lado, respondiendo a la pregunta de si han fumado cannabis estando solas/os el 88% del alumnado “nunca”, “rara vez o “alguna vez” no lo ha consumido o suele de manera solitaria. De nuevo, el porcentaje se asemeja mucho al obtenido anteriormente, tanto en los hombres con un 80% como en las mujeres con un 5% de más no suelen encontrarse en esta situación. Tan solo el 20% de ellos afirma que lo realiza “muy a menudo” frente a un 5% de ellas. El 92% del total de personas

investigadas “nunca”, “raramente” o “de manera ocasional” han intentado reducir el consumo de cannabis sin conseguirlo. En relación con la variable sexo, 95% de ellas y el 90% ellos “nunca”, “raramente” o “de vez en cuando lo han intentado, porcentajes que demuestran que no existe ninguna diferencia con el total. Además, el 5% de las mujeres afirma que “bastante a menudo” le han dicho amigas/os o miembros de la familia que debería reducir el consumo, frente a un 95% que “nunca” o de “manera muy puntual” se han visto en esta situación. En el caso de los chicos un 10% “bastante a menudo” y un 90% nunca. Si se compara con la población objeto de estudio de manera total, las frecuencias no tienen una significativa disconformidad con los porcentajes anteriores, 94% afirma que no suelen decirle que deje de consumir cannabis.

Tabla 12: Cuestiones relacionadas con los problemas del consumo de cannabis durante los últimos 12 meses por las personas investigadas, según el sexo.

Problemas			Grado de frecuencia					
			Nunca	Raramente	De vez	Bastante a	Muy a	Total
De memoria	Mujeres	f	16	12	8	3	1	40
		%	40,00	30,00	20,00	7,50	2,50	100
	Hombres	f	8	1	-	-	1	10
		%	80,00	10,00	-	-	10,00	100
	Total	f	24	13	8	3	2	50
		%	48,00	26,00	16,00	6,00	4,00	100
Consecuencias derivadas por el consumo (disputas, mal rendimiento...)	Mujeres	f	29	4	6	1	-	40
		%	72,50	10,00	15,00	2,50	-	100
	Hombres	f	10	-	-	-	-	10
		%	100	-	-	-	-	100
	Total	f	39	4	6	1	-	50
		%	78,00	8,00	12,00	2,00	-	100

En cuanto a los problemas de memoria en relación con el consumo de cannabis es más alto el porcentaje de las personas investigadas que “nunca”, “raramente” o “de vez en cuando” que no los ha sufrido, un 90% frente a un 10% que si lo ha notado. Respecto a la variable sexo, se repite que la respuesta que más alto porcentaje tiene es “nunca”, “raramente” o “alguna vez” con un 90% en ellas y en ellos. Y, por último, el 98% de la población objeto de estudio nunca han tenido problemas debido al consumo

de cannabis. Si se compara con los porcentajes obtenidos por la variable sexo, se puede apreciar que son proporcionales, los hombres con un 100% y las mujeres con un 97,70%.

4.4.FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL CONSUMO DEL CANNABIS

A continuación, se mostrarán los resultados recogidos en tablas de las cuestiones relacionadas con los factores de riesgo.

Tabla 13: Prevalencia de las personas con las que conviven las personas entrevistadas, según el sexo.

Sexo	Personas con las que resides										Total	
	Sola/o		Pareja		Familia		Compañero/a de piso		Otros		f	%
	f	%	f	%	f	%	F	%	f	%		
Mujeres	3	2,56	9	7,69	76	64,96	29	24,79	-	-	117	100
Hombres	2	8,70	4	17,39	12	52,17	5	21,74	-	-	23	100
Total	5	3,57%	13	9,29	88	62,86%	34	24,29%	-	-	140	100

En la tabla anterior podemos observar que la mayoría de la población universitaria sigue conviviendo en el núcleo familiar con un porcentaje de 62,86%, dato que si se compara con la variable sexo podemos ver que es muy similar, ya que, el 64,96% de las mujeres y el 52% de los hombres, viven con su familia. Otras de las convivencias que predominan son “compartir piso” o vivir en “pareja” con un porcentaje de 24,29% y 9,29% respectivamente, de nuevo, estas frecuencias se asimilan a la proporción obtenida de mujeres y hombres que viven con sus “parejas”, un 29,79% y un 21,74% respectivamente, y en el caso de “compartir piso” un 7,69% de ellas y un 17,39% de ellos.

Tabla 14: Prevalencia de ingresos mensuales del alumnado de Trabajo social que han participado en la investigación, según el sexo.

Ingresos mensuales	Sexo					
	Mujeres		Hombres		Total	
	f	%	f	%	f	%

Hasta 499 euros	72	61,54	15	65,22	87	62,14
De 500 a 779 euros	37	31,62	5	21,74	42	30,00
De 800 a 999 euros	6	5,13	2	8,70	8	5,71
De 1.000 a 1.499 euros	2	1,71	1	4,35	3	2,14
NS/NC	-	-	-	-	-	-
Total	117	100	23	100	140	100

Al tratarse de personas estudiantes podemos observar como la mayoría de ellos/as tienen ingresos menores a los 500 euros siendo un 62,14%. La variable sexo no aporta discrepancias reveladoras, es decir, tanto las mujeres como los hombres presentan porcentajes similares (61,54% y 65,22% respectivamente).

Tabla 15: Percepción del estado de salud entre la población objeto de estudio investigada, según el sexo.

Sexo	Estado de salud												Total	
	Muy buena		Buena		Regular		Mala		Muy		NS/NC			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Mujeres	25	21,37	87	74,36	4	3,42	1	0,85	-	-	-	-	117	100
Hombres	9	39,13	13	56,52	1	4,35	-	-	-	-	-	-	23	100
Total	34	24,29	100	71,43	5	3,57	1	0,71	-	-	-	-	140	100

En cuanto al estado de salud de las personas que participaron en la investigación, se puede concluir que la mayoría de ellos/as tienen una “buena salud” o “muy buena” (71,43% y 24,29% respectivamente). Si se compara con los porcentajes obtenidos diferenciado mujeres y hombres, vuelve a sobresalir la opción de “buena salud” y “muy buena” con un 95,73% las chicas y un 95,65% los chicos.

Tabla 16: Percepción de los riesgos que puede acarrear fumar hachís o marihuana (cannabis) una vez por semana o más y una vez o menos al mes por las personas investigadas, según el sexo.

Problemas de salud o cualquier otro tipo.	Una vez por semana o más						Una vez o menos al mes					
	Mujeres		Hombres		Total		Mujeres		Hombres		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Ningún problema	1	0,85	2	8,70	3	2,14	21	17,95	7	30,43	28	20,00
Pocos problemas	18	15,38	9	39,13	27	19,29	50	42,74	9	39,13	59	42,14
Bastantes problemas	47	40,17	7	30,43	54	38,57	36	30,77	6	26,09	42	30,00
Muchos problemas	51	43,59	5	21,74	56	40,00	10	8,55	1	4,35	11	7,86
NS/NC	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	117	100	23	100	140	100	117	100	23	100	140	100

Respecto a los riesgos que puede acarrear fumar cannabis, las personas investigadas consideran que es más perjudicial para salud fumar “una vez o más por semana” (78,57%), “que una vez o menos al mes” (37,86%), el 62,14% opina que no provoca problemas en este periodo de tiempo. Si se comparan estos porcentajes con la variable sexo, se puede observar en la tabla como las mujeres piensan que consumir “una vez por semana o más” trae consigo “bastantes” y “muchos problemas” (83,76%) y en cambio, si se realiza “una vez o menos al mes” puede tener “pocos” o “ningún” efectos perjudiciales (39,32), según un 60,69% de ellas que “ningún” o “pocos problemas” y 30,77% considera que “bastantes”. En el caso de los hombres siguen con la misma línea de pensamiento que las mujeres, un 52,17% de ellos, piensas que es más perjudicial consumir cualquier derivado cannábico “una vez por semana o más” que “una vez o menos al mes” (30,44%), y un 69,56% deliberan que no puede ser perjudicial para la salud en este tiempo.

Tabla 17: Percepción de la dificultad para obtener cannabis en un plazo de 24 horas por el alumnado de Trabajo social que han participado en la investigación, según por sexo.

Obtención de cannabis en 24h	Sexo					
	Mujeres		Hombres		Total	
	f	%	f	%	f	%
Prácticamente imposible	4	3,42	2	8,70	6	4,29
Difícil	27	23,08	4	17,39	31	22,14
Relativamente fácil	36	30,77	6	26,09	42	30,00
Muy fácil	50	42,74	11	47,83	61	43,57
NS/NC	-	-	-	-	-	-
Total	117	100	23	100	140	100

Como se puede apreciar en la tabla, tanto para las chicas como para los chicos investigados, conseguir cannabis en 24 horas no les resulta ningún problema (73,57%). La variable sexo no aporta diferencias significativas, es decir tanto las mujeres con un 73,51% y los hombres con un 73,92%, presentan porcentajes similares.

Tabla 18: Apreciación de las personas investigadas sobre la consideración del cannabis como un problema en el barrio de residencia, según el sexo

Barrio	Sexo					
	Mujeres		Hombres		Total	
	f	%	f	%	f	%
Nada importante	1	0,85	1	4,35	2	1,43
Algo importante	47	40,17	10	43,48	57	40,71
Muy importante	68	58,12	11	47,83	79	56,43
NS/NC	1	0,85	1	4,35	2	1,43
Total	117	100	23	100	140	100

La mayor parte de las mujeres y hombres investigados consideran que el cannabis es un problema de real importancia en el barrio en el que viven 56,43% y un 40,71% “algo importante”. Si se compara con la variable sexo, los porcentajes son muy parecidos, las mujeres con un 58,12% y los hombres con un 47,83 piensan que es “muy importante” y con un 40,17% y 43,48% respectivamente “algo importante”.

Tabla 19: Prevalencia de situaciones que se encuentran las personas investigadas en su barrio con relación al cannabis, según el sexo.

Situaciones			Frecuencia					
			Muy frecuentemente	Frecuentemente	Poco	Nunca	NS/NC	Total
Personas drogadas caídas	Mujeres	f	12	9	87	9	-	117
		%	10,26	7,69	74,36	7,69	-	100
	Hombres	f	1	3	7	11	1	23
		%	4,35	13,04	30,43	47,83	4,35	100
	Total	f	13	12	94	20	1	140
		%	9,29	8,57	67,14	14,29	0,71	100
Personas vendiendo droga	Mujeres	f	2	17	47	51	-	117
		%	1,71	14,53	40,17	43,59	-	100
	Hombres	f	1	3	5	12	2	23
		%	4,35	13,04	21,74	52,17	8,70	100
	Total	f	3	20	52	63	2	140
		%	2,14	14,29	37,14	45,00	1,43	100
Personas fumando cannabis	Mujeres	f	23	78	16	-	-	117
		%	19,66	66,67	13,68	-	-	100
	Hombres	f	6	12	4	1	-	23
		%	26,09	52,17	17,39	4,35	-	100
	Total	f	29	90	20	1	-	140
		%	20,71	64,29	14,29	0,71	-	100

En primer lugar, tanto en la situación de “personas drogadas caídas en el suelo” como en “personas vendiendo drogas” la población objeto de estudio afirma que es

“nunca “o “muy rara vez” ven en su entorno este tipo de situaciones (81,43% y 82,14% respectivamente), en cambio cuando se trata de ver “personas fumando porros” es algo que ven de manera “muy frecuente” y frecuente (85%). La variable sexo no aporta diferencias significativas, tanto los hombres como las mujeres presentan porcentajes similares

Tabla 20: Percepción de las personas investigadas sobre la importancia de resolver el problema del cannabis en relación con las diferentes acciones, según el sexo.

Acciones			Grado de importancia				
			Nada Importante	Algo importante	Muy importante	NS/NC	Total
Campañas publicitarias explicando los riesgos del cannabis	Mujeres	f	8	38	71	-	117
		%	6,84	32,48	60,68	-	100
	Hombres	f	1	8	14	-	23
		%	4,35	34,78	60,87	-	100
	Total	f	9	46	85	-	140
		%	6,43	32,85	60,71	-	100
Educación sobre el cannabis en las escuelas	Mujeres	f	-	13	104	-	117
		%	-	11,11	88,89	-	100
	Hombres	f	-	4	19	-	23
		%	-	17,39	82,61	-	100
	Total	f	-	17	123	-	140
		%	-	12,14	87,86	-	100

Respecto a la primera acción que se propone en el cuestionario como posible alternativa para reducir el consumo de cannabis “campaña publicitaria explicando los riesgos del cannabis” tanto las mujeres como los hombres coinciden en que es muy importante implementar esta medida (60,71%), pero sin duda alguna la medida que consideran con mayor importancia es la acción de “la educación del cannabis en las escuelas” con un 87,86%. La variable sexo no aporta diferencias significativas, es decir, tanto las mujeres como los hombres presentan porcentajes similares en ambas acciones. Un 60,68% ellas y un 60,87% de ellos opinan que es trascendental las “campañas publicitarias” pero sobre todo la “educación del cannabis en las escuelas” con un 88,89% ellas y un 82,61% ellos.

Tabla 21: Percepción de las personas investigadas sobre la importancia de resolver el problema del cannabis en relación con los diferentes tratamientos, según el sexo.

Acciones			Grado de importancia				
			Nada	Algo	Muy	NS/NC	Total
Tratamiento voluntario a los consumidores para dejar el cannabis	Mujeres	f	2	49	64	2	117
		%	1,71	41,88	54,70	1,71	100
	Hombres	f	2	4	17	-	23
		%	8,70	17,39	73,91	-	100
	Total	f	4	53	81	-	140
		%	2,86	37,86	57,86	-	100
Tratamiento obligatorio a los consumidores para dejar el cannabis	Mujeres	f	12	61	43	1	117
		%	10,26	52,14	36,75	0,85	100
	Hombres	f	4	11	8	-	23
		%	17,39	47,83	17,39	-	100
	Total	f	16	72	51	1	140
		%	11,43	51,43	36,43	0,71	100

De las acciones planteadas sobre los tratamientos para dejar de consumir cannabis tanto de manera voluntaria como obligatoria, las personas investigadas consideran que es “muy importante” que se realicen de manera “voluntaria” (56,86%) y “algo importante” en el caso de hacerlo de manera “obligatoria” (51,43%). En referencia a la variable sexo, existe una similitud de pensamientos en ambos, donde se considera que el “voluntario” es una medida “muy importante” (54,70% mujeres y 73,91% hombres) frente al “obligatorio” del cual el grado de importancia que más destaca es la respuesta de “algo importante” (52,14% y 47,83 % respectivamente). Se puede ver como existe muy poca diferencia entre los porcentajes del total y de las mujeres y de los hombres.

Tabla 22: Percepción de las personas investigadas sobre la importancia de resolver el problema del cannabis en relación con las diferentes medidas institucionales, según el sexo.

Acciones			Grado de importancia				
			Nada importante	Algo importante	Muy importante	NS/NC	TOTAL
Control policial y de aduanas	Mujeres	f	10	49	58	-	117
		%	8,55	41,88	49,57	-	100
	Hombres	f	2	9	12	-	23
		%	8,70	39,13	52,17	-	100
	Total	f	12	58	70		140
		%	8,57	41,43	50,00		100

Leyes estrictas contra el cannabis	Mujeres	f	10	43	64	-	117
		%	8,55	36,75	54,70	-	100
	Hombres	f	1	7	15	-	23
		%	4,35	30,43	65,22	-	100
	Total	f	11	50	79	-	140
		%	7,68	35,71	56,43	-	100
Legalización del hachís y la marihuana.	Mujeres	f	38	47	23	9	117
		%	32,48	40,17	19,66	7,69	100
	Hombres	f	6	10	7	-	23
		%	26,09	43,48	30,43	-	100
	Total	f	44	57	30	9	140
		%	31,43	40,71	21,43	6,43	100

En cuanto a medidas institucionales (“control policial y de aduanas”, “leyes estrictas contra el cannabis” y “legalización del hachís y la marihuana”), los resultados obtenidos por las personas investigadas es que consideran que las acciones más beneficiosas para resolver el problema del cannabis en la sociedad son “el control policial y de aduanas” con un 50% y “leyes estrictas contra el cannabis” con un 56,43%. En relación con la opción de “legalizar el hachís y la marihuana” un 40,71% no creen que sea tan buena opción en relación con este problema. En relación a la variable sexo, se puede apreciar que no existe ninguna diferencia significativa en relación a las respuestas y porcentajes obtenidos, ambos sexos siguen coincidiendo en que las acciones más favorables son “el control policial y de aduanas” y aprobar “leyes más estrictas contra el cannabis” con un 49,57% y 54,70% las chicas y un 52,17% y 65,22% respectivamente, y en relación con la “legalización de hachís y la marihuana” el porcentaje más alto se sitúa en “algo importante” (40,17% mujeres y 43,48% hombres).

Tabla 23: Percepción de las personas investigadas sobre el consumo de cannabis en relación con las diferentes acciones, según el sexo.

Acciones			Grado de importancia				
			Importante	Neutral	Poco	Nada	Total
Para relajarme	Mujeres	f	30	7	50	30	117
		%	25,64	5,98	42,74	25,64	100
	Hombres	f	8	-	6	9	23
		%	34,78	-	26,09	39,13	100
	Total	f	38	7	56	39	140
		%					

		%	27,14	5,00	40,00	27,86	100
Para olvidarme de mis preocupaciones	Mujeres	f	31	12	36	38	117
		%	26,50	10,26	30,77	32,48	100
	Hombres	f	7	-	8	8	23
		%	30,43	-	34,78	34,78	100
	Total	f	38	12	44	46	140
		%	27,14	8,57	31,43	32,86	100
Para sentirme menos ansiosa/o	Mujeres	f	27	9	50	31	117
		%	23,08	7,69	42,74	26,50	100
	Hombres	f	7	-	8	8	23
		%	30,43	-	34,78	34,78	100
	Total	f	34	9	58	39	140
		%	24,29	6,43	41,43	27,86	100
Para mejorar mi concentración	Mujeres	f	4	12	31	70	117
		%	3,42	10,26	26,50	59,83	100
	Hombres	f	-	-	4	19	23
		%	-	-	17,39	82,61	100
	Total	f	4	12	35	89	140
		%	2,86	8,57	25,00	63,57	100
Para ayudarme a dormir	Mujeres	f	23	13	39	42	117
		%	19,66	11,11	33,33	35,90	100
	Hombres	f	8	-	7	8	23
		%	34,78	-	30,43	34,78	100
	Total	f	31	13	46	50	140
		%	22,14	9,29	32,86	35,71	100
Para combatir el estrés	Mujeres	f	27	8	42	40	117
		%	23,08	6,84	35,90	34,19	100
	Hombres	f	7	-	8	8	23
		%	30,43	-	34,78	34,78	100
	Total	f	34	8	50	48	140
		%	24,29	5,71	35,71	34,29	100

En relación con la opción de utilizar el cannabis “para relajarme” las personas investigadas consideran que su relación con el consumo se sitúa en “poco” o “nada” con un 67,86%. Si se compara con la variable sexo, los porcentajes obtenidos son muy similares (68,38% ellas y 65,22% ellos), destaca en los chicos que casi el mismo porcentaje que opina que “poco” si consideran que su consumo sirve para lograr esta sensación de relax (34,78%). Otro motivo en el que vuelve a sobresalir la respuesta de “nada” o “poca importancia” es “para olvidarme de mis preocupaciones” con un 64,29%. Al igual que en el anterior caso, la variable sexo no presenta ninguna diferencia significativa en cuanto a los porcentajes obtenidos, es decir, el 63,25% de las chicas y

69,56% chicos no creen que tenga correlación su consumo con el querer “olvidar las preocupaciones”. En el caso de “para sentirme menos ansiosa/o” con un 69,29% de la población investigada volvieron a manifestar el grado de importancia de “nada” o “poco”. Si se compara con la variable sexo, se puede observar cómo tanto las mujeres con un 69,24% y los hombres con un 69,56%, concuerda los porcentajes y las respuestas dadas con el total. Resalta en este caso que un 23,08% y un 30,43% respectivamente contestaron todo lo contrario y lo mismo ocurre con la alternativa de “combatir el estrés” un 70% del total investigado creen que es “nada” o “poco importante”, porcentajes que, si se comparan con la variable sexo, no presentan ninguna relevancia significativa, es decir, un 70,90% de las alumnas investigadas y un 69,56% creen que es “nada” o “poco importante” y un 23,08% y 30,43% respectivamente contestan que es “importante”. En cuanto a la opción de para ayudarme a dormir, vemos que la opinión con mayor porcentaje es “importante” que representa un 68,57%. La variable sexo no aporta ninguna diferencia importante, es decir, tanto hombres como mujeres presentan porcentajes equivalentes (65,21% y 69,23% respectivamente). Y, por último, hay que destacar que en la opción de “mejorar mi concentración” en el que ambos contestan en gran mayoría es que “nada” y “poco importante” (88,37%). En el caso de las variables sexo, si se compara con el total la diferencia que existe entre los porcentajes obtenidos es mínimas con el global en relación con la opción “nada” y “poco importante” (86,33% mujeres y 100% hombres).

Tabla 24: Percepción de las personas investigadas sobre el consumo de cannabis en relación con las diferentes acciones, según el sexo.

Acciones			Grado de importancia				
			Importante	Neutral	Poco	Nada	Total
Para ser sociable con mis amigas/os	Mujeres	f	5	7	46	59	117
		%	4,27	5,98	39,32	50,43	100
	Hombres	f	5	-	7	11	23
		%	21,74	-	30,43	47,83	100

	Total	f	10	7	53	70	140
		%	7,14	5,00	37,86	50,00	100
Como cura del aburrimiento	Mujeres	f	8	12	32	65	117
		%	6,84	10,26	27,35	55,56	100
	Hombres	f	1	1	8	13	23
		%	4,35	4,35	34,78	56,52	100
	Total	f	9	13	40	78	140
		%	6,43	9,29	28,57	55,71	100
Para comunicarme mejor	Mujeres	f	-	9	33	75	117
		%	-	7,69	28,21	64,10	100
	Hombres	f	2	-	4	17	23
		%	8,70	-	17,39	73,91	100
	Total	f	2	9	37	92	140
		%	1,43	6,43	26,43	65,71	100
Para sentirme menos introvertido	Mujeres	f	10	8	43	56	117
		%	8,55	6,84	36,75	47,86	100
	Hombres	f	3	-	8	12	23
		%	13,04	-	34,78	52,17	100
	Total	f	13	8	51	68	140
		%	9,29	5,71	36,43	48,57	100

Las personas investigadas, tanto aquellas consumidoras como no consumidoras, la mayoría coincide en que consideran “poco” y “nada” importante el hecho de consumir cannabis para ser sociables con sus amigas/os, (87,86%), si se compara con la variable sexo, se puede determinar que los porcentajes que se obtienen tanto en el caso de las mujeres y hombres que piensan que “poco” y “nada” tiene que ver el consumo de cannabis para ser sociable con amigas/os son muy parecidos en el caso de ellas 89,75% y en caso de los hombres desciende un 9,6%. (78,26%). La elección escogida con mayor porcentaje fue “poco” y “nada”, tanto para “la cura del aburrimiento” cuyo porcentaje es 84,28%, como para “comunicarme mejor” con un 92,14% y también en el caso de “para sentirme menos introvertido” (85%). La variable sexo, no representa diferencias significativas en ninguna de las tres opciones dadas, es decir, los porcentajes son similares tanto en mujeres como en hombres.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Una vez analizados los datos se realiza una comparación de los resultados con el marco teórico de la investigación y con la Encuesta EDADES (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017) teniendo en cuenta el objeto principal de la investigación, conocer la incidencia de consumo y factores de riesgo en el alumnado del Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna, se puede afirmar en relación con la prevalencia del consumo de cannabis que la gran mayoría de las personas investigadas han probado alguna vez en su vida el cannabis, cuya edad de inicio ronda 17 años en ambos sexos. Si comparamos estos datos con la encuesta Edades podemos ver que el rango de edad oscila en los 18,4 años de media, dándose el caso, de que en el alumnado de Trabajo Social se comienza a consumir cannabis a una edad más precoz, coincidiendo este dato con los resultados obtenidos por García (2015) en cuyo estudio también realizado entre los estudiantes del Grado de Trabajo Social, donde el alumnado comienzan a coquetear con el cannabis entre los 17-19 años. Este resultado no se asemeja con aquella afirmación expuesta a principio de nuestra investigación en el que El Plan Nacional de Drogas señala la creencia acerca de que la experimentación con esta sustancia comienza cada vez en edades más tempranas. Por otra parte, nuestros datos en cuanto a las personas que han experimentado el consumo de cannabis, (70,09% en las mujeres y 69,57% en los hombres), vuelven a tener una mayor similitud con el trabajo realizado por García (2015), un 70% y un 60% respectivamente y en cambio, la Encuesta EDADES (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017) difiere considerablemente con nuestros resultados (35,2%). Resaltar que, que de este porcentaje positivo se puede observar que, en las mujeres un 34,19% y en los hombres 43,49%, ha consumido la sustancia en los últimos 12 meses, percibiéndose una notable diferencia con la Encuesta EDADES (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017)

donde es un 6,6% en las mujeres y un 15,4% en los hombres. En el último mes tan sólo un 19,29% de las personas que han participado en la investigación lo consumen en este periodo de tiempo, este dato comparándolo nuevamente con la Encuesta EDADES (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017) existe una gran diferencia con la frecuencia obtenidas por ellos (9,1%). A pesar, de que la población encuestada en nuestro proyecto de investigación es más reducida que la seleccionada por la Encuesta EDADES (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017) se puede afirmar que, en el ámbito universitario, el consumo es mucho mayor, hecho que reafirma el presentimiento que justifica el por qué se quiso indagar en esa población en concreto.

Un dato interesante a recalcar, respecto al consumo de la población encuestada en el periodo de tiempo de 30 días, es que del 19% de las personas que consumen cannabis únicamente el 2,86% lo realiza diariamente frente a la Encuesta EDADES (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017) en la que la frecuencia de personas que fuman durante el mes es muy dispar debido a que tan sólo 2,1% afirma tener un consumo diario, no obstante, en este caso no se encuentra similitud con la población objeto de estudio ya que dicha media es de 0,27.

Otro dato que se aporta en el inicio de la investigación fue el del Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías (2017), en el que se refleja que un 1,7% de la población Europea consume esta sustancia casi a diario, debido a que ellos no sólo extraen el porcentaje de los individuos que consumen en los 30 días sino que amplían la frecuencia del tiempo contando también con aquellas/os consumidoras/os que reconocen consumirlo al menos 20 días al mes, por tanto el porcentaje obtenido en nuestro trabajo referente a este dato corresponde a un 4,29%, esta cantidad retorna nuevamente a la conclusión obtenida con anterioridad, y es el hecho de que el consumo

dentro del Grado de Trabajo Social supera nuevamente a la población seleccionada por la Encuesta Edades (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017) y el Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanía (2017).

En cuanto a la elección de las personas que han consumido cannabis en los últimos 30 días, afirman tener preferencia con un 71,43% por la marihuana los hombres, de los cuales el 57,14% reconoce consumirlo mezclándolo con tabaco y con un 40% las mujeres se decantan tanto por el hachís como por la marihuana, admitiendo un 90% de ellas que lo fuman con tabaco. La Encuesta EDADES (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017) dice en referencia a esto, que el 48,3% declara haber fumado marihuana en este periodo de tiempo mezclándolo con tabaco casi toda la totalidad de su población objeto de estudio (92,9%). Con estos resultados podemos comprobar que el consumo de la marihuana es superior al de hachís.

A la hora de hablar de los factores de riesgos, se suelen relacionar con el entorno en el que la persona se desenvuelve, Becoña (2002) señala que un factor primordial que puede predeterminar que la persona consuma o no, está relacionado con el ambiente en el que crece y se desarrolla el individuo. Esta afirmación concuerda con el porcentaje de alumnas y alumnos que afirman haber consumido por primera vez en su grupo de amigas/os, en concreto, un 87,76% de totalidad encuestada. Aunque, cuando se trata de la motivación que lleva a experimentar con los derivados cannábicos, se relaciona con los factores emocionales más que sociales, un 83,67% afirma que su principal incentivo fue “saber que se siente” y, tan sólo el 3%, lo relacionó con la presión de sentirse parte del grupo. Por lo tanto, se puede afirmar, que lo que les ha promovido a consumir es la curiosidad de experimentar sensaciones nuevas, más que realizarlo por una cuestión de aceptación social. A medida que la persona va creciendo y el consumo es de manera continuada, los motivos se modifican y se relacionan según las personas investigadas

con el afrontamiento de los problemas de la vida cotidiana: “para olvidarme de mis preocupaciones” con un 39,32% ellas y con 30,43% ellos, “para ayudarme a dormir” con un 33,33% y 30,43% respectivamente, “para combatir el estrés” con un 35,90% y 34,78%, y, para “relajarme” con un 42,74% alumnas y 26,09% alumnos. Por lo tanto, se puede concluir que el consumo de cannabis es más utilizado como una técnica para desinhibirse y distraerse de las dificultades.

Siguiendo con la influencia del entorno en el consumo, centrándose en su barrio, las/os alumnas/os que han participado en la investigación reconocen consumir diariamente la sustancia, un alto porcentaje (78,26% hombres y 83,33% mujeres) afirman que es “frecuente y muy frecuente” ver a personas fumando porros y, sin embargo un 81,99% de ellas y 78,26% de ellos, no les resulta muy habitual ver personas ofreciendo drogas, de hecho, reconocen que su adquisición en un plazo de 24 horas les resulta a la mayoría “muy fácil y relativamente fácil” (73,51%e en ellas y 73,92 ellos). Por lo tanto, se puede atribuir el consumo como bien dice Becoña (2002) a que según el lugar de residencia y la normalidad con la que sus habitantes aborden la problemática de la droga, influye directamente sobre el individuo. Por otro lado, se puede apreciar cómo tanto las personas consumidoras como aquellas que tan sólo lo han experimentado o incluso nunca han consumido, coinciden en que la problemática del consumo de cannabis es un tema muy importante a tratar en su comunidad con un 58,12% en las mujeres y un 47,83% en los hombres, por ello, una de las medidas que prevalece para la prevención del consumo es atajarlo mediante la educación en las escuelas con un 88,89% ellas y un 82,62 ellos, siendo este dato afín con el aportado por la Encuesta EDADES (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017) donde hay una representación del 90 %. Por lo tanto, otro factor de riesgo que está relacionado con la falta de información, a pesar de encontrarnos sumergido en la era

digital, las/os jóvenes con frecuencia seleccionan aquello que les despierta más interés, así pues, un 60,68% en mujeres y un 60,87% demandan como segunda opción para advertir de sus consecuencias, que existan más campañas publicitarias, y en nuestra opinión, se deberían de publicar a través de lanzamientos en redes sociales y/o con personas que las/os jóvenes admiren para que quieren imitar una conducta adecuada y saludable.

En relación a la realización del trabajo de investigación a pesar de las dificultades que se han encontrado para poder realizar los cuestionarios, se ha cumplido el objetivo propuesto ya que se ha conocido el número exhaustivo de personas que consumen y los factores de riesgo que en ellos y ellas influyen, sirviendo estos datos como un aprendizaje para poder actuar eficazmente desde la prevención, hecho que se evidencia por la demanda de los encuestados para poder llegar interceptar este problema desde una temprana edad .

En definitiva, se puede afirmar por los resultados obtenidos en la investigación que los estudiantes de Trabajo Social en su gran mayoría han probado el cannabis, que los hombres consumen más derivados cannábicos que las mujeres, donde prevalece el fumar la marihuana frente al hachís u otras formas de prepararlo. Algunos de los principales motivos que consideran importantes y relacionan con su consumo son para relajarse y combatir el estrés. Ambos sexos cavilan que, es a través de la educación como se puede reducir el consumo de esta sustancia y que a pesar de tratarse de una droga ilegal la mayoría del alumnado investigado puede localizarla de manera fácil y se cuestiona si deberá de legalizarse.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Becoña, E. (2002). *Bases científicas para la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado de: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/Bases_cientificas.pdf

Becoña, E., y Vázquez, F. (2001). *Heroína, cocaína y drogas de síntesis*. Madrid: Síntesis.

Betancourt, A., Medina, N., García, M., López, P., y Díaz, L. (2001). *Drogas y violencia. Prevención*. Cuba: Guantánamo, Universidad de Ciencias Médicas. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6143688>

Bobes, J., Casas, M., y Gutiérrez. (2003). *Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias*. Barcelona: Ars Medica.

Budney, A., y Stanger, C. (2017). *Libro electrónico de IACAPAP de Salud Mental en Niños y Adolescentes*. Geneva: Asociación Internacional de Psiquiatría y Profesiones Afines. Recuperado de <https://iacapap.org/wp-content/uploads/G.2-Cannabis-Spanish-2017.pdf>

Caudevilla, F. (2006). *Drogas conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo*. Recuperado de <http://www.comsegovia.com/pdf/cursos/tallerdrogas/Curso%20Drogodependencias/Drogas,%20conceptos%20generales,%20epidemiologia%20y%20valoracion%20del%20consumo.pdf>, de Grupo de Intervención en Drogas semFYC.

CFES-MILTD. (2002). La Guía de la Juventud Europea. Fundación vivir sin drogas. Recuperado de http://www.adolescenciaalape.com/sites/www.adolescenciaalape.com/files/Drogas%20Saber%20m%C3%A1s%20Arriesgar%20menos_1.pdf

Comba, C. J. (2015). *Drogas de Diseño y su Identificación*. Argentina: Skopein. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5280589>

CONACE. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. (2007). *Conceptos generales relacionados con el consumo de drogas*. . Recuperado de <https://es.slideshare.net/ajrrul/conceptos-generales-relacionados-con-el-consumo-de-drogas-albejarano-rportilla>

DGPNSD. (2007). *Guía de drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. . Recuperado de <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/guiaDrogas.pdf>

DGPNSD. (2017). *Informe 2017. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. . Recuperado de <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2017OEDA-INFORME.pdf>

IAFA. Instituto sobre alcoholismo y farmacodependencia. (2015). *Las drogas y sus efectos. Proceso de Investigación*. . Recuperado de https://www.iafa.go.cr/images/descargables/Drogas-y-sus-efectos-15_junio_2015.pdf

Infodrogas. (2019). *Cannabis*. Recuperado de <https://www.infodrogas.org/drogas/cannabis?showall=1>

Isorna, M. (2017). *Cannabis efectos, riesgos y beneficios terapéuticos*. Vigo: Universidad de Vigo. Recuperado de https://www.researchgate.net/.../264605868_Cannabis_efectos_riesgos_y_beneficios

Isorna, M., & Saavedra, D. (2012). *Prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas*. Madrid: Anaya.

Martín, V. (2009). *Las drogas entre nosotros*. Málaga: Aljibe .

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2017). *La Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España. EDADES*. Recuperado de http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm

Naciones Unidas. (2018). *Terminología e información sobre drogas. Tercera edición*. Viena: Sección de Servicios en Inglés, Publicaciones y Biblioteca, Oficina de las Naciones Unidas. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/scientific/Terminology_and_Information_on_Drugs_Sp.pdf

NIDA. National Institute on Drug Abuse. (2017). *La marihuana*. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-marihuana>

NIDA. National Institute on Drug Abuse. (2018). *Glosario de términos*. Recuperado de https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/pdf/glossary_spanish.pdf

Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías. EMCDDA. (2015). *Proyecto de Encuestas Escolares sobre el Alcohol y otras Drogas. ESPAD*. Recuperado de <https://emdas.edu.umh.es/2016/09/21/informe-espad-2015-desciende-el-consumo-de-alcohol-y-tabaco-entre-adolescentes-en-europa-pero-preocupa-las-nuevas-drogas-y-conductas-adictivas/>, de (ESPAD 2015).

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. EMCDDA. (2017). *Informe Europeo sobre Drogas 2017. Tendencias y novedades*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. Recuperado de <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001ESN.pdf>

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. EMCDDA. (2018). *Informe del Observatorio de las Drogas y las Toxicomanías*. Recuperado de http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18001ESN_PDF.pdf

Pérez, N. (2015). *La prevalencia del consumo de drogas en el alumnado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna*. Recuperado de <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/1227?show=full>

Pueyo, B., & Perales, A. (2006). *¿ Y si mi hijo se droga?* Barcelona: Random House Mondadori.

Ramos, J., & Fernández, J. (2000). *Uso de los cannabinoides a través de la historia*. Recuperado de <http://www.com.www.ucm.org.itesm.teachhealth.uson.centroreleax.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/670/659>

Real Academia Española. (2019). *Diccionario de la lengua española, 23.ª ed., [versión 23.2 en línea]*. Recuperado el 2019, de <https://dle.rae.es/?id=ECdTcOk>

Riquelme, J. (2015). *Actualización DSM V Trastornos por consumo de sustancias*. Arrayan Centro de Salud Mental. Recuperado de http://saludmentalarrayan.cl/files/Presentacion%20adicciones/Dr__Riquelme.pdf

Rubio , G., & Santo - Domingo, J. (2004). *Todo sobre las drogas. Información obtenida para decidir y prevenir*. Madrid: Mr. ediciones.

Van Dalen, D., & Meyer, W. (2006). *Síntesis de "Estrategia de la investigación descriptiva"*. Recuperado de <https://noemagico.blogia.com/2006/091301-la-investigaci-n-descriptiva.php>, de Manual de técnica de la investigación educacional.

ANEXO 1: Cuestionario sobre la incidencia del consumo del cannabis y sus factores de riesgo en el alumnado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna.

CUESTIONARIO SOBRE LA INCIDENCIA DEL CONSUMO DEL CANNABIS Y SUS FACTORES DE RIESGO EN EL ALUMNADO DE TRABAJO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Querida/o compañera/o:

Somos Elsa de Armas Bermúdez, Ana Pérez Toste y Belén Vilela Cañizares. Estamos realizando nuestro Trabajo de Fin de Grado en el Grado de Trabajo Social sobre “la incidencia de consumo de cannabis y sus factores de riesgo en el Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna”, para realizarlo, necesitamos y agradecemos tu participación en nuestro cuestionario.

Gracias por su colaboración.

BLOQUE A

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad: _____ años
2. Sexo:
 Hombre
 Mujer
3. Curso: _____

BLOQUE B

HISTORIA PERSONAL DEL CONSUMO DE CANNABIS

4. ¿Ha consumido, aunque solo fuera una vez en su vida, Cannabis (marihuana, hachís o aceite de hachís)?
 Sí, he consumido
 Nunca he consumido
5. ¿Qué edad tenía la primera vez que consumió Cannabis?

Anote la edad: _____ años

Nunca he consumido Cannabis

6. ¿Qué probaste en esa primera experiencia?

Marihuana

Hachís

Otro derivado, ¿cuál? _____

No sé/no recuerdo

7. ¿Dónde probaste el cannabis por primera vez?

8. ¿Con quién estabas?

9. ¿Qué fue lo que te motivó a hacerlo?

Quería saber qué se sentía

Como mis amigos/as lo hacía yo también lo quería hacer

Para sentirme parte del grupo

Porque es algo habitual en mi casa

Otros, especificar _____

BLOQUE C

NIVEL DE CONSUMO DE CANNABIS

10. ¿Cuántos días ha consumido Cannabis en los últimos 30 días?

Entre 1-3 días

30 días

Entre 4-9 días

No he consumido Cannabis en los últimos 30 días

Entre 10-19 día

No he consumido Cannabis en los últimos 12 meses

Entre 20-29 días

11. En los últimos 30 días. ¿Cuándo ha consumido Cannabis, qué ha fumado?

- Principalmente marihuana (hierba)
- Principalmente hachís (resina, chocolate)
- De los 2 tipos
- No he consumido Cannabis en los últimos 30 días
- Nunca he consumido

12. ¿Cuántos días ha consumido Cannabis en los últimos 12 meses?

- Entre 1-3 días
- Entre 4-9 días
- Entre 10-19 días
- Entre 20-29 días
- Entre 30-150 días
- Más de 150 días
- No he consumido Cannabis en los últimos 12 meses
- Nunca he consumido

13. Conteste la siguiente tabla

	Nunca	Raramente	De vez en cuando	Bastante a menudo	Muy a menudo
¿Has fumado Cannabis antes del mediodía?					
¿Has fumado Cannabis estando solo?					
¿Has tenido problemas de memoria al fumar Cannabis?					
¿Le han dicho los/as amigos/as o miembros de la familia que debería reducir el consumo de Cannabis?					
¿Ha intentado reducir o dejar de consumir Cannabis sin conseguirlo?					
¿Has tenido problemas debido al consumo de Cannabis (disputas, peleas, accidentes, mal resultado académico, bajo rendimiento laboral) ¿Cuáles?					

--	--	--	--	--	--

BLOQUE D

SENTIDO DEL CONSUMO DEL CANNABIS

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

14. Estado civil

- Soltera/o Divorciada/o
 Casada/o Viuda/o

15. ¿Con qué personas resides?

- Sola/o
 Pareja
 Familia
 Compañero de piso
 Otro, ¿cuál? _____

16. Situación laboral

- Empleada/o
 Desempleada/o
 Parada/o que ha trabajado antes
 Parada/o en búsqueda activa de empleo
 Incapacitada/o
 Otro: ¿cuál? _____

17. Ingresos mensuales

- Hasta 499 Euros
 De 500 a 779 Euros
 De 800 a 1499 Euros
 De 1000 a 1499

18. Percepción de salud

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala
- NS/NC

19. ¿Qué problemas de salud o de cualquier otro tipo puede significar fumar hachís o marihuana (cannabis)?

	Ningún problema	Pocos problemas	Bastantes problemas	Muchos problemas	NS/NC
Fumar hachís o marihuana (cannabis) una vez o menos al mes					
Fumar hachís o marihuana (cannabis) una vez por semana o más					

20. ¿Qué grado de dificultad piensa que tendría Vd. para obtener Cannabis en un plazo de unas 24 horas?

- Prácticamente imposible
- Difícil
- Relativamente fácil
- Muy fácil
- NS/NC

21. Pensando donde usted vive, ¿cree Vd. que las DROGAS ILEGALES son un problema nada importante, algo importante o muy importante?

- Nada importante
- Algo importante

Muy importante

NS/NC

22. ¿Con qué frecuencia se encuentra usted las siguientes situaciones en su barrio?

	Nunca	Poco frecuente	Frecuente	Muy frecuente	NS/NC
Personas drogadas caídas en el suelo					
Vendedores que ofrecen drogas					
Personas fumando porros					

23. Para cada una de las acciones para intentar resolver el problema de las drogas ilegales que le voy a mencionar, dígame si la considera nada, algo o muy importante:

	Nada importante	Algo importante	Muy importante	NS/NC
Campañas publicitarias explicando los riesgos de las drogas				
Educación sobre las drogas en las escuelas				
Tratamiento voluntario a los consumidores para dejar la droga				
Tratamiento obligatorio a los consumidores para dejar la droga				
Control policial y de aduanas				
Leyes estrictas contra las drogas				
Legalización del hachís y la				

marihuana				
-----------	--	--	--	--

24. De los siguientes motivos cuál de ellos consideras o considerabas que son importantes para su consumo de cannabis:

Situaciones	Importante	Neutral	Poco	Nada
Para ser sociable con mis amigos				
Para relajarme				
Para olvidarme de mis preocupaciones				
Para sentirme menos ansioso				
Como cura del aburrimiento				
Para comunicarme mejor				
Para mejorar mi concentración				
Para sentirme menos introvertido				
Para ayudarme a dormir				
Para combatir el estrés				