

CARACTERÍSTICAS DE LOS/AS ADOLESCENTES CONSUMIDORES/AS DE DERIVADOS DEL CÁNNABIS

TRABAJO DE FIN DE GRADO DE TRABAJO SOCIAL

AUTORA: ANDREA BAEZA SÁNCHEZ

TUTORA: BERTA PUYOL LERGA

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES Y DE LA COMUNICACIÓN

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
1. FUNDAMENTACIÓN	2
2. ANTECEDENTES TEÓRICOS.....	4
2.1 LAS DROGAS	4
2.1.1 Conceptos básicos.....	4
2.1.2 Clasificación de las drogas	8
2.1.3 Factores de riesgo y factores de protección asociados al consumo de drogas.....	9
2.2 EL CÁNNABIS.....	12
2.2.1 Derivados del cannábis	14
2.2.2 Efectos del cannábis sobre el organismo.	14
2.2.3 Trastornos por consumo de cannábis, síndrome de abstinencia y tratamiento.	16
2.3 LA JUVENTUD Y ADOLESCENCIA	19
2.3.1 Conductas y comportamientos de riesgo en la adolescencia.....	20
2.3.2 El ocio en la adolescencia.....	22
2.4 EL CONSUMO DE CÁNNABIS EN LA ADOLESCENCIA.....	24
2.4.1 ¿Cómo, con quién y dónde comienzan a consumir cannábis los/as adolescentes?	25
2.4.2 ¿Por qué consumen cannábis los/as adolescentes?	26
2.4.3 ¿Puede el consumo de cannábis llevar al consumo de otras drogas?	28
2.4.4 Creencias de los/as adolescentes sobre el cannábis.	29
2.4.5 Prevalencia del consumo de cannábis en los/as adolescentes.	29
2.4.5.1 Prevalencia del consumo de cannábis de los/as adolescentes en España	30
2.4.5.2 Prevalencia del consumo de cannábis de los/as adolescentes en Canarias	32
3. OBJETIVOS.....	33
3.1 OBJETIVO GENERAL	33
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
4. MÉTODO.....	34
4.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES	34
4.2 VARIABLES	34
4.3 POBLACIÓN, PERIODO TEMPORAL Y ÁMBITO GEOGRÁFICO	35
4.4 TÉCNICA DE RECOGIDA DE DATOS	35
4.5 TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS.....	35

5. RESULTADOS	36
5.1 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS/AS ADOLESCENTES ENCUESTADOS/AS	36
5.2 SITUACIÓN FAMILIAR	38
5.3 SITUACIÓN ACADÉMICA	46
5.4 OCIO Y TIEMPO LIBRE	51
5.5 NIVEL DE INFORMACIÓN CON RESPECTO AL CÁNNABIS Y SUS DERIVADOS.....	53
5.6 PERFIL DE LOS/AS ADOLESCENTES ENCUESTADOS/AS CONSUMIDORES/AS DE CÁNNABIS.....	54
6. RECAPITULACIÓN Y CONCLUSIONES	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXOS	76

INTRODUCCIÓN

El presente documento aborda el Trabajo de Fin de Grado, realizado en 4º Grado de Trabajo Social, en la Universidad de La Laguna, cuyo título es “Características de los/as adolescentes consumidores/as de derivados del cánnabis”, concretamente de la población, con edades comprendidas entre 15-24 años, del Instituto Agustín de Betancourt, Puerto de la Cruz.

El consumo de cánnabis en la adolescencia es un tema de gran actualidad, y más en lo referente a esta etapa vital en la que está situada la edad de inicio en el consumo de sustancias, y en la cual se construye y reafirman las creencias y estilos de vida. Esta investigación persigue un único fin, que es el de conocer las características de estos adolescentes; qué motivos desencadenan el consumo, cuáles no, con quién se comienza a consumir y el por qué; actividades y tiempo dedicado al ocio, perspectiva y aceptación social del consumo por parte de los iguales, nivel de conflictividad, así como los factores de riesgo y de protección en lo que respecta especialmente a los antecedentes familiares y los datos académicos.

A lo largo del documento se plasman cuatro grandes apartados, en el que se recogen los diferentes aspectos claves para el desarrollo de la investigación.

En primer lugar, se plasman los antecedentes teóricos, realizados a partir de la búsqueda bibliográfica a cerca del cánnabis y la adolescencia. Tras esto, se exponen los objetivos tanto generales como específicos, de los que partimos para la realización de la investigación. En el método se exponen las características generales de las que partimos para el desarrollo de esta investigación, variables, población estudiada, la técnica de recogida de datos y de análisis de los mismos. Por último, se reflejan los resultados y su correspondiente análisis, discusión de resultados y conclusiones; así como los anexos donde se adjunta el instrumento de recogida de datos, en este caso, el cuestionario.

1. FUNDAMENTACIÓN

Esta investigación es fruto de la inquietud generada a raíz de mis prácticas de carrera realizadas en el Servicio de Prevención de Adicciones del Puerto de la Cruz, municipio en el que desarrollé la labor en prevención, tanto universal, selectiva e indicada. De aquí nace el interés de atender e investigar detenidamente las características este sector de población concreto, con el fin de aportar luz a muchos aspectos y a futuras intervenciones con adolescentes consumidores/as de cánnabis, así como a la hora de prevenir de forma eficaz a aquellos consumidores o con riesgo de serlo.

Los últimos estudios sitúan a España entre los países con mayor tasa de consumidores jóvenes. El informe ESTUDES 2016, sitúa el cánnabis como la tercera droga más consumida en España, siendo esta consumida por primera vez a la edad de 14 años. A pesar de que el consumo de todas las drogas ilegales está más extendido entre los hombres, las mujeres también son consumidoras, pero con mayor prevalencia de drogas legales (OEDT, 2016).

Por otro lado, el cánnabis es la droga ilícita más usada en todo el mundo y esto es particularmente predominante entre los adolescentes y los jóvenes adultos. Los comportamientos de riesgo en adolescentes, en particular el del uso de drogas, se encuentran entre las prioridades de las agendas públicas en los países dentro del dominio de la salud pública, a causa de que el consumo de sustancias en la adolescencia es un predictor importante de dependencia en etapas posteriores (Van Ryzin y Dishion, 2014 s.r.f Galván, y otros., 2015).

El consumo de cánnabis constituye un rito de paso, son muchos los/as adolescentes que han consumido alguna vez dicha sustancia, pero muy pocos los que conocen las consecuencias del consumo continuado de hachís o marihuana tanto a nivel físico, como psicológico o social. Aunque alguno de los componentes del cánnabis está siendo utilizado para aliviar las dolencias de ciertas enfermedades, esta no es una sustancia terapéutica (Sánchez, 2005). Por lo que es necesario hacer hincapié en esto último, ya que muchos jóvenes no tienen la suficiente información y no entienden que el cánnabis no es una sustancia inocua, y por ello, desencadena consecuencias nocivas sobre la persona.

Dado que el consumo de drogas constituye hoy el principal problema de salud pública de los países desarrollados; en pocos años, el campo de la prevención de las drogodependencias se ha consolidado; concretamente en España, donde se ha dado un avance enorme en este tema, siendo

un elemento positivo de cara al futuro, ya que se adapta a las nuevas realidades sociales. Diferentes investigaciones en pro de la prevención han sugerido que las investigaciones deben dirigirse a analizar los factores de personalidad y los procesos sociales que llevan a los jóvenes a resistir el uso de sustancias como el cannabis u otras (Becoña, 2002).

Así mismo, con el análisis de los factores de riesgo y de protección se pretende hacer visible aquellas características individuales, condición situacional y/ o contexto ambiental en cuyos ámbitos familiares, comunitarios, escolares e individuales, puede propiciar el que una persona consuma o , por el contrario, se reduzcan las posibilidades de hacerlo (Becoña y Cortés, 2010).

“Para el Trabajo Social, las drogodependencias son consideradas como un objeto propio del ámbito disciplinar y profesional, puesto que la intervención sobre ellas desempeña un papel de suma importancia en el cambio social” (Mayor, 1995, p.1).

Por ello, además de dar a conocer la realidad social del consumo de esta sustancia de mano de los adolescentes, se aportan beneficios para esta profesión a la hora de detectar precozmente y fomentar actuaciones dirigidas a potenciar los factores de protección y reducir la probabilidad de que en un futuro próximo los/as adolescentes tengan problemas relacionados con el uso de sustancias.

Por todo esto, y a causa de que es un fenómeno que provoca gran preocupación social e institucional, es necesario seguir investigando y definiendo las características de los/as adolescentes consumidores habituales de cánnabis para poder así favorecer futuras actuaciones e intervenciones; así como para poder favorecer la prevención de adicciones a sustancias como esta y así reducir considerablemente las cifras de consumidores de cánnabis, aumentando la eficacia de cualquier acción y evitando las consecuencias dañinas que produce este hábito en un/a adolescente.

2. ANTECEDENTES TEÓRICOS

A lo largo del marco teórico se plasman los aspectos principales en relación al tema objeto de estudio. Se expone a través de cuatro grandes apartados: conceptos referidos a las drogas, el cánnabis y sus derivados, la adolescencia, así como el consumo de cánnabis en esta etapa evolutiva del ser humano.

2.1 LAS DROGAS

El consumo de drogas constituye hoy el principal problema de salud pública de los países desarrollados. El uso y abuso tanto de las drogas ilegales como de las legales, ha aumentado en la sociedad de forma alarmante en los últimos años. Ningún país queda exento de este problema, el cual produce consecuencias graves en la salud física y mental de las personas consumidoras, además de afectar a nivel social, familiar y laboral (Becoña, 2002).

2.1.1 Conceptos básicos

Es necesario definir, desde el comienzo de las páginas de esta investigación, algunos conceptos básicos en materia de drogas para poder entender así este fenómeno.

“La OMS (1969) define droga como toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones. Además, define droga de abuso como aquella de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptible de ser autoadministrada” (Solís y Arias, 2002, p.39).

Las personas adictas a las drogas eran denominadas en el siglo pasado como toxicómanos y su enfermedad, toxicomanía; estos términos fueron desplazados progresivamente por los de drogodependiente y drogodependencia, que tenían menos connotaciones peyorativas. Actualmente, estos términos están siendo sustituidos por el de adicto/a y adicción (Casas, Bruguera, Duro y Pinet, 2011).

Sin embargo, cabe destacar que no porque una persona utilice una droga significa que ya sea drogodependiente; por ello es necesario hacer hincapié en una serie de términos tales como uso, abuso, hábito, tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia.

Podemos hablar de uso de una droga cuando las sustancias son utilizadas como un caso aislado, episódico y/u ocasional sin generar dependencia o problemas de salud asociados. En otras palabras, es la utilización de una determinada droga que motiva conductas concretas, problemáticas o no, dependiendo de la sustancia consumida, las características físicas y psicológicas de la persona y el contexto en que se encuentra (Moradillo, 2001; Barra y Diazconti, 2013).

En el marco del uso, hay que distinguir las siguientes formas de consumo, los autores (Osuna, 2005; Solís y Arias, 2002) destacan:

- Experimental: Consumo fortuito, aislado, la persona se guía más por el tipo de droga. Los motivos del consumo pueden ser por curiosidad (conducta adolescente), sentirse adulto (conducta de iniciación), sentirse parte de un grupo (conducta de integración).
- Ocasional: Es un consumo intermitente de cantidades, en circunstancias concretas y eligiendo el tipo de droga.
- Habitual: Consumo diario muy intenso, con el fin de aliviar el malestar psicoorgánico, y con gran pérdida del control sobre el consumo de la sustancia.
- Compulsivo: Consumo diario muy intenso y con gran pérdida del control sobre el consumo de la sustancia, suele existir un trastorno del comportamiento que produce consecuencias sociales.

La mayoría de personas no usa drogas, puesto que, de quienes las prueban, solo un grupo de personas seguirá usándolo de manera regular, y de estos, solo otro grupo desarrollará patrones de hábito, abuso o incluso dependencia.

Además, Solís y Arias (2002) indican que cuando se consume una sustancia porque hay adaptación a sus efectos se habla de hábito; se mantiene la dosis y no supone una exigencia imperiosa la necesidad de conseguir y consumir esta sustancia.

Por otro lado, Moradillo (2001) establece que se entiende por abuso un excesivo uso o consumo de drogas que lleva consigo problemas de tipo personal, social, laboral o de salud pública; así como al consumo de cantidades y en circunstancias que se desvían del uso “normal” de esa droga en su uso socialmente aceptada.

Otro concepto a destacar es el de tolerancia, esta se refiere a la disminución de la respuesta a una dosis concreta de una droga o un medicamento que se produce con el uso continuado, por lo cual para conseguir los mismos efectos se ha de aumentar la dosis (OMS, 2008).

Uno de los efectos nocivos para la salud y el bienestar físico y psíquico en el consumo de drogas es cuando se pasa del uso, al abuso y finalmente a la dependencia de una o varias drogas. El DSM-IV señala que se entiende por dependencia “al conjunto de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella” (American Psychiatric Association [APA], 1995, p.200).

Becoña (2002), señala dos tipos de dependencia, física y psíquica o psicológica. Por dependencia física entendemos el estado de adaptación que se manifiesta tras la interrupción de la administración de la droga, por la aparición de intensos trastornos físicos. En cambio, por dependencia psicológica es la situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exige la administración continua de la droga para producir estos efectos de placer y evitar malestar.

Cabe destacar los criterios para la dependencia de sustancias, que tal y como indica el DSM-IV-TR (APA, 2000, p.40), se trata de “un patron desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - (a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - (b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - (a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)
 - (b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzo infructuoso de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p.ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p.ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p.ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

Especificar si:

Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia (p.ej., si se cumplen cualquiera de los puntos 1 o 2).

Sin dependencia fisiológica: No hay signos de tolerancia o abstinencia (p.ej., si no se cumplen los puntos 1 y 2)''

A lo largo de estos criterios se nombra el síndrome de abstinencia, por lo que es necesario señalar que este es "el conjunto de síntomas y signos que aparecen en una persona dependiente de una sustancia psicoactiva cuando deja bruscamente de consumirla o la cantidad consumida es insuficiente" (Becoña, 2002, p.24).

Los criterios para la abstinencia de sustancias que señala el DSM-IV-TR (APA, 2000, p.41) son:

- A. "Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de consumo prolongado y en grandes cantidades.
- B. El síndrome específico de la sustancia causa malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental”.

2.1.2 Clasificación de las drogas

No existe una clasificación única y general de las drogas, ya que se pueden agrupar según criterios muy diferentes, tales como: el origen, la consideración jurídica, los efectos sobre el sistema nervioso central, entre otros.

Las drogas tienen diferentes orígenes, Solís y Arias (2002) señalan los siguientes:

- Natural: provienen de la naturaleza como por ejemplo la marihuana.
- Sintético: Cuando la estructura química ha sido creada en el laboratorio, como por ejemplo el LSD.
- Semisintético: Cuando se modifica la estructura química de un precursor natural, como los opiáceos semisintéticos.

Otra clasificación es la que nos ofrece el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [MSSSI] (2004), la cual refiere los efectos sobre el Sistema Nervioso Central:

- Depresoras: Deprimen o reducen el funcionamiento del sistema nervioso central: alcohol, tranquilizantes, hipnosedantes, opiáceos (heroína).
- Estimulantes: Incrementa el funcionamiento del sistema nervioso central: anfetaminas, cocaína, nicotina (tabaco).
- Perturbadoras (alucinógenas): Modifican las percepciones y las sensaciones: cánnabis, drogas de síntesis, LSD.

Según su consideración jurídica y basándonos en la FAD (1998) las drogas pueden ser:

- Legales: Su uso está permitido, e incluso fomentado por la publicidad, como por ejemplo el alcohol, somnífero y el tabaco.
- Ilegales: Su comercio y a veces su uso está prohibido, como por ejemplo el cannabis (hachís y marihuana), alucinógenos (LSD), opiáceos (heroína), coca y derivados, etc.

Otra clasificación es la que nos aporta (Solís y Arias, 2002, p.41) basándose en la OMS, estos clasifican las drogas de la siguiente manera:

“Grupo 1 (Opiáceos): Derivados naturales, semisintéticos o sintéticos (morfina, heroína, metadona, etc.)

Grupo 2 (psicodepresores): Barbitúricos, benzodiazepinas y análogos.

Grupo 3: Alcohol etílico.

Grupo 4: (Psicoestimulantes mayores): Cocaína y derivados (crack), anfetaminas y derivados, katina o norpseudoefrina, etc.

Grupo 5: Alucinógenos (LSD, mescalina, psilocibina y otros).

Grupo 6: Cánnabis y sus derivados (marihuana, hachís).

Grupo 7: (sustancias volátiles): Solventes volátiles como tolueno, acetona, gasolinas, etc.

Grupo 8: (psicoestimulantes menores): Tabaco, infusiones con cafeína, cola, etc.

Grupo 9: Drogas de diseño.”

Por último, otra clasificación es la utilizada por (Schuckit, 1995 s.r.f De Lucas, 2014) que las agrupa en:

- “Depresoras del Sistema Nervioso Central (SNC): Alcohol, hipnóticos, benzodiazepinas.
- Estimulantes del SNC: Anfetaminas, cocaína, productos para perder peso.
- Opiáceos: Heroína, morfina, metadona y casi todos las prescripciones analgésicas.
- Cannabinoides: Marihuana, hachís.
- Alucinógenos: LSD, mescalina, éxtasis (MDMA).
- Inhalantes: Aerosoles, sprays, colas, tolueno, gasolina, disolventes.
- Drogas para contrarrestar otros efectos
- Otros: Fenciclidina (PCP)”.

2.1.3 Factores de riesgo y factores de protección asociados al consumo de drogas

“Los factores de riesgo son definidos en términos de situaciones y contextos culturales, sociales, laborales, familiares, grupales, escolares, personales que favorecen la posibilidad de que una persona consuma o abuse de las drogas; no obstante, es la persona finalmente quien toma la

decisión de consumir o no. No existe un causante exclusivo del consumo de drogas; una familia desestructurada por diferentes motivos, se convierte en un posible factor de riesgo familiar para el consumo de drogas, este hecho puede repercutir en otros contextos como el rendimiento escolar, la inadaptación social, la baja autoestima” (Moradillo, 2001, p.211).

Por el contrario, los factores de protección consistirán en lo opuesto, es decir, “situaciones y contextos de diferentes ámbitos los cuales facilitan el no consumo de drogas; estilos de vida saludables, la existencia de un clima positivo en la familia, en la escuela y sociedad” (Moradillo, 2001, p.211).

En definitiva, “existen unos factores de riesgo, que de estar presentes, aumentan el riesgo de consumir drogas; y, también están los factores de protección que llevan con mayor probabilidad a no consumir drogas. Si hay muchos factores de riesgo y pocos de protección el riesgo del consumo es mayor, y si hay pocos de riesgo y muchos de protección es bajo el riesgo de consumo” (Casas y otros., 2011, p.46).

Cabe destacar que, tal y como hemos señalado anteriormente, la exposición a los factores de riesgo y los factores de protección puede facilitar el inicio y/o mantenimiento del consumo, sin embargo, la manifestación a un mismo factor puede llegar a protegerle reduciendo o, al contrario, incrementando la posibilidad de que consuma drogas. Es decir, la familia puede ser factor de riesgo si existe baja disciplina y apego familiar; o a la inversa, esta puede ser un factor de protección si existe alta vinculación y dinámica familiar positiva con la misma (Muñoz, De Lucias, y Graña, 2007).

Tras una investigación exhaustiva, Guxens, Nebot y Ariza (2007), encontraron diferentes factores asociados al inicio del consumo de cannabis, tales como: bajo nivel socioeconómico, mala relación entre los padres, edad (a más edad, mayor consumo), pertenecer a una familia monoparental, vivir en una familia problemática, personalidad del individuo, consumo de cannabis por parte del padre y consumo por parte de los amigos.

Cabe señalar la importancia de los procesos de aprendizaje, la cognición social, la comunicación e influencia social para comprender, explicar y poder prevenir y tratar el consumo de drogas. Tendencias a la agresividad temprana, así como conductas antisociales, rebeldía, pobre autocontrol y dificultad para relacionarse, presentan mayor asociación con el uso problemático de drogas (Chan, Rodríguez y Moral, 2007 s.r.f González y otros., 2014).

(Clayton, 1992 s.r.f Laespada y otros., p.29), señala unos principios fundamentales a tener en cuenta con respecto a los factores de riesgo:

- “Los factores de riesgo pueden estar presentes o no en un caso concreto. Cuando un factor de riesgo está presente, es más probable que la persona use o abuse de las drogas que cuando no lo está.
- La presencia de un solo factor de riesgo no es garantía para que vaya a producirse el abuso de drogas y, por el contrario, la ausencia del mismo no garantiza que el abuso no se produzca. Lo mismo sucede en el caso de los factores de protección.
- El número de factores de riesgo presentes está directamente relacionado con la probabilidad del abuso de drogas aunque este efecto adictivo puede atenuarse según la naturaleza y contenido y número de los factores de riesgo implicados.
- La mayoría de los factores de riesgo y de protección tienen múltiples dimensiones medibles y cada uno de ellos influye de forma independiente y global en el uso de drogas.
- Las intervenciones directas son posibles en el caso de algunos de los factores detectados y pueden tener como resultado la eliminación o reducción de los mismos, disminuyendo la probabilidad del abuso de drogas. Por el contrario, en el caso de otros factores de riesgo, la intervención directa no es posible siendo el objetivo principal atenuar su influencia y, así, reducir al máximo la posibilidad de que estos factores lleven al consumo de drogas”.

Tabla 2.1.4.1: Factores de riesgo y protección para el consumo de drogas.

	FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
FACTORES FAMILIARES	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de alcohol y drogas por parte de los padres. • Baja disciplina familiar. • Conflicto familiar. • Historia familiar de conducta antisocial. • Actitudes parentales favorables hacia el consumo de sustancias. • Bajas expectativas para los niños o para el éxito. • Abuso físico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apego familiar. • Oportunidad para la implicación en la familia. • Creencias saludables y claros estándares de conducta. • Altas expectativas parentales. • Un sentido de confianza positivo. • Dinámica familiar positiva.

<p>FACTORES COMUNITARIOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deprivación económica y social. • Desorganización comunitaria. • Cambios y movilidad de lugar. • Las creencias, normas y leyes de la comunidad favorables al consumo de sustancias. • La disponibilidad y accesibilidad a las drogas. • La baja percepción social de riesgo de cada sustancia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de apoyo externo positivo. • Oportunidades para participar como un miembro activo de la comunidad. • Descenso de la accesibilidad de la sustancia. • Normas culturales que proporcionan altas expectativas para los jóvenes. • Redes sociales y sistemas de apoyo dentro de la comunidad.
<p>FACTORES DE LOS COMPAÑEROS E IGUALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Actitudes favorables de los compañeros hacia el consumo de drogas. • Compañeros consumidores. • Conducta antisocial o delincuencia temprana. • Rechazo por parte de los iguales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apego a los iguales no consumidores. • Asociación con iguales implicados en actividades organizadas por la escuela, recreativas, de ayuda, religiosos u otras. • Resistencia a la presión de los iguales, especialmente a las negativas. • No ser fácilmente influenciado por los iguales.
<p>FACTORES ESCOLARES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo rendimiento académico. • Bajo apego a la escuela. • Tipo y tamaño de la escuela (grande). • Conducta antisocial en la escuela. 	<ul style="list-style-type: none"> • Escuela de calidad. • Refuerzos/reconocimiento para la implicación prosocial. • Creencias saludables y claros estándares de conducta. • Cuidado y apoyo de los profesores y del personal del centro. • Clima institucional positivo.
<p>FACTORES INDIVIDUALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Biológicos. • Psicológicos y conductuales. • Rasgos de personalidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Religiosidad. • Creencia en el orden social. • Desarrollo de las habilidades sociales. • Creencia en la propia autoeficacia. • Habilidades para adaptarse a las circunstancias cambiantes. • Orientación social positiva. • Poseer aspiraciones de futuro. • Buen rendimiento académico e inteligencia. • Resiliencia.

Fuente: (Becoña, 2002 s.r.f Becoña y Cortés, 2010, p.49)

2.2 EL CÁNNABIS

El Cannabis es la droga psicoactiva ilegal de uso más extendida en España y más consumida en todo el mundo. Según datos de Naciones Unidas, se estima que el número total de personas que han

probado esta droga se encuentra entre un 3,3% y 4,4% de la población mundial de 15 a 64 años (United Nations Office on Drugs and Crime, World Drug Report 2009 s.r.f MSSSI, 2009)

El cánnabis es una palabra de origen indoeuropeo, cuyo nombre se traduce en castellano por cáñamo. Aunque se da en condiciones de silvestre o salvaje, su cultivo ha sido más abundante para fines industriales. Esto es lo que quiere decir “Cannabis sativa” (cultivada en oposición a silvestre). El cánnabis alcanza la máxima concentración en los “cogollos” florales de las plantas femeninas. Actualmente el consumo más frecuente es fumado, liado como un cigarro, lo conocido como “porro” (MSSSI, 2009).

“El cannabis contiene más de 400 sustancias químicas, 60 de las cuales se denominan cannabinoides. El principal ingrediente del cannabis responsable de sus efectos psicoactivos, que afectan al estado de ánimo, se llama THC. Como el nivel de THC no es siempre el mismo de una planta a otra, se mide la cantidad de THC que contiene una planta, o una parte de una planta, para determinar su fuerza o potencia” (Dillon, 2010, p.91).

Dillon (2010) señala también, que el cannabis se considera droga ilegal, incluida en el Plan Nacional Contra las Drogas, y se prohíbe su comercio y su uso o posesión, no en ámbitos privados, pero sí en lugares públicos donde se prohíbe y castiga con sanción administrativa. Solo se considera delito el tráfico, es decir, la venta a terceros, motivo por lo que los consumidores suelen recurrir a la estrategia del autocultivo personal para el suministro.

La forma más habitual de consumo de cannabis, según Arias (2002) y el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas [NIDA] (2012), es fumando los diferentes preparados, bien en forma de cigarrillos o en pipa de agua. Esta última forma supone una absorción de mayores cantidades de THC con cada respiración. También se puede ingerir en forma de infusión o en preparados de repostería (pasteles o caramelos).

La dosis fumada o ingerida depende de múltiples factores, ya sea contenido de THC del preparado, la forma de administración y/o experiencia del consumidor (Rubio y Santo-Domingo, 2004).

2.2.1 Derivados del cannabis

“Marihuana, maría, hachís, hierba, grifa, cáñamo, granjah, chocolate, costo... son solo algunos de los nombres que recibe en la calle el cannabis. La amplia variedad de nombres refleja la popularidad de la droga en determinados círculos” (Dillon, 2010, p.89).

Rubio y Santo-Domingo (2004) señalan que los patrones de uso van desde el consumo ocasional o experimental, hasta el uso compulsivo. Existe un amplio debate sobre si su consumo sirve de puerta de entrada al consumo de otras drogas más peligrosas; ya que diversos estudios indican que entre los consumidores de cannabis hay mayor proporción de personas que desarrollan dependencia a otras sustancias.

Los derivados del cannabis expresados por (Moradillo, 2001; Arias, 2002) son:

- El hachís: es la resina que proviene de la parte superior de la planta y de la cara inferior de las hijas. Se presenta en forma de barras o bolas y se fuma o se come. La forma más frecuente de consumo es mezclado y fumado con tabaco, que recibe el nombre de porro, petardo o canuto. En argot se denomina chocolate o costo.
- Puede presentarse también en aceite, con una mayor concentración de THC.
- La Marihuana está formada por las hojas, tallo y las flores secas de la planta. Se consume fumada en forma de cigarrillos, mezclada con tabaco o en pipa. En el argot se le llama hierba, marihuana o maría. El Kifi es un preparado formado esencialmente por hojas de cáñamo. La grifa se prepara a partir de las flores secas de la planta.

2.2.2 Efectos del cannabis sobre el organismo

La intensidad de los efectos psíquicos y físicos que aparecen tras el consumo de cannabis van a verse modificados por la interacción de diferentes factores: droga (calidad, cantidad, forma de consumo, etc.), individuo (personalidad, estado de ánimo, expectativas del consumo, etc.) y del ambiente (conocido o desconocido, lugar tranquilo, en grupo, etc.) (Arias, 2002).

Cuando se fuma la marihuana, sus efectos se sienten casi de inmediato, según NIDA (2012) esto ocurre porque el THC llega rápidamente a todos los órganos del cuerpo incluyendo al cerebro; los efectos pueden durar de 1 a 3 horas. Mientras tanto, si se consume en los alimentos, los efectos vienen de manera más lenta y es posible que no duren tanto.

A continuación, se señalan los efectos del cannabis a partir de la información recabada por diferentes autores:

Tabla 2.2.2.1: Efectos físicos, psicológicos y sociales que produce el cánnabis, sobre el organismo, de forma inmediata y a largo plazo.

EFFECTOS	
INMEDIATOS	LARGO PLAZO
<u>FÍSICOS</u>	<u>FÍSICOS</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Sequedad de boca. • Enrojecimiento ocular. • Taquicardia. • Temblores. • Descoordinación de movimientos. • Risa incontrolada. • Somnolencia. • Incremento de la actividad motora seguido de inercia e incoordinación. • Disminuye el dolor (dado a su efecto analgésico). • Aumento del apetito. 	<ul style="list-style-type: none"> • Debilidad y espasmos musculares. • Aumento de la sensibilidad térmica. • Percepción distorsionada. • Dependencia (7-10% de los que lo prueban). • Trastornos emocionales (ansiedad, depresión) y de la personalidad. • Enfermedades bronco-pulmonares. • Cáncer. • Arritmias. • Reducción del sistema inmunitario, de las defensas del organismo para hacer frente a posibles infecciones.
<u>PSICOLÓGICOS</u>	<u>PSICOLÓGICOS</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Alteración de la memoria, de la atención y de la concentración. • Euforia. • Sensación de bienestar. • Sensación de lentitud en el paso del tiempo. • Dificultades para pensar y solucionar problemas. • Aumento del tiempo de reacción. 	<ul style="list-style-type: none"> • Empeoramiento del tiempo de reacción y de la atención. • Problemas de memoria y aprendizaje. • Psicosis cannábica y esquizofrenia. • Pánico. • Síndrome amotivacional (apatía, pérdida de motivación). • Pérdida del sentido de la identidad personal. • Dependencia (7-10% de los que lo prueban).
<u>SOCIALES</u>	<u>SOCIALES</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Conflictividad. • Problemas familiares. • Accidentes de coche y/o maquinaria que puede desencadenar accidentes poniendo en riesgo la vida propia y la de terceros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Peores resultados académicos. Abandono prematuro de los estudios. • Déficits y conflictos en el ámbito familiar, laboral y conyugal. • Problemas económicos.

Fuente: Elaboración propia atendiendo a Arias, 2002; Gamella y Jiménez, 2003; MSSSI, 2009; NIDA, 2012; Isorna 2012b; MSSSI, 2007.

2.2.3 Trastornos por consumo de cánnabis, síndrome de abstinencia y tratamiento

Tal y como señala el DSM-V, (APA, 2014, p.267) los trastornos por consumo de cannabis son un “modelo problemático de consumo que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consume cannabis con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de cannabis.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir cannabis, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderosos deseo o necesidad de consumir cannabis.
5. Consumo recurrente de cannabis que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de cannabis a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del mismo.
7. El consumo de cannabis provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de cannabis en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de cannabis a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el mismo.
10. Tolerancia, definida por alguno de los signos siguientes:
 - A) Una necesidad de cantidades cada vez mayores de cannabis para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - B) Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de cannabis.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los signos siguientes:
 - A) Presencia del síndrome de abstinencia característico del cannabis.
 - B) Se consume cannabis (o alguna sustancia similar). ”

Cabe destacar que los autores (Rodríguez de Fonseca, Calado, y Araos, 2012) indican que aunque la abstinencia del cannabis no se había reconocido en los manuales de diagnóstico estadístico de enfermedad mental por las dudas existentes sobre su presencia real y su significado clínico, en los últimos años se ha podido constatar su existencia en diversos estudios.

El DSM-V (APA, 2014, p.271) sí indica los síntomas que se observan en las personas abstinentes; es decir, aquellas que cesan bruscamente el consumo de cannabis, el cual ha sido intenso y prolongado. Para ello, debe aparecer tres (o más) de los signos y síntomas siguientes aproximadamente en el plazo de una semana:

1. "Irritabilidad, rabia o agresividad.
2. Nerviosismo o ansiedad.
3. Dificultades para dormir (es decir, insomnio, pesadillas).
4. Pérdida de apetito o de peso.
5. Intranquilidad.
6. Estado de ánimo deprimido.
7. Por lo menos uno de los síntomas físicos siguientes que provoca una incomodidad significativa: dolor abdominal, espasmos y temblores, sudoración, fiebre, escalofríos o cefalea. "

El (MSSSI, 2007, p.33) distingue algunos síntomas que pueden hacer sospechar la existencia de un trastorno por dependencia del cánnabis: "Abandono del grupo de amigos no consumidores, desinterés por actividades que no tengan relación directa con el consumo, preocupación por disponer de cánnabis, uso compulsivo del cánnabis, problemas de rendimiento escolar o laboral, irritabilidad, agresividad, inquietud, nerviosismo, disminución del apetito y dificultades para dormir que ceden al consumir cánnabis".

Es preciso señalar, que el consumo de cánnabis no está asociado a mortalidad directa (Rodríguez de Fonseca y otros., 2012).

En 2007 las demandas de tratamiento por consumo de cánnabis eran bajas en relación a otras sustancias, debido a que se tiene una percepción de riesgo mucho menor que para otras drogas, especialmente entre los más jóvenes (Bobes, Casas y Gutiérrez, 2011).

No obstante, el OEDT (2016), indica que desde el 2012, el cánnabis es una de las drogas que ocasiona más admisiones a tratamiento por primera vez, especialmente entre los menores de 18 años, es decir, que reciben asistencia sanitaria por consumo de sustancias psicoactivas en centros de tratamiento de drogas ambulatorios. Además, ha cobrado especial protagonismo en las urgencias hospitalarias.

Para muchas personas puede resultar extraño que se hable de tratamiento para el cánnabis, puesto que los consumidores de esta sustancia no se identifican con el estereotipo de persona drogodependiente y no se espera que acudan fácilmente a los centros de tratamiento público. En general, los consumidores exclusivos de dosis moderadas pueden abandonar el hábito con cierta facilidad (Bobes y Calafat, 2000).

Queda ratificado que someterse a tratamiento es mejor que no tratar cualquier trastorno por consumo de cánnabis. La atención por intoxicación por cánnabis está relacionada con la aparición de crisis de ansiedad o pánico, delirios y con menor frecuencia psicosis (Bobes, y otros., 2011).

Arias (2002) señala que para la intoxicación cannábica, se tratará los síntomas particularmente, como puede ser de crisis de angustia, trastorno confusional o trastorno psicótico. Por otro lado, el abuso requiere tratamiento psicoterapéutico para reforzar la decisión de la persona que desea dejar el consumo. Se puede utilizar un tratamiento farmacológico de apoyo como sedantes para evitar los posibles efectos de un síndrome de abstinencia y los antidepresivos.

Así mismo, el NIDA (2012) afirma que no existen medicamentos aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) para el tratamiento de la adicción a la marihuana, pero se están realizando investigaciones prometedoras para encontrar medicamentos para el tratamiento de los síntomas de abstinencia y para aliviar la ansiedad y otros efectos subjetivos de la marihuana.

Sin embargo, cabe señalar, que desde hace tiempo se ha consolidado la diferencia entre trastornos inducidos, por ejemplo la ansiedad o intoxicación y trastornos por uso-abuso o consumo perjudicial y dependencia o adicción (Solé, 2000).

Los tratamientos suponen la combinación de farmacoterapia y psicoterapia; en el caso del tratamiento de trastornos inducidos por cánnabis, concretamente en la intoxicación aguda que no sea grave, se recomienda no realizar tratamientos de forma inicial; si por el contrario persiste la sintomatología de ansiedad o presenta crisis de pánico sí se debe realizar tratamiento sintomático. Con respecto al tratamiento específico de la dependencia de cánnabis, este comprende fase de desintoxicación y deshabitación. La fase de desintoxicación tiene como objetivo paliar los efectos negativos asociados al cese del consumo, en la que se llevará a cabo tratamiento sintomático y deberá realizarse un consejo terapéutico adecuado por si se da insomnio, disforia, etc. En la fase de deshabitación se integra terapia individual, grupal y abordaje familiar; los objetivos de esta fase son mantener la conciencia del problema, motivar la abstinencia, generar expectativas de futuro, favorecer habilidades sociales y prevenir las recaídas, entre otras (Bobes, y otros., 2011).

Por último, cabe destacar la importancia de la intervención terapéutica en el tratamiento de la persona consumidora de cánnabis, puesto que se debe dirigir grandes esfuerzos al cese del hábito del consumo. La terapia psicosocial es el abordaje indicado, el cual se orientará hacia el aumento de la conciencia del problema, así como a incrementar la motivación para abandonar el consumo (Gil, 2004).

2.3 LA JUVENTUD Y ADOLESCENCIA

La adolescencia es considerada como “el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia” (OMS, 2017, p.1).

Se entiende por jóvenes, “las personas con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años de edad. La UNESCO entiende que los jóvenes constituyen un grupo heterogéneo en constante evolución y que la experiencia de “ser joven”, varía mucho según las regiones del planeta e incluso dentro de un mismo país” (UNESCO, 2016, p.1).

Ser joven hoy, en el siglo XXI, no es lo mismo que serlo en otro siglo. Del mismo modo, no es igual ser joven en Europa que en África, en el mundo rural que en el urbano, tampoco es lo mismo ser

joven y adolescente siendo chica que chico, teniendo 14 o 20 años. Los jóvenes en la actualidad son una generación que tienen amplios conocimientos sobre las nuevas tecnologías, conectados/as con personas de todo el mundo gracias a las nuevas redes de comunicación, viajeros, con gustos musicales y estilos de vestir innovadores y valores, así como normas y valores diferentes a los jóvenes de otra época (Feixa, 2007 s.r.f Fundación La Caixa, 2007).

El adolescente experimenta una serie de cambios decisivos para su vida futura. Algunas características definitorias de esta etapa, según (Arbex, 2002, p.11) son:

1. “Además de ser transitoria, se trata de una etapa especialmente dinámica y cambiante.
2. Cada adolescente vive esta etapa de una manera particular y subjetiva. En este sentido, podemos afirmar que no existe “el adolescente” sino “los adolescentes”, ya que cada uno de ellos es resultado directo del medio social en que se desenvuelve, es decir, espacios y comunidades humanas que producen diferentes maneras de ser adolescente.
3. Los adolescentes expresan sus dificultades y conflictos normalmente en términos sociales, es decir, desembocan en conductas y en comportamientos problemáticos en el área social”.

2.3.1 Conductas y comportamientos de riesgo en la adolescencia.

“Los adolescentes son diferentes de los niños pequeños y también de los adultos. Más en concreto, un adolescente no es plenamente capaz de comprender conceptos complejos, ni de entender la relación entre una conducta y sus consecuencias, ni tampoco de percibir el grado de control que tiene o puede tener respecto de la toma de decisiones relacionadas con la salud” (OMS, 2017, p.1).

Según la OMS (2017), los adolescentes dependen de su familia, comunidad, escuela y las instituciones sociales, estas tienen la responsabilidad de promover el desarrollo y la adaptación de este sector de población. De las cuales dependen para adquirir toda una serie de competencias importantes que pueden ayudarles a hacer frente a las presiones que experimentan.

“El comportamiento juvenil es objeto de atención sólo cuando afecta a la tranquilidad social y sólo si se externaliza; es decir, cuando sus comportamientos se manifiestan y afectan a otros/as, la juventud es identificada como segmento poblacional problemático y, por tanto, estigmatizable. Además, la valoración social contribuye a la elaboración de la identidad y la necesidad juvenil de ser

reconocido como alguien, esto lleva a preferir ser alguien temido o detestado antes que no ser nadie” (Sarabia y otros., 2010, p. 25).

El autor (Cornellá i Canals, 1999 s.r.f (Sarabia y otros., 2010) señala que conducta de riesgo se trata de aquellas acciones repetidas y fuera de determinados límites que pueden desviar o comprometer el desarrollo psicosocial normal durante la infancia y la adolescencia con repercusiones perjudiciales para la vida actual o futura [...] Entre las conductas de riesgo más comunes se encuentra el consumo de alcohol y otras drogas entre los jóvenes, violencia verbal y física, mantener relaciones sexuales sin protección o accidentes de tráfico. No podemos obviar el riesgo de estos hábitos en una etapa de crisis evolutiva como es la adolescencia.

Con respecto a esto último, “el término crisis de adolescencia quiere indicar que se trata de un momento decisivo y difícil en el desarrollo personal. Es decisivo porque, según como se resuelva este trance, el joven se sentirá satisfecho consigo mismo, capaz e independiente para enfrentarse al mundo, o por el contrario puede desarrollar actitudes negativas, una vida llena de carencias y de ansiedad, y que realice conductas inapropiadas que producirán rechazo e infravaloración” (FAD, 1998, p.8).

Según Sarabia y otros. (2010), las principales conductas de riesgo que aparecen en la adolescencia y la juventud según diversos estudios son: relaciones sexuales precoces y sin protección, consumo de alcohol y otras drogas, conductas que propician accidentes, violencia, conductas suicidas, deserción y disminución del rendimiento escolar, conductas delincuentes, trastornos de la conducta alimentaria y riesgos asociados al uso de las redes sociales.

En el desarrollo de las conductas de riesgo contribuyen diferentes características propias de la edad, entre las que destacan la sensación de invulnerabilidad, la necesidad y alto grado de experimentación, la susceptibilidad a la influencia y presión del grupo, la identificación con ideas opuestas a los padres y necesidad de romper con las normas, así como el sentimiento de reafirmar su identidad, presentismo (incapaz de postergar), y otros como la influencia de la testosterona. (Rosabal, Romero, Gaquín , y Hernández, 2015)

La autora Gómez de Giraudo (2000) ofrece otra aportación al por qué los adolescentes adoptan conductas de riesgo que ponen en peligro su salud e incluso su vida, las cuales se pueden explicar a

través de ciertos rasgos de personalidad que les caracterizan tales como: necesidad de estimulación permanente, buscar la aventura, poseer un elevado nivel de actividad y energía, impulsividad, necesidad de demostrar autonomía, rechazar los planes a largo plazo prefiriendo dar respuesta en el aquí y el ahora, tendencia a comprometerse en ciertas conductas aunque traigan consecuencias negativas.

El NIDA (2012) señala que el cerebro humano no madura completamente hasta principios de la segunda década de vida. Entre las últimas áreas en desarrollarse están las que rigen el control de los impulsos y la planificación. Para los adolescentes significa que por un lado, pueden ser más audaces que los adultos, estando dispuestos a correr riesgos, pero por otro lado, esto podría implicar conductas de riesgo como el consumo de drogas.

El consumo de drogas se ha asociado con la participación en conductas de riesgo como por ejemplo el absentismo escolar, desvinculación con la escuela, violencia sexual y de pareja, o mayor riesgo de abuso de sustancias (Miller y otros., 2007 s.r.f Hernández, Espada, y Guillén, 2016).

Por último, cabe destacar que un adolescente se encuentra en situación de riesgo cuando tiene múltiples e importantes características de riesgo y escasas condiciones de protección (Arbex, 2002). En este punto, (Díaz Aguado M^a J., 1996 s.r.f Arbex, 2002) diferencia dos tipos de adolescentes de riesgo. En primer lugar, los que ya han comenzado a comprometer su desarrollo, al iniciar las conductas de riesgo. Y, en segundo lugar, los que tienen una gran probabilidad de incurrir en dichas conductas pero aun no las han iniciado.

2.3.2 El ocio en la adolescencia

“El ocio es fundamental en la vida de las personas, particularmente en la etapa de la adolescencia, llegando incluso a asociarse ocio y juventud. Destaca como característica inherente al ocio, la libertad, según la cual el sentimiento de libre elección de las personas sobre lo que desean hacer en su tiempo libre es un requisito irrenunciable de ello. Los patrones de ocio de los jóvenes y adolescentes son muy heterogéneos, tanto como los perfiles de estos” (Dapía y Faílde, 2012, p.392).

La dedicación al ocio y al tiempo libre se ha visto transformada de generación en generación, las actividades que realizaban en su tiempo libre nuestros abuelos, no son las mismas que realizan los jóvenes en la actualidad.

El ocio, al igual que muchas facetas de la vida humana, contempla ciertas ambivalencias, pues este ofrece una posibilidad a la evasión o, por el contrario, puede servir para cultivar aspectos sociales, familiares, recreativos, entre otros. Existen diferentes tipos de ocio que se pueden agrupar en: Fiesta (en ella se da el grado máximo de placer, libertad para participar y disfrute como valor en sí mismo), aficiones (esto mantiene el interés por lo que nos rodea y estimula la creatividad), lectura, deporte (ofrece beneficio para la salud), naturaleza (contacto con el aire libre y el entorno natural), turismo (libertad de viajar y conocer sitios nuevos), música (ideal para relajarse y animarse), consumo (gastar dinero para proporcionar cierto bienestar) (Herrera, 2008).

Dapía y Faílde (2012) afirman que el ocio actúa como elemento de integración social, lo que fortalece el sentimiento de pertenencia al grupo.

Almeida (2011) señala que la adolescencia da lugar a múltiples cambios en el desarrollo y en la interacción con el grupo de iguales, lo que permite a los adolescentes éxito en la búsqueda de identidad y en las relaciones con los otros. Los adolescentes muestran los cambios expresándolo con su forma de vestir, canciones, en el ocio y las actitudes hacia la moralidad, política, familia y educación. El ocio comprende tres funciones: descanso, diversión, recreación y desarrollo.

Además, diferentes estudios indican que el los/as adolescentes dedican el doble de horas al ocio que hace una década. Uno de los últimos estudios realizados por el Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, afirma que una de las prácticas más habituales del ocio juvenil es salir por las noches (Cañedo, y otros., 2017)

En los jóvenes se ha producido una importante transformación de la diversión y de los hábitos de consumo asociados con ella. La vida recreativa, el pasarlo bien, el salir de marcha, se ha convertido en un nuevo fenómeno que cobra especial importancia en sus vidas. Esto ha desencadenado un proceso creciente de homogenización que no solo va acerca de la moda, estética, forma de vestir, sino también en los consumos de las distintas drogas (Becoña, 2000).

“Es necesario una intervención educativa que permita al individuo concienciarse del valor y la importancia en ocupar de forma positiva y activa su tiempo libre. La escuela es el principal responsable, pero no el único, de encauzar y dar solución a la educación del tiempo libre, ya que la escuela y demás organizaciones y personas relacionadas con la educación, deben responder a las

aspiraciones y necesidades sociales” (González de Mesa, 1998 y Guardia, 2000 s.r.f Nuviala, Ruiz y García, 2003, p.1).

“La educación del ocio y del tiempo de no trabajo, se presenta como una necesidad inminente, que permita dar salida al considerable aumento del tiempo libre con el que contamos en nuestra sociedad. Educar el ocio significa entender al individuo como un conjunto, en el que los aprendizajes formales e informales contribuyen a la educación integral, lo que le va a permitir utilizar su tiempo de forma constructiva. Se debe facilitar el desarrollo de capacidades, conocimientos y sobre todo actitudes y valores” (Nuviala y otros., 2003, p.2).

2.4 EL CONSUMO DE CÁNNABIS EN LA ADOLESCENCIA

El cánnabis es la sustancia ilícita más consumida por los adolescentes a nivel mundial. En España, una encuesta realizada a alumnos de entre 14 y 18 años revela que el 33,6% lo ha consumido alguna vez en su vida, el 26,6% durante el último año, el 16,1% en los últimos 30 días y el 2.7% a diario, siendo los chicos más consumidores que las chicas (Observatorio Español sobre Drogas, 2014 s.r.f García y otros., 2016).

Isorna (2012a) afirma que se ha consolidado la asociación jóvenes-drogas-diversión-amigos como un referente de la identidad juvenil. El consumo de alcohol y otras drogas ocupa un papel central en el tiempo de ocio del fin de semana y actúa así como elemento de integración social.

La alta prevalencia de consumo en jóvenes es especialmente preocupante porque hay evidencia científica contrastada del impacto del consumo de cánnabis en la adolescencia sobre el posterior desarrollo de enfermedades mentales, fundamentalmente en el ámbito de los trastornos afectivos y las psicosis. Hoy por hoy, y en número de pacientes, la adicción a cannabis supone el principal motivo de atención sanitaria por una droga de abuso ilegal en la Unión Europea (Informe Anual del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías s.r.f Rodríguez de Fonseca y otros., 2012).

“El consumo es especialmente perjudicial a edades tempranas en las que el organismo (en especial el cerebro) se está desarrollando y madurando, con riesgo importante para la salud física y psíquica. La carga de enfermedad, sufrimiento y mortalidad que afecta no solo al que las consume, sino también a los que le rodean, es evidente, aunque el adolescente a veces no es consciente de las consecuencias” (Vázquez, y otros., 2014)

Durante este periodo de adolescencia se adoptan ciertos estilos de vida que resultan ser especialmente atractivos como la necesidad de experimentar sensaciones nuevas y fuertes; se producen cambios físicos, psicológicos y sociales que aumentan la relación dificultosa consigo mismo y con el entorno; además, suelen buscar soluciones a los problemas que no siempre son las más correctas para evadirse (Del Pozo, González y Nuez, 2008).

Así mismo, (Fantin, 2006 s.r.f González y otros., 2016) afirma también que los usuarios adolescentes presentan características de personalidad específicas, con una tendencia a relacionarse agresivamente con los demás, a ser irresponsables e impulsivos, además de ser indiferentes a las necesidades de los demás, mostrando conductas rebeldes y de oposición en las relaciones familiares. Algunos autores coinciden en que los rasgos de personalidad antisociales están directamente relacionados con el consumo de drogas.

Está claro que el consumo de drogas actual es superior con respecto a cualquier momento del pasado. Los botellones, el consumo de tabaco asociado en los adolescentes a una publicidad orientada especialmente a ellos, así como el consumo de cánnabis percibido como algo normalizado, provoca que se considere parte de una cultura específica y preocupante, fundamentalmente porque se empieza a consumir, y se abusa de las mismas, desde edades tempranas (Becoña, 2000).

“Especialmente preocupante es la repercusión que tiene la banalización del uso del cannabis por los adolescentes, donde precisamente se está experimentando un mayor incremento del uso y donde menos información rigurosa existe sobre los efectos y donde existe una menor percepción del riesgo que asumen con su consumo” (Bobes y Calafat, p.5) .

2.4.1 ¿Cómo, con quién y dónde comienzan a consumir cánnabis los/as adolescentes?

Como indica (Becoña 1999 s.r.f Isorna, 2012a, p.185), “para que se pueda producir el consumo tiene que estar presente la sustancia, poder estar disponible y acceder a ella. La forma, el tamaño, la presentación, el modo de obtenerla, así como el precio, son variables importantes para el consumo”.

Lo que determina el inicio en el consumo de cánnabis es la presencia de determinadas características propias de la edad adolescente, que pueden empujarle hacia la experimentación y el consumo de cánnabis, como por ejemplo, la curiosidad ante todo lo que es nuevo para ellos, el deseo de participar e integrarse en un grupo que les lleva a aceptar cualquier condición que se les imponga, el afán de disfrutar y descubrir nuevas sensaciones, el sentimiento de rebeldía ante los adultos y la búsqueda de la propia identidad y camino (Del Pozo y otro., 2008).

NIDA (2012) indica que los niños/as y los adolescentes que tienen trastornos mentales sin tratar, como el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, trastornos de la conducta o ansiedad, o que han sufrido abuso físico o sexual tienen un mayor riesgo a la hora de iniciarse en el consumo de cánnabis y otras drogas.

El consumo abarca desde un uso ocasional (en fiestas, fines de semana, etc.) hasta un uso compulsivo. El uso experimental es muy común sobre todo en adolescentes, cuyo fin es el de comprobar de primera mano los efectos que produce el cánnabis (Arias, 2002).

En los usuarios entrevistados para el estudio realizado por Gamella y Jiménez (2003), la edad de inicio en el consumo de cánnabis fue de 16 años. Además, el lugar donde probaron por primera vez esta droga fue en la calle/plaza seguido de en casa de un amigo o familiar. Los amigos son las personas con las que se inician en el consumo, es raro empezar a fumar en solitario.

Por otro lado, la FAD (1998) señala que el consumo del cannabís suele ser en grupo. El porro es compartido por varias personas, lo que contribuye de manera psicológica a reforzar el grupo y hacer a los individuos participes de él.

2.4.2 ¿Por qué consumen cánnabis los/as adolescentes?

Los niños y los adolescentes empiezan a fumar marihuana por muchas razones, entre las más comunes, la curiosidad y el deseo de formar parte de un grupo social. Algunos tienen un grupo de amigos que consume drogas y los presionan a hacer lo mismo. Otras razones son porque ya fuman cigarrillos o beben alcohol y les da igual cualquier riesgo. El consumo de drogas comienza como un medio para hacer frente a la ansiedad, la ira, la depresión o el aburrimiento y/o evadir los problemas (NIDA, 2012).

(Luengo, Otero-López, Romero y Gómez, 1996 s.r.f González y otros., 2016), alegan que la búsqueda de sensaciones es una variable relevante para diferenciar los consumidores de los no consumidores en los adolescentes. Además, concluyen que el uso de sustancias está asociado en ambos sexos con mayores niveles de inestabilidad emocional, mayor extroversión y psicoticismo (vulnerabilidad a conductas impulsivas, agresivas o de baja empatía), así como un marcado perfil de búsqueda de sensaciones.

Las motivaciones básicas por las que consumen los adolescentes y jóvenes cannabis son, según Sánchez (2003) y Gamella y Jiménez (2003), las siguientes:

- Curiosidad, necesidad de experimentar sensaciones nuevas.
- Rebeldía, trasgresión de las normas.
- Diversión, risa, alegría.
- “Colocón” (distorsión perceptiva y cognitiva).
- Mejora de las relaciones sociales, una gran necesidad de sentirse aceptado e integrado en el grupo de amigos.
- Relajación y evasión de los problemas de la vida cotidiana.
- Droga barata y fácil de conseguir.
- Porque una vez iniciado el consumo no pueden abandonarlo.

Determinadas características socioculturales de nuestra sociedad son señaladas en numerosas investigaciones como posibles explicaciones de los comportamientos descontrolados y consumos compulsivos de drogas. La autora Arax (2002) señala algunas, tales como: perspectiva de futuro negativa, tendencia al hedonismo (búsqueda de placer y diversión), presentismo (vivir el aquí y ahora), la transformación química de los estados de ánimo (idea de que existen formas farmacológicas que ofrecen soluciones a los problemas y satisfacción), impulsividad, individualismo y desintegración social, bajo nivel de tolerancia a la frustración y problemas de integración social.

Por otro lado, Gamella y Jiménez (2003) indican también, a partir del estudio realizado a un amplio grupo de españoles, diferentes motivos y razones por los que las personas consumen cánnabis: relajarse, ayudarles a dormir, disfrutar de la música, películas y/o televisión, inspiración, combatir el estrés, colocarse, como remedio para el aburrimiento, tratar o aliviar ciertas dolencias sin consulta

médica, sentirse menos ansioso/a, olvidar preocupaciones, reducir la inhibición y para mejorar la sociabilidad.

Además, NIDA (2012), señala otras razones por las que las personas comienzan a fumar marihuana, entre las que destaca: la curiosidad y el deseo de formar parte de un grupo social, la presión por parte de amigos/as que consumen drogas, para tratar la ansiedad, la ira, depresión y aburrimiento, del mismo modo, matiza la imitación de conducta de familiares que consumen.

2.4.3 ¿Puede el consumo de cánnabis llevar al consumo de otras drogas?

“Los estudios a largo plazo sobre los patrones de consumo de drogas de los estudiantes de la secundaria muestran que la mayoría de los jóvenes que consumen drogas, primero probaron la marihuana, el alcohol o el tabaco. Pero también es cierto que muchos jóvenes no pasan a consumir otras drogas. Es necesario más investigaciones para determinar quién corre mayor riesgo” (NIDA, 2012, p.15).

“La edad de comienzo a la hora de consumir diversas drogas sigue un patrón en el que se suele empezar con las drogas más aceptadas socialmente y más disponibles (alcohol, tabaco entre ellas); luego aquellas cuyo uso recreativo se considera ilícito pero no demasiado peligroso y sancionable; luego las más difíciles de conseguir y, generalmente, las que se ven como más peligrosas” (Gamella y Jiménez, 2003, p.38).

El elemento primordial que va a mantener el consumo de drogas son las consecuencias, positivas o negativas, que siguen a dicho consumo. En función de estas, la persona decidirá continuar o no consumiendo esa sustancia. El consumo de drogas pasa por un proceso de escalada, es decir, se empieza por el consumo de alcohol y tabaco, tras esto se pasa a un proceso de abuso o dependencia del alcohol, dando paso al consumo de cánnabis, para luego pasar a otras drogas ilegales como la cocaína, heroína, drogas de síntesis, entre otras (Bobes y otros., 2011).

Según Rodríguez de Fonseca y otros. (2012) diversos estudios han realizado la comparativa entre el uso de cánnabis y el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas ilegales, lo que sugiere que el primero puede actuar como droga facilitadora o inductora del consumo de otras sustancias ilegales, interviniendo factores de personalidad, sociológicos y de disponibilidad de las drogas. Esta asociación es más intensa cuanto menor es la edad de inicio del consumo de cánnabis.

2.4.4 Creencias de los/as adolescentes sobre el cánnabis.

Muchos jóvenes no tienen total información sobre el cánnabis, e incluso saben cosas de manera errónea.

Moradillo (2001) alude que a pesar de ser el cannabís una droga ilegal, existe una permisividad social y de vez en cuando aparecen colectivos proponiendo su liberalización al considerarla no perjudicial para la salud.

“Desde hace décadas se plantea su legalización o despenalización por parte de diversos grupos, basándose en su escasa capacidad adictiva o toxicidad a largo plazo. Se han incluido en esta polémica los datos sobre sus potenciales efectos beneficiosos en dolencias médicas concretas” (Rubio y Santo-Domingo, 2004, p.167).

Gamella y Jiménez (2003) muestran que desde los movimientos o tendencias a favor del cánnabis se difunde una idea favorable del mismo, se apoyan en algunos datos importantes pero silencian otros. Por ejemplo, el humo de un porro contiene tantos o más factores cancerígenos que el de un cigarrillo. Por otra parte, el uso prolongado de cánnabis se asocia con déficits en la memoria, la atención y la capacidad de filtrar información que permanecen más allá del periodo de intoxicación. La Marihuana debe preocuparnos, especialmente el que se empiece a fumar porros por término medio a los 14 o 15 años y que los centros escolares sean lugares centrales en la difusión del interés.

La mayoría de los adolescentes y jóvenes han oído hablar del cánnabis y sus derivados (hachís, marihuana, etc.) y una buena parte ha tenido contacto directo con estas sustancias. Sin embargo, consideran esta sustancia como inocua, y creen que no supone riesgos para la salud (Sánchez, 2003).

2.4.5 Prevalencia del consumo de cánnabis en los/as adolescentes

Se estima que el 1% de los adultos europeos consumen cánnabis a diario, la mayor proporción de estos, son hombres y comprenden edades de entre 15 y 34 años. Al igual que ocurre en Europa, en España las prevalencias de consumo de cánnabis más elevadas se registran también entre los más jóvenes. Además, nuestro país se sitúa, según el último Informe Europeo sobre Drogas, en la cabeza del ranking europeo como uno de los países más consumidores de drogas (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías [EMCDDA], 2016).

Para conocer la prevalencia de consumo del cánnabis nos basaremos en datos estadísticos ofrecidos por el Observatorio español de la droga y las toxicomanías (OEDT). En su último informe se plasman algunos resultados de 2013 de la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES); en ellos destaca que las drogas con mayor prevalencia de consumo, en los últimos 12 meses, son el alcohol (78%), tabaco (41%), hipnosedantes (12%), seguidos del cannabís (9%) y la cocaína (2%); así mismo, la prevalencia de consumo se concentra entre los 15 y 34 años.

En este apartado, por un lado, se plasmará la prevalencia del consumo de cánnabis en los/as adolescentes a nivel estatal y por otro lado, a nivel de la Comunidad Autónoma de Canarias.

2.4.5.1 Prevalencia del consumo de cánnabis de los/as adolescentes en España

El OEDT (2016), en la última encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España [ESTUDES], señala que el cannabís es la droga ilegal más consumida por los jóvenes; la edad media de inicio del consumo se sitúa antes de cumplir los 15 años. Además, tras el alcohol y el tabaco, es la sustancia psicoactiva más disponible.

No obstante, desde el año 2009, y teniendo en cuenta a toda la población consumidora no únicamente a los jóvenes, el cánnabis ha sido desbancado como la tercera sustancia más consumida en el último año, situándose los hipnosedantes en este lugar. Queda demostrado que probar el cánnabis está más normalizado que en generaciones anteriores. Además, la prevalencia para los últimos 30 días, en la población en general, es la más reducida de la última década (OEDT, 2014).

Resultan relevantes las diferencias intersexuales en los patrones de consumo, hallándose en que los chicos consumen una mayor proporción de drogas ilegales que en las chicas, incrementándose a medida que aumenta la edad (Miller, Naimi, Brewer y Everett, 2007; OEDT, 2011 s.r.f Hernández y otros., 2016). Concretamente, el OEDT (2016) señala que la prevalencia de consumo entre los varones que han consumido alguna vez en la vida cánnabis (31,5%) supera por 4,7 puntos la obtenida entre las chicas.

Tabla 2.4.5.1.1: Prevalencia del consumo de cannabis de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que ha consumido cannabis, según sexo y edad (%). España, 2014.

EDAD	14 AÑOS		15 AÑOS		16 AÑOS		17 AÑOS		18 AÑOS		TOTAL	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Alguna vez en la vida	13,2	11,4	23,3	20,1	34,8	31,5	45,3	38	47,9	42,5	31,5	26,8
En los últimos 12 meses	11,5	10,5	21	18,3	31,5	27,6	40,3	31,3	40	33,4	28	23
En los últimos 30 días	8,3	7,2	16,2	12,7	24,4	19	30,7	21,5	31,5	22,8	21,4	15,8

Fuente: Elaboración propia a partir de (Observatorio español de la droga y las toxicomanías [OEDT], 2016)

Comprobamos, según los datos ofrecidos por el OEDT (2016), como el consumo de cánnabis está más extendido en el sexo masculino que en femenino. Los porcentajes de las mujeres resultan en torno a 5-6 puntos más reducidos en los chicos. Además, a medida que aumenta la edad, considerablemente también lo hace el consumo, siendo superior en las edades comprendidas entre los 16, 17 y 18 años.

Por otro lado, de las personas que consumen cánnabis en alguna ocasión (3 de cada 10 personas) a los que mantienen su consumo en los últimos 30 días, la proporción se reduce considerablemente, mostrando así que no todos los jóvenes que prueban el cánnabis alguna vez en su vida acaban abusando de la misma con el paso del tiempo.

Cabe destacar que se produce un leve ascenso de la prevalencia con respecto al año 2012, que había anotado los valores más reducidos de la última década (OEDT, 2016).

El derivado del cánnabis más extendido entre los jóvenes de 14 a 18 años es la marihuana, seguido por el hachís. Sin embargo, en torno al 20-30% de mujeres y hombres se decantan por la mezcla de ambos derivados. Por otro lado, la media de porros consumidos al día, tanto de hombres como de mujeres, oscila entre los 3-4 porros diarios (OEDT, 2016).

2.4.5.2 Prevalencia del consumo de cánnabis de los/as adolescentes en Canarias

La edad media de inicio en el consumo de cánnabis en Canarias se sitúa en torno a los 14-15 años, no mostrándose variación alguna con la media de edad de inicio en el consumo a nivel estatal. (OEDT, 2016).

En cuanto a la población en general, y según EDADES 2015, la edad de inicio en el consumo se sitúa en torno a los 18 y 19 años de edad. El consumo se concentra entre los más jóvenes (de 15 a 24 años) (OEDT, 2015).

La media de porros consumidos al día en Canarias es ligeramente mayor a la media nacional, ya que es de 3,9 porros diarios frente a 3,2 porros a nivel nacional. Además, es más frecuente el uso extendido de ambas sustancias (marihuana y hachís) como derivados predilectos a la hora de consumir (OEDT, 2015).

Por otra parte, el OEDT (2016) señala que el 25% de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años de Canarias, ha consumido cánnabis alguna vez en la vida; un 20,9% en los últimos 12 meses y un 15,7% ha consumido en los últimos 30 días. Estos datos muestran altos porcentajes preocupantes, debido a que el tramo de esta edad corresponde ampliamente con la minoría de edad. No obstante, no es una de las Comunidades Autónomas que anote la prevalencia más elevada, puesto que está situada por debajo de la media de consumo nacional.

2.4.5.3 Tratamiento por consumo de cánnabis

Conocer las características de las personas en tratamiento por abuso o dependencia de cánnabis aporta información sobre la situación y tendencias del consumo de drogas.

En el año 2012 se estima que 83.208 personas de 14 a 18 años tienen un consumo problemático/de riesgo, observándose así como el cánnabis cobra especial protagonismo en los servicios de tratamiento por drogas y en las urgencias hospitalarias (OEDT, 2015).

A lo largo de 2010 se mostraba una tendencia descendente en el número de admisiones a tratamiento por drogas ilegales; sin embargo, en 2013, se registra de nuevo una tendencia ascendente en cuanto a admisiones a tratamiento (personas admitidas por primera vez y con tratamiento previo) por abuso o dependencia de drogas ilegales, entre las que se encuentra, en

segundo lugar tras la cocaína, el cánnabis (33%); situándose en cabeza como la responsable de un número elevado de admitidos por primera vez en tratamiento; siendo también la segunda droga más relacionada con urgencias hospitalarias en cuanto a drogas ilegales se refiere (OEDT, 2015).

El OEDT (2015) indica que el 84,2% de los pacientes admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas ilegales fueron varones. Estos pacientes viven en hogares familiares normalmente; además, inician el tratamiento de manera voluntaria o estimulados por parientes o amigos, aunque muchos otros también fueron derivados por médicos de atención primaria, hospitales u otros servicios de tratamiento de drogodependencias.

Concretamente, y tal como viene ocurriendo en años anteriores entre los menores de 18 años, el cánnabis se mantiene como la droga responsable del 95% de las admisiones a tratamiento. Sin embargo, en términos generales, la edad media de personas admitidas por cánnabis es de 26 años, teniendo estos, como mínimo, estudios secundarios completos (OEDT, 2015).

Por último, a nivel de la Comunidad Autónoma de Canarias, durante estos últimos años ha aumentado las peticiones y admisiones a tratamiento referente al consumo de cánnabis.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS GENERALES

Conocer las características de los/as adolescentes consumidores/as de derivados del cánnabis en el I.E.S Agustín de Betancourt, Puerto de la Cruz.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer las características educativas de los/as adolescentes que consumen cánnabis y sus derivados.
- Conocer las características familiares de los/as adolescentes que consumen cánnabis y sus derivados.
- Conocer las características sociales de los/as adolescentes que consumen cánnabis y sus derivados.

- Identificar los estilos de vida de los/as adolescentes consumidores/as habituales de cánnabis.
- Investigar las causas y formas de inicio en el consumo de cánnabis, así como las circunstancias en las que se produce.
- Conocer las razones que lleva a los/as adolescentes a consumir derivados del cánnabis.
- Averiguar si están informados sobre los efectos nocivos sobre la salud del consumo de cánnabis y sus derivados.

4. MÉTODO

A continuación, se desarrolla el método llevado a cabo en el transcurso de esta investigación.

4.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES

La investigación llevada a cabo para poder profundizar en los objetivos planteados y conocer las características de los/as adolescentes consumidores de derivados del cánnabis es de tipo cuantitativo. Tal y como señala Beltrán (2010), las ciencias sociales son primordialmente cuantitativistas, en el sentido de que la medición, el resumen estadístico, la prueba de sus hipótesis constituyen características habituales del método cuantitativo.

La misma, se realizó a través de la recogida de información correspondiente a la población total, del I.E.S Agustín de Betancourt, uno de los institutos pertenecientes al municipio del Puerto de la Cruz. Para recoger la información pertinente, se empleó un cuestionario como instrumento de recogida de datos.

4.2 VARIABLES

Las variables cuya relación guardan con los objetivos específicos, y en las que nos vamos a centrar, se exponen a continuación:

- Género.
- Edad de inicio en el consumo.
- Aspectos académicos (nivel de estudios, motivación, fracaso escolar...).
- Disposición monetaria.

- Formas de consumo.
- Patrón horario de consumo.
- Nivel de información sobre el cánnabis y otras drogas.
- Antecedentes familiares de consumo.
- Razones y motivos para consumir.
- Forma de adquisición de los derivados del cánnabis.
- Permisividad y aceptación social del consumo en el grupo de iguales.

4.3 POBLACIÓN, PERIODO TEMPORAL Y ÁMBITO GEOGRÁFICO

La población objeto de estudio la componen los/as adolescentes estudiantes del Instituto Agustín de Betancourt, situado en el municipio del Puerto de la Cruz, Tenerife; que cursan 4º E.S.O, 1º y 2º de Bachillerato, así como cursos de Formación Profesional; cuyas edades están comprendidas entre 15 y 24 años.

4.4 TÉCNICA DE RECOGIDA DE DATOS

Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario realizado para este fin con preguntas cerradas, basado en la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias [ESTUDES], (2015) y en Gamella y Jiménez, (2003).

El cuestionario cuenta con 34 preguntas, en las que se tarda aproximadamente 7 minutos en responder. La cumplimentación y recogida de cuestionarios se realizó en horario escolar, en el instituto correspondiente, durante la tercera semana del mes de abril.

El cuestionario contiene preguntas cerradas, es decir, con respuestas dicotómicas (sí/no), tricotómicas (sí, no, a veces) y respuesta múltiple, tales como datos personales, actividades a realizar en el tiempo libre, así como los motivos y razones para consumir.

4.5 TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS

La herramienta utilizada para el análisis de datos se trata de Microsoft Excel, con motivo de que las respuestas de los cuestionarios recogidos con antelación se han codificado y muestran datos cuantitativos; siendo de esta forma más sencillo para la elaboración de las tablas correspondientes, así como para el análisis de las mismas.

5. RESULTADOS

A continuación, se plasman los resultados obtenidos a partir del cuestionario realizado por la población del I.E.S Agustín de Betancourt, en el municipio del Puerto de la Cruz.

Los resultados se presentan mediante tablas de frecuencia con sus correspondientes porcentajes. Así mismo, están reflejados a través de diferentes apartados en el que se realizará distinción entre los/as adolescentes consumidores/as, no consumidores/as, así como los adolescentes que consumieron en algún momento de sus vida derivados del cánnabis, pero dejaron de hacerlo. Estos apartados son: datos sociodemográficos, situación familiar, datos académicos, ocio y tiempo libre, nivel de información sobre el cánnabis, y por último, aspectos determinantes sobre su consumo.

5.1 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS/AS ADOLESCENTES ENCUESTADOS/AS

En primer lugar, se expondrán los resultados referentes a si consumen, han consumido o no cánnabis los/as adolescentes, así como el género, edad, curso y disposición monetaria semanal.

Tabla 5.1.1: Prevalencia del consumo de cánnabis en el alumnado del I.E.S Agustín de Betancourt.

CONSUMIDOR/A	f	%
SÍ	37	19,2%
NO	129	66,8%
LO CONSUMÍA, PERO YA NO	26	13,5%
NS/NC	1	0,5%
TOTAL	193	100

En primer lugar, cabe señalar que de los adolescentes encuestados/as, el 19,2% consume cánnabis, el 13,5% consumía con anterioridad pero actualmente no, y un 66,8% no es consumidor/a de cánnabis. Así mismo, una persona encuestada (0,5%) respondió que no sabía o no quería contestar.

Tabla 5.1.2: Prevalencia del consumo de cánnabis en el alumnado del I.E.S Agustín de Betancourt, según sexo.

SEXO	SI		NO		YA NO		NS/NC		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
HOMBRES	21	56,7	59	45,7	16	61,5	1	100	97	50,2
MUJERES	16	43,2	70	54,2	10	38,4	-	-	96	49,7
TOTAL	37	100	129	100	26	100	1	100	193	100

Se realizaron un total de 193 encuestas, cuyos resultados en cuanto al sexo es bastante equitativa, ya que el 50,2% de adolescentes encuestados son hombres y el 49,7% mujeres. Además, de las personas que consumen cánnabis actualmente, el 56,7% son hombres y el 43,2% mujeres, frente al

45,7% de adolescentes que no han consumido nunca cánnabis y son hombres y un 54,2% mujeres. Por otro lado, de las personas que consumieron alguna vez en su vida, pero ya no lo hacen, el 61,5% son chicos y el 38,4% chicas. A simple vista, podemos ver que existe un mayor porcentaje de hombres que de mujeres consumidoras, no obstante, son más los/as adolescentes que nunca han consumido que las que sí consumen cánnabis en la actualidad.

Tabla 5.1.3: Prevalencia del consumo de cánnabis en el alumnado del I.E.S Agustín de Bentancourt, según edad.

EDAD	SI		NO		YA NO		NS/NC		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
15 años	3	8,1	22	1,5	2	7,7	-	-	27	13,9
16 años	9	24,3	32	24,8	7	26,9	-	-	48	24,9
17 años	14	37,8	35	27,1	7	26,9	-	-	56	29
18 años	7	18,9	19	14,7	5	19,2	-	-	31	16
19 años	1	2,7	9	6,9	2	7,7	-	-	12	6,2
20 años	-	-	5	3,8	1	3,8	-	-	6	3,1
21-24 años	3	8,1	7	5,4	2	7,7	1	100	13	6,7
TOTAL	37	100	129	100	26	100	1	100	193	100

El tramo de edad comprendido entre los 16 y 17 años es donde se sitúa la prevalencia más alta de consumidores/as (62,1%); el 8,1% que afirma consumir, tiene 15 años. Además, a medida que aumenta la edad, se reduce el consumo, ya que a partir de los 18 años cada vez menos adolescentes señalan consumir cánnabis. Por otro lado, el 7,7% de las personas de 15 años indican no haber consumido nunca, lo mismo ocurre con el 51,9% de los encuestados de 16 y 17 años. Cabe destacar que, a partir de los 18 años en adelante, los adolescentes indican que no han consumido nunca (30,8%), o dejaron de hacerlo en la actualidad (38,4%).

Tabla 5.1.4: Prevalencia del consumo de cánnabis en el alumnado del I.E.S Agustín de Betancourt, según la titulación que cursan.

CURSO	SI		NO		YA NO		NS/NC		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
4º E.S.O	7	18,9	43	33,3	7	26,9	-	-	57	29,5
1º BACH.	12	32,9	38	29,4	5	19,2	-	-	55	28,5
2º BACH.	8	21,6	33	25,6	3	11,5	-	-	44	22,8
CICLO	5	13,5	14	10,8	11	42,3	1	100	31	16,1
CFPB	5	13,5	1	0,8	-	-	-	-	6	3,1
TOTAL	37	100	129	100	26	100	1	100	193	100

Del total de personas consumidoras, en mayor proporción estudian 1º de Bachillerato (32,9%) y 2º de Bachillerato (21,6%), seguido de 4º de la E.S.O (18,9%), Ciclo Formativo de Grado Medio (13,5) y Ciclo de Formación Profesional Básica (CFPB) con un 13,5%. Por otro lado, de las personas que no

han consumido nunca, un alto porcentaje pertenece a los/as adolescentes de 4º E.S.O (33,3%), 1º de Bachillerato (29,4%) y 2º de Bachillerato (25,6%). Además, de las personas que consumían antes pero ya no lo hacen el mayor porcentaje se sitúa en los adolescentes estudiantes de ciclo (42,3%), 4º de la E.S.O (26,9%), y en último lugar 1º de Bachillerato (19,2%) y 2º de Bachillerato (11,5%).

Tabla 5.1.5: Prevalencia del consumo de cánnabis en el alumnado del I.E.S Agustín de Betancourt, según disposición monetaria semanal.

EUROS	SI		NO		YA NO		NS/NC		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
5-10	3	8,1	26	20,1	2	7,7	-	-	31	16,1
10-20	5	13,5	22	17,1	3	11,5	-	-	30	15,5
20-50	1	2,7	9	7	2	7,7	-	-	12	6,2
+50	2	5,4	2	1,5	1	3,8	-	-	5	2,6
Lo que necesite	18	48,6	55	42,6	13	50	-	-	86	44,5
No me dan dinero	8	21,6	15	11,6	5	19,2	1	100	29	15
TOTAL	37	100	129	100	26	100	1	100	193	100

En cuanto al dinero que reciben a la semana para gastos personales, la gran mayoría reciben todo el dinero que necesiten (44,5%), concretamente los/as adolescentes consumidores de cánnabis reciben en mayor proporción lo que necesiten de dinero (48,6%); lo mismo ocurre con los que no han consumido nunca (42,6%). Por otro lado, de las personas que ya no consumen pero lo hicieron en algún momento de su vida, el 50% también recibe lo que necesite y pida.

5.2 SITUACIÓN FAMILIAR

A continuación, se expondrán los resultados referentes a la situación familiar actual de convivencia y relacional; así como los antecedentes familiares de consumo de drogas, teniendo en cuenta a las personas con las que conviven en la unidad familiar.

Tabla 5.2.1: Prevalencia del consumo de cánnabis en el alumnado del I.E.S Agustín de Betancourt, teniendo en cuenta si sus padres están separados o no.

SEXO	SI		NO		YA NO		NS/NC		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
SI	16	43,2	49	38	12	46,2	1	100	78	40,4
NO	21	56,7	80	62	14	53,8	-	-	115	59,6
TOTAL	37	100	129	100	26	100	1	100	193	100

De la población encuestada, la mayoría no tiene a sus padres separados; concretamente, de las personas consumidoras de cánnabis, el 43,2% tiene a sus padres separados y el 56,7%, por el contrario, no. De las personas que nunca han consumido, el 62% no tiene a sus padres separados, esto ocurre también en el 53,8% de los/as adolescentes que consumieron alguna vez en su vida,

pero que actualmente ya no lo hace. Cabe señalar que existe mayor proporción de padres separados entre los que consumieron alguna vez en su vida y consumen actualmente, que en los que nunca han consumido.

Tabla 5.2.2: Prevalencia del consumo de cánnabis en el alumnado del I.E.S Agustín de Betancourt, según las personas con las que conviven.

PERSONAS	SI		NO		YA NO		NS/NC		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
PADRE	20	20,2	86	25,1	19	28,3	1	33,3	126	24,6
MADRE	35	35,3	122	35,6	21	31,3	1	33,3	179	35
HERMANOS/AS	21	21,2	88	25,6	15	22,4	1	33,3	125	24,4
PAREJA M.	14	14,1	13	3,8	3	4,5	-	-	30	5,8
PAREJA P.	1	1	1	0,3	1	1,5	-	-	3	0,6
HIJOS/AS	3	3	4	1,2	2	3	-	-	9	1,7
ABUELOS/AS	2	2	24	7	4	6	-	-	30	5,8
OTROS	3	3	5	1,4	2	3	-	-	10	1,9
TOTAL	99	100	343	100	67	100	3	100	512	100

Esta cuestión fue planteada de manera que pudieran elegir varias respuestas (respuesta múltiple); podemos apreciar que la mayoría de los/as encuestados/as vive junto a su madre (35%), el 24,6% con su padre y con hermanos/as un 24,4%.

Por un lado, de los/as adolescentes que consumen cánnabis, el 35,3% vive junto a su madre, seguido de junto a sus hermanos/as (21,2%) y padre (20,2%). Además, en el caso de aquellos que sus padres están separados, el 14,1% convive con la pareja de la madre. Por otro lado, en cuanto a las personas que nunca han consumido, se repite el mismo patrón de personas de convivencia que en el caso de los/as encuestados/as consumidores; lo mismo ocurre en el caso de aquellos/as que consumieron alguna vez durante su vida pero ya no lo hacen.

Tabla 5.2.3: Prevalencia del consumo de cánnabis en el alumnado del I.E.S Agustín de Betancourt, según la relación con su padre.

RELACIÓN PADRE	SI		NO		YA NO		NS/NC		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
MUY BUENA	11	57,9	63	72,4	11	57,9	-	-	85	67,4
BUENA	5	26,3	18	20,7	4	21,1	-	-	27	21,4
REGULAR	1	5,3	5	5,7	4	21,1	1	100	11	8,7
MALA	2	10,5	1	1,1	-	-	-	-	3	2,4
MUY MALA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	19	100	87	100	19	100	1	100	126	100

En general, la relación que mantienen los/as encuestados/as con su padre es muy buena, haciendo incluso distinción entre los consumidores y no consumidores. Específicamente, el 84,2% de las

personas que consumen indican llevarse “muy bien” y “bien” con su padre, solo un 10,5% señala llevarse “mal”. Por otro lado, de los/as encuestados/as que nunca han consumido cánnabis, el 93,1% también indica tener “muy buena” y “buena” relación con su padre.

Tabla 5.2.4: Prevalencia del consumo de cánnabis en el alumnado del I.E.S Agustín de Betancourt, según la relación con su madre.

RELACIÓN MADRE	SI		NO		YA NO		NS/NC		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
MUY BUENA	24	70,6	90	73,8	12	54,5	1	100	127	70,9
BUENA	7	20,6	23	18,9	8	36,4	-	-	38	21,2
REGULAR	2	5,9	8	6,5	2	9,1	-	-	12	6,7
MALA	-	-	1	0,8	-	-	-	-	1	0,6
MUY MALA	1	2,9	-	-	-	-	-	-	1	0,6
TOTAL	34	100	122	100	22	100	1	100	179	100

En general, la relación con la madre, al igual que ocurre con el padre, es muy buena. En primer lugar, de las personas que consumen, el 91,2% indican tener “muy buena” y “buena” relación con su madre, el 8,8% señala tener “regular” y “muy mala” relación. En segundo lugar, de los/as encuestados/as que conviven con su madre y nunca han consumido, el 92,7% mantiene “muy buena” y “buena” relación. Esta situación se repite también con los/as adolescentes que consumieron alguna vez en su vida, aunque ya no lo hacen. Al igual que ocurre con la relación con los padres de los encuestados/as, no nos aporta resultados esclarecedores, ya que la relación de los/as adolescentes tanto consumidores como no, es en su mayoría, “muy buena” y “buena”.

Tabla 5.2.5: Prevalencia del consumo de cánnabis en el alumnado del I.E.S Agustín de Betancourt, según la relación con la pareja de su padre.

RELACIÓN PAREJA P.	SI		NO		YA NO		NS/NC		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
MUY BUENA	1	50	-	-	-	-	-	-	1	33,3
BUENA	1	50	-	-	-	-	-	-	1	33,3
REGULAR	-	-	1	100	-	-	-	-	1	33,3
MALA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MUY MALA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	2	100	1	100	-	-	-	-	3	100

De la población que convive con la pareja de su padre y es consumidora, el 100%, es decir el total, indica tener “muy buena” y “buena” relación con la pareja de su padre; por otro lado, únicamente una persona que nunca ha consumido indicó tener una relación “regular”.

Tabla 5.2.6: Prevalencia del consumo de cánnabis en el alumnado del I.E.S Agustín de Betancourt, según la relación con la pareja de su madre.

RELACIÓN PAREJA M.	SI		NO		YA NO		NS/NC		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
MUY BUENA	3	27,3	4	23,5	1	50	-	-	8	26,7
BUENA	3	27,3	5	29,4	-	-	-	-	8	26,7
REGULAR	4	36,4	3	17,6	1	50	1	100	8	26,7
MALA	1	9,1	5	29,4	-	-	-	-	6	20
MUY MALA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	11	100	17	100	2	100	1	100	30	100

De los/as adolescentes consumidores/as, el 54,6% indica mantener “muy buena” y “buena” relación con la pareja de su madre; en esta pregunta existe más variación con respecto a las relaciones de familiares anteriores, ya que casi la mitad de consumidores/as no mantienen tan buena relación y afirman llevarse “mal” y “regular” con la pareja de su madre (45,5%). En cuanto a las personas que nunca han consumido, ocurre lo mismo, el 52,9% se llevan “muy bien” o “bien” y un 47% “mal” y “regular”. Por último, y en referencia a los que consumían con anterioridad pero ya no, el 50% mantiene “muy buena” relación y el otro 50% se llevan “regular”. En esta cuestión, sí existe cierta relación entre las personas que consumen cánnabis y mantienen una relación regular, es decir, no tan buena con la pareja de su madre, que los que no consumen.

Tabla 5.2.7: Prevalencia del consumo de cánnabis en el alumnado del I.E.S Agustín de Betancourt, según la relación con sus hermanos/as.

RELACIÓN HERMANOS	SI		NO		YA NO		NS/NC		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
MUY BUENA	10	47,6	47	53,4	6	40	-	-	63	50,4
BUENA	11	52,4	30	34,1	6	40	1	100	48	38,4
REGULAR	-	-	10	11,4	2	13,3	-	-	12	9,6
MALA	-	-	1	1,1	1	6,7	-	-	2	1,6
MUY MALA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	21	100	88	100	15	100	1	100	125	100

En general, se repite el mismo patrón que con las personas anteriores, ya que la relación con los/as hermanos/as de los/as encuestados/as es “muy buena” y “buena”. En concreto, el total de personas consumidoras se llevan “muy bien” y “bien” con sus hermanos/as. De las personas que nunca han consumido, el 87,5% también mantiene una “muy buena” y “buena” relación; por último, de los/as adolescentes que en algún momento de su vida consumieron pero, sin embargo, ya no lo hacen, el 80% mantiene “muy buena” y “buena” relación, y solo el 20% indica llevarse “regular” y “mal” con estos/as.

Tabla 5.2.8: Prevalencia del consumo de cánnabis en el alumnado del I.E.S Agustín de Betancourt, según la relación con los hijos/as de la pareja de su madre/padre.

RELACIÓN HIJOS P. P.	SI		NO		YA NO		NS/NC		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
MUY BUENA	1	33,3	-	-	-	-	-	-	1	11,1
BUENA	2	66,7	1	25	1	50	-	-	4	44,4
REGULAR	-	-	1	25	1	50	-	-	2	22,2
MALA	-	-	2	50	-	-	-	-	2	22,2
MUY MALA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	3	100	4	100	2	100	-	-	9	100

Entre los/as encuestados/as consumidores/as predomina la buena relación con los hijos de la pareja de su madre/padre. En cuanto a los/as adolescentes que nunca han consumido, el 50% señala llevarse “regular” y el otro 50% “mal”. Por último, de aquellas personas que consumieron en algún momento de su vida, pero ya no lo hacen, el 50% mantiene “buena” relación y el otro 50% “regular”.

Tabla 5.2.9: Prevalencia del consumo de cánnabis en el alumnado del I.E.S Agustín de Betancourt, según la relación con sus abuelos/as.

RELACIÓN ABUELOS	SI		NO		YA NO		NS/NC		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
MUY BUENA	1	50	12	50	1	25	-	-	14	46,7
BUENA	1	50	8	33,3	2	50	-	-	11	36,7
REGULAR	-	-	2	8,3	1	25	-	-	3	10
MALA	-	-	2	8,3	-	-	-	-	2	6,7
MUY MALA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	2	100	24	100	4	100	-	-	30	100

El total de personas consumidoras que viven con sus abuelos/as mantienen muy buena y buena relación con estos/as. Por otro lado, aquellos que no han consumido nunca mantienen “muy buena” relación (50%), “buena” (33,3%) y el 16,6% señala llevarse “mal” y “regular” con sus abuelos/as. Por último, el 75% de los que eran consumidores/as con anterioridad se llevan “muy bien” y “bien”, tan solo un 25% indica llevarse “regular”.

Tabla 5.2.10: Prevalencia del consumo de cánnabis en el alumnado del I.E.S Agustín de Betancourt, según la relación con otros familiares.

RELACIÓN OTROS FAM.	SI		NO		YA NO		NS/NC		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
MUY BUENA	2	66,7	3	60	1	50	-	-	6	60
BUENA	1	33,3	2	40	1	50	-	-	4	40
REGULAR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MALA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MUY MALA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	3	100	5	100	2	100	-	-	10	100

Con respecto a la relación con otros familiares con los que conviven, los/as encuestados/as, tanto consumidores actuales como aquellos que nunca han consumido o que ya no consumen, mantienen muy buena y buena relación con los mismos.

Tabla 5.2.11: Prevalencia del consumo de cánnabis en el alumnado del I.E.S Agustín de Betancourt, según el consumo de drogas de su padre.

CONSUMO D. PADRE	SI		NO		YA NO		NS/NC		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
SI	6	30	23	26,1	2	10,5	-	-	31	24,2
NO	10	50	61	69,3	16	84,2	1	100	88	68,7
A VECES	2	10	1	1,1	1	5,3	-	-	4	3,1
NC/NC	2	10	3	3,4	-	-	-	-	5	3,9
TOTAL	20	100	88	100	19	100	1	-	128	100

La mayoría de adolescentes encuestados/as revelan que su padre no consume ninguna droga (68,7%). El 50% de las personas consumidoras de cánnabis señala que su padre no consume drogas, un 30% indica que sí consume algún tipo de drogas, como el alcohol y el tabaco; así mismo, de estos/as encuestados/as, el 10% indica que en ocasiones consume. Por otro lado, la mayoría de los/as adolescentes que no consumen (69,3%), señala que su padre no consume drogas; por el contrario, el 26,1% indica que sí consume. En cuanto a las personas que antes eran consumidoras pero ya no lo son, el 84,2% indica que su padre no consume ninguna droga y tan solo un 10,5% dice que sí. Cabe destacar, que el porcentaje más alto de los/as adolescentes que conviven con un padre consumidor, son consumidores de cánnabis.

Tabla 5.2.12: Prevalencia del consumo de cánnabis en el alumnado del I.E.S Agustín de Betancourt, según el consumo de drogas de su madre.

CONSUMO D. MADRE	SI		NO		YA NO		NS/NC		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
SI	11	33,3	24	19,8	3	14,3	-	-	38	21,2
NO	21	63,6	91	75,2	18	85,7	1	100	131	73,2
A VECES	-	-	3	2,5	-	-	-	-	3	1,7
NC/NC	1	3	3	2,5	-	-	-	-	7	3,9
TOTAL	33	100	121	100	21	100	1	-	179	100

En cuanto al consumo de drogas por parte de su madre, la mayoría de encuestados/as indica que su madre no consume drogas (73,2%). Los/as adolescentes consumidores/as, es decir, el 63,6% indica también que no consume drogas, el 33,3% señala que sí. De las personas que nunca han consumido, el 75,2% indica que su madre no es consumidora de ninguna droga, y el 19,8% señala que sí. Por último, de los/as adolescentes que eran consumidores antes pero ya no, la mayoría, es decir, el

85,7% señala que no consume drogas su madre y un 14,3% que sí. Cabe destacar, que de los/as encuestados/as que señalaron que su madre sí consume alguna droga, la mayoría indican que es el tabaco. En gran proporción, los/as encuestados consumidores tienen más madres consumidoras con respecto al resto de adolescentes.

Tabla 5.2.13: Prevalencia del consumo de cánnabis en el alumnado del I.E.S Agustín de Betancourt, según el consumo de drogas de la pareja de su madre.

CONSUMO D. PAREJA M.	SI		NO		YA NO		NS/NC		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
SI	4	40	4	26,7	1	33,3	-	-	9	33,3
NO	5	50	9	60	3	66,7	1	100	18	58,3
A VECES	1	10	2	13,3	-	-	-	-	2	8,3
NC/NC	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	10	100	15	100	3	100	1	-	30	100

La mayoría de los/as encuestados/as indica que la pareja de su madre no consume drogas (58,3%). Del total de adolescentes que conviven con la pareja de su madre y consumen cánnabis, el 40% señala que esta consume algún tipo de droga; sin embargo, la mayoría, es decir el 50%, afirma que no consume ninguna droga. Por otro lado, de los que nunca han consumido, el 60% señala que la pareja de su madre no consume, y un 26,7% sí. Por último, de las personas que consumían con anterioridad en su vida pero actualmente no, más de la mitad indican que la pareja de su madre no consume ninguna droga (66,7%) y el 33,3% que sí. Entre las drogas consumidas por la pareja de la madre indican cánnabis, alcohol y tabaco. El porcentaje tanto de los/as adolescentes consumidores/as como los que fueron en algún momento de su vida, y afirman que la pareja de su madre consume, es más elevado que el de los/as encuestados/as que nunca han consumido.

Tabla 5.2.14: Prevalencia del consumo de cánnabis en el alumnado del I.E.S Agustín de Betancourt, según el consumo de drogas de la pareja de su padre.

CONSUMO D. PAREJA P.	SI		NO		YA NO		NS/NC		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
SI	1	100	-	-	-	-	-	-	1	33,3
NO	-	-	1	100	1	100	-	-	2	66,7
A VECES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
NC/NC	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	1	100	1	100	1	100	-	-	3	100

Son pocos los/as encuestados/as que conviven con la pareja de su padre, sin embargo, de las personas consumidoras, el 100% indica que esta consume alguna droga, entre las que se encuentra el alcohol de forma no abusiva y el tabaco. Por otro lado, de las dos personas que indicaron que la

pareja de su padre no consume ninguna droga, una nunca ha consumido y otra fue consumidora alguna vez en su vida.

Tabla 5.2.15: Prevalencia del consumo de cánnabis en el alumnado del I.E.S Agustín de Betancourt, según el consumo de drogas de sus hermanos/as.

CONSUMO D. HERMANOS/AS	SI		NO		YA NO		NS/NC		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
SI	6	28,6	7	7,9	1	6,7	-	-	14	11,2
NO	13	61,9	73	82,9	13	86,7	1	100	100	80
A VECES	1	4,7	3	3,4	1	6,7	-	-	5	4
NC/NC	1	4,7	5	5,7	-	-	-	-	6	4,8
TOTAL	21	100	88	100	15	100	1	-	125	100

De las personas encuestadas que consumen cánnabis, el 28,6% indica que sus hermanos/as consumen alguna droga, el 61,9%, por el contrario, señala que no. Por otro lado, de los/as adolescentes que no han consumido nunca, un 7,9% afirma que sus hermanos/as sí consumen alguna droga, no obstante, la gran mayoría, es decir el 82,9% dice que no. Por último, de las personas que consumieron alguna vez pero ya no, el 6,7% revela que sus hermanos/as consumen alguna droga, y el 86,7% indica que no consumen. El alcohol, de forma no abusiva, fue la droga que más señalaron los/as encuestados/as como predilecta a la hora de consumir sus hermanos/as. Cabe destacar, que es bastante superior el porcentaje de los/as hermanos consumidores/as de los/as encuestados/as que consumen cánnabis actualmente que el del resto.

Tabla 5.2.16: Prevalencia del consumo de cánnabis en el alumnado del I.E.S Agustín de Betancourt, según el consumo de drogas de los hijos/as de la pareja de tu madre/padre.

CONSUMO D. HIJOS P. M/P.	SI		NO		YA NO		NS/NC		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
SI	1	33,3	-	-	-	-	-	-	1	10
NO	1	33,3	5	83,3	1	100	-	-	7	70
A VECES	-	-	1	16,7	-	-	-	-	1	10
NC/NC	1	33,3	-	-	-	-	-	-	1	10
TOTAL	3	100	6	100	1	100	-	-	10	100

La mayoría de los hijos/as de la pareja de su madre/padre no consumen drogas (70%). Concretamente, de las personas consumidoras de cánnabis, el 33,3% señala que los hijos/as sí consumen, el otro 33,3% que no, y un 33,3% indica que no sabe o no quiere contestar. Entre los/as adolescentes que nunca han consumido cánnabis, el 83,3% señala que esta persona con la que conviven no consume ninguna droga, y un 16,7% indica que a veces. Por último, tan solo una

persona encuestada que ya no consume cánnabis, pero alguna vez lo hizo, señala que los hijos/as de la pareja de su madre/padre no consume ninguna droga.

Tabla 5.2.17: Prevalencia del consumo de cánnabis en el alumnado del I.E.S Agustín de Betancourt, según el consumo de drogas de sus abuelos/as.

CONSUMO D. ABUELOS/AS	SI		NO		YA NO		NS/NC		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
SI	-	-	2	8,3	-	-	-	-	2	6,7
NO	2	66,7	19	79,2	-	-	-	-	24	80
A VECES	1	33,3	2	8,3	3	100	-	-	3	10
NC/NC	-	-	1	4,1	-	-	-	-	1	3,3
TOTAL	3	100	24	88	3	100	-	-	30	100

El 80% de los encuestados/as indican que sus abuelos/as no consume ninguna droga. En primer lugar, el 66,7% de las personas que consumen afirman también que sus abuelos/as no consumen, y un 33,3% dice que en ocasiones. Por otro lado, el 8,3% de las personas que nunca han consumido cánnabis, indican que su abuelo/a sí es consumidor/a de alguna droga, entre la que señala el alcohol pero no de forma abusiva. El 79,2% de los encuestados de este último grupo, revela que no sus abuelos/as no consumen, y un 8,3% únicamente en determinadas ocasiones. Por último, de aquellos/as adolescentes que consumieron alguna vez en su vida, el 100% señala que a veces consumen.

Tabla 5.2.18: Prevalencia del consumo de cánnabis en el alumnado del I.E.S Agustín de Betancourt, según el consumo de drogas de otros familiares.

CONSUMO D. OTROS FAM.	SI		NO		YA NO		NS/NC		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
SI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
NO	2	100	-	-	1	100	-	-	3	100
A VECES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
NC/NC	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	2	100	-	-	1	100	-	-	3	100

El 100% de los encuestados/as que conviven con otros familiares indican que estos no son consumidores de ninguna droga.

5.3 SITUACIÓN ACADÉMICA

A partir de ahora, los resultados reflejarán la situación académica de los/as adolescentes encuestados/as.

Tabla 5.3.1: Prevalencia del consumo de cánnabis en el alumnado del I.E.S Agustín de Betancourt, según las faltas a clase en los últimos 30 días.

FALTA A CLASE	SI		NO		YA NO		NS/NC		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
SI	25	67,6	72	55,8	19	73,1	1	100	117	60,6
NO	11	29,7	53	41,1	7	26,9	-	-	71	36,8
NC/NC	1	2,7	4	3,1	-	-	-	-	5	2,6
TOTAL	37	100	129	100	26	100	1	100	193	100

En el último mes, el 60,6% de los/as encuestados/as han faltado a clase, dato bastante alarmante; concretamente, la mayoría de las personas consumidoras de cánnabis, el 67,6%, indica que sí ha faltado a clase y, por el contrario, un 29,7% que no. Por otro lado, de las personas que nunca han consumido, el 55,8% ha faltado a clase y el 41,1% no ha faltado en los últimos 30 días, con lo que respecta a estos encuestados/as resulta más equitativo los porcentajes tanto de las personas que han faltado como los que no lo han hecho nunca. Por último, de los/as adolescentes que fueron consumidores pero ya no, el 73,1% ha faltado a clase y el 26,9% no. Se revela que, tanto los/as adolescentes consumidores/as, como los que eran anteriormente en su vida, faltan más a clase que los que nunca han consumido.

Tabla 5.3.2: Prevalencia del consumo de cánnabis en el alumnado del I.E.S Agustín de Betancourt, según las razones para faltar a clase en los últimos 30 días.

RAZONES	SI		NO		YA NO		NS/NC		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
ENFERMEDAD	14	53,8	60	89,5	11	61,1	-	-	85	76,6
NO TENER	9	34,6	5	7,5	7	38,9	-	-	21	18,9
PARA CONSUMIR	3	11,5	-	-	-	-	-	-	3	2,7
OTROS	-	-	2	3	-	-	-	-	2	1,8
TOTAL	26	100	67	100	18	100	-	-	111	100

Las razones para faltar a clase en el último mes fueron, en su gran mayoría, por enfermedad (76,6%), seguido de no tener ganas de ir a clase (18,9%). De las personas consumidoras, el 53,8% señala que falta por motivos de enfermedad y/o consulta médica, muy cercana a ese porcentaje está el motivo de no tener ganas de ir a clase, elegido por el 34,6%, por último, un 11,5% indican que han faltado para fugarse y consumir. Por otro lado, de las personas que nunca han consumido, el 89,5% fue por enfermedad. Por último, de las personas que consumieron en el pasado pero actualmente no, el 61,1% fue por motivo de enfermedad, el 38,9% por no tener ganas de ir a clase.

El motivo de enfermedad está más extendido entre los no consumidores que lo que sí, ya que en estos últimos es también alto el porcentaje de no tener ganas de ir a clase e incluso para consumir.

Tabla 5.3.3: Prevalencia del consumo de cánnabis en el alumnado del I.E.S Agustín de Betancourt, según sus notas durante el curso.

NOTAS	SI		NO		YA NO		NS/NC		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
SOB.	5	13,5	12	9,3	-	-	1	100	18	9,3
NOT.	14	37,8	51	39,5	12	46,1	-	-	77	39,9
BIEN	7	18,9	36	27,9	10	38,5	-	-	53	27,5
SUF.	9	24,3	26	20,1	3	11,5	-	-	38	19,7
INSUF.	2	5,4	4	3,1	1	3,8	-	-	7	3,6
TOTAL	37	100	129	100	26	100	1	100	193	100

Las notas que sacan de media habitualmente los encuestados/as, son en general buenas, la mayoría saca “notable” y “bien” (67,4%), haciendo incluso distinción entre consumidores y no consumidores. En concreto, de los/as adolescentes consumidores/as de cánnabis, el 51,3% saca “notable” y “sobresaliente”, el 43,2% “bien” y “suficiente” y un 5,4% “suspense”. Por otro lado, de las personas que nunca han consumido cánnabis, el 48,8% saca “sobresaliente” y “notable”, un 48% “bien” y “suficiente” y solo un 3,1% “insuficiente”. Por último, de las personas que alguna vez en su vida consumieron pero ya no, el 84,6% saca “notable” y “bien”, un 11,5% “suficiente” y un 3,8% “suspense”.

Tabla 5.3.4: Prevalencia del consumo de cánnabis en el alumnado del I.E.S Agustín de Betancourt, según si ha repetido curso alguna vez en su vida.

REPETIDOR/A	SI		NO		YA NO		NS/NC		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
SI	19	51,3	39	30,2	16	61,5	1	100	75	38,9
NO	18	48,6	85	65,9	10	38,5	-	-	113	58,5
NS/NC	-	-	5	3,9	-	-	-	-	5	2,6
TOTAL	37	100	129	100	26	100	1	-	193	100

Más de la mitad de encuestados/as no han repetido curso durante su vida (58,5%) y un 38,9% “sí”. De las personas consumidoras de cánnabis, el 51,3% ha repetido curso y un 48,6% “no”. Por el contrario, de las personas que nunca han consumido cánnabis, el 65,9% no ha repetido curso y un 30,2% “sí”. Por otro lado, de los/as adolescentes que consumían cánnabis pero ya no, el 61,5% sí ha repetido curso alguna vez y el 38,5% “no”. Resulta bastante alto y no pasa desapercibido el que los/as encuestados tanto consumidores/as como los que consumieron alguna vez en su vida, han repetido más en gran proporción que los que nunca han consumido.

Tabla 5.3.5: Prevalencia del consumo de cánnabis en el alumnado del I.E.S Agustín de Betancourt, según si tiene buena relación con sus compañeros/as de clase.

RELACIÓN COMPAÑEROS/AS	SI		NO		YA NO		NS/NC		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
SI	14	53,8	60	89,5	11	61,1	-	-	85	76,6
NO	9	34,6	5	7,5	7	38,9	-	-	21	18,9
NS/NC	3	11,5	-	-	-	-	-	-	3	2,7
TOTAL	26	100	67	100	18	100	-	-	111	100

La mayoría de los/as adolescentes encuestados/as indican que sí se lleva bien con el resto de compañeros/as de clase (76,6%). Específicamente, el 53,8% de las personas que consumen cánnabis se llevan bien con sus compañeros/as y el 34,6% por el contrario, no; además, el 11,5% indica que no sabe o no quiere contestar. Por otro lado, entre los/as adolescentes que no han consumido nunca, predomina un buen clima de compañerismo, ya que el 89,5% se lleva bien con estos, y tan solo el 7,5% señala que no. Por último, entre las personas que consumieron en algún momento de su vida pero ya no, el 61,1% se lleva bien con sus compañeros/as de clase y el 38,9% indica no tener buena relación. Cabe destacar, que los/as adolescentes no consumidores tienen mejores relaciones con sus compañeros/as de clase que los que sí consumen lo han hecho.

Tabla 5.3.6: Prevalencia del consumo de cánnabis en el alumnado del I.E.S Agustín de Betancourt, según si existe buena relación con sus profesores/as.

RELACIÓN PROFESORES/AS	SI		NO		YA NO		NS/NC		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
SI	30	81,1	107	82,9	24	92,3	1	100	162	83,9
NO	1	2,7	10	7,7	1	3,8	-	-	12	6,2
NS/NC	6	16,2	12	9,3	1	3,8	-	-	19	9,8
TOTAL	37	100	129	100	26	100	1	100	193	100

Tal y como ocurrió en la anterior pregunta, la mayoría de los encuestados/as mantienen buena relación con sus profesores/as (83,9%). De las personas que consumen cánnabis actualmente, el 81,1% corroboró esta afirmación, por el contrario, un 2,7% no se lleva bien con sus profesores/as y un 16,2% prefirió abstenerse a responder. Entre los/as adolescentes que no han consumido nunca, el 92,3% mantiene buena relación con sus profesores/as, tan solo un 3,8% señaló que no y otro 3,8% no respondió o no sabía.

Tabla 5.3.7: Prevalencia del consumo de cánnabis en el alumnado del I.E.S Agustín de Betancourt, según los conflictos en el Instituto.

CONFLICTOS EN EL CENTRO	SI		NO		YA NO		NS/NC		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
SI	-	-	4	3,1	1	3,8	-	-	5	2,6
NO	33	89,2	116	89,9	24	92,3	1	100	174	90,1
NS/NC	4	10,8	9	7	1	3,8	-	-	14	7,2
TOTAL	37	100	129	100	26	100	1	100	193	100

A la pregunta de si en el centro educativo han tenido algún conflicto, los/as encuestados/as, en su gran mayoría, señalan que no han tenido nunca conflictos en el Instituto (90,1%). Concretamente, de las personas que son consumidores/as de cánnabis, prácticamente todos/as contestaron no haber tenido nunca ningún conflicto, sin embargo, el 10,8% prefirió no contestar. Con las personas que no han consumido nunca, ocurre lo mismo, el 89,9% afirma no tener conflictos en el Instituto, no obstante, sí hay adolescentes que han tenido algún conflicto, este es el caso del 3,1% de ellos/as, y un 7% se abstiene a responder. Por último, de las personas que consumieron cánnabis alguna vez en su vida, el 92,3% indica no tener conflictos, un 3,8% sí y otro 3,8% no sabe o no quiere contestar.

Tabla 5.3.8: Prevalencia del consumo de cánnabis en el alumnado del I.E.S Agustín de Betancourt, según la satisfacción con lo que estudia y su deseo de terminarlo.

SATISFACCIÓN ESTUDIOS	SI		NO		YA NO		NS/NC		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
SI	23	62,2	104	80,6	16	61,5	1	100	144	74,6
NO	8	21,6	13	10,1	6	23,1	-	-	27	14
NS/NC	6	16,2	12	9,3	4	15,4	-	-	22	11,4
TOTAL	37	100	129	100	26	100	1	100	193	100

En gran proporción los/as adolescentes indican que sí le gusta lo que estudia, y por consiguiente, desean terminarlo (74,6%). Cabe señalar, que de las personas consumidoras de cánnabis, el 62,2% le gusta lo que estudia y quiere terminarlo, un 21,6% no y un 16,2% no sabe o no quiere contestar. Por otro lado, de las personas que nunca han consumido, el 80,6% quiere terminar de manera satisfactoria lo que estudia, el 10,1% no le gusta y un 9,3% se abstiene a responder. Por último, de las personas que fueron consumidoras alguna vez en su vida, el 61,5% le gusta lo que estudia y quiere terminarlo, el 23,1% no le gusta y no quiere terminarlo, y un 15,4% no sabe o se abstiene a responder. Por lo tanto, señalar que los/as adolescentes no consumidores parecen estar más satisfechos/as con lo que estudian que los que sí consumen o han consumido alguna vez.

Tabla 5.3.9: Prevalencia del consumo de cánnabis en el alumnado del I.E.S Agustín de Betancourt, según la insatisfacción con lo que estudia pero con deseo de terminarlo.

INSATISFACCIÓN ESTUDIOS	SI		NO		YA NO		NS/NC		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
SI	4	10,8	15	11,6	6	23,1	-	-	25	12,9
NO	31	83,8	114	88,4	20	76,9	1	100	166	86
NS/NC	2	5,4	-	-	-	-	-	-	2	1
TOTAL	37	100	129	100	26	100	1	100	193	100

En relación a la cuestión anterior, los/as adolescentes, en mayor proporción, no sienten insatisfacción con lo que estudian y desean terminarlo (86%). Además, de los/as encuestados/as que consumen cánnabis, el 10,8% no está satisfecho con lo que estudia, pero sí desea terminarlo. Por otro lado, de los/as que nunca han consumido, el 11,6% tampoco está satisfecho con los estudios que cursa, pero sí quiere acabarlos. Por último, de los que consumieron con anterioridad en su vida, el 23,1% también están insatisfechos con lo que estudia, pero sí quiere terminarlo.

Tabla 5.3.10: Prevalencia del consumo de cánnabis en el alumnado del I.E.S Agustín de Betancourt, según si estudian por obligación.

ESTUDIAR POR OBLIGACIÓN	SI		NO		YA NO		NS/NC		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
SI	10	27	17	13,2	6	23,1	-	-	33	17,1
NO	22	59,4	99	76,7	20	76,9	1	100	142	73,6
NS/NC	5	13,5	13	10,1	-	-	-	-	18	9,3
TOTAL	37	100	129	100	26	100	1	100	193	100

La mayoría de los/as adolescentes encuestados/as, indican no estudiar por obligación (73,6%). De los/as encuestados/as consumidores/as, el 59,4% se siente identificado con este hecho también; el 27% sí considera que estudia por obligación y un 13,5% no sabe o no quiere contestar. Por otro lado, de los/as adolescentes no consumidores/as, el 76,7% no estudia por obligación, el 13,2% sí y un 10,1% se abstiene a responder. Entre las personas que consumieron alguna vez en su vida, el 23,1% sí estudia por obligación, por el contrario, el 76,9% se siente libre y sin presiones a la hora de estudiar. No obstante, cabe señalar que el porcentaje de los/as adolescente que consumen o han consumido alguna vez y se sienten obligados/as a estudiar, dobla al de aquellos/as que nunca han consumido.

5.4 OCIO Y TIEMPO LIBRE

En este apartado se plasman los datos referentes a las actividades que realizan los/as adolescentes encuestados/as en su tiempo de ocio.

Tabla 5.4.1: Prevalencia del consumo de cánnabis en el alumnado del I.E.S Agustín de Betancourt, según las actividades que realizan en su tiempo libre.

ACTIVIDADES	SI		NO		YA NO		NS/NC		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
DEPORTE	26	7,3	89	37,7	23	28,8	-	-	138	20,4
CINE	50	13,9	24	10,2	11	13,7	-	-	85	12,6
AMIGOS/AS	100	27,9	46	19,5	17	21,2	-	-	163	24,1
PC	66	18,4	34	14,4	12	15	1	50	113	16,7
LEER	41	11,4	18	7,6	9	11,2	1	50	69	10,2
PAREJA	63	17,6	23	9,7	7	8,7	-	-	93	13,7
OTROS	12	3,3	2	0,8	1	1,2	-	-	15	2,2
TOTAL	358	100	236	100	80	100	2	100	676	100

De todas las actividades expuestas para realizar en su tiempo libre, y teniendo en cuenta que esta pregunta tenía respuesta múltiple, la mayoría de los/as adolescentes dedican el tiempo de ocio a quedar con "amigos/as" y realizar "deporte" (44,5%). Las actividades que más realizan las personas consumidoras de cánnabis son quedar con "amigos/as" (27,9%) y jugar al "ordenador" (18,4%) o salir con la "pareja" (17,6%). Por otro lado, los/as encuestados/as que nunca han consumido prefieren en primer lugar hacer "deporte" (37,7%) y "quedar con amigos/as" (19,5%). Por último, de aquellas personas que consumieron en algún momento de su vida pero lo han abandonado, el 28,8% dedica su tiempo de ocio a realizar "deporte" y un 21,2% a salir con sus "amigos/as". Cabe destacar, que los no consumidores/as dedican más tiempo a practicar deporte que el resto, ya que tanto los no consumidores/as como los que consumieron alguna vez, dedican más su tiempo de ocio a salir con amigos/as.

Tabla 5.4.2: Prevalencia del consumo de cánnabis en el alumnado del I.E.S Agustín de Betancourt, según la frecuencia con la que salen por las noches para divertirse.

Nº DE NOCHES A LA SEMANA	SI		NO		YA NO		NS/NC		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
UNA NOCHE	18	48,6	57	44,2	11	42,3	-	-	86	44,5
DOS NOCHES	12	32,4	20	15,5	6	23,1	1	100	39	20,2
MÁS DE TRES	4	10,8	16	12,4	5	19,2	-	-	25	12,9
NUNCA	3	8,1	36	27,9	4	15,4	-	-	43	22,3
TOTAL	37	100	129	100	26	100	1	100	193	100

Los/as adolescentes, en el último mes, salen en mayor proporción una noche a la semana para divertirse (44,5%). En concreto, de las personas que consumen cánnabis en la actualidad, el 48,6% sale una noche, el 32,4% dos y un 10,8% más de tres noches a la semana. De los/as adolescentes que no han consumido nunca cánnabis, el 44,2% sale una noche a la semana, el 27,9% dos noches o más de tres; y un 27,9% señala no salir nunca por la noche para divertirse, porcentaje bastante alto

en comparación con los consumidores/as que dicen no salir nunca (8,1%). Por último, los encuestados/as que consumían antes en su vida pero ya no, el 42,3% sale una noche, otro 42,3% entre dos noches o incluso más de tres, y el 15,4% afirma no salir nunca.

Tabla 5.4.3: Prevalencia del consumo de cánnabis en el alumnado del I.E.S Agustín de Betancourt, según las amistades consumidoras.

AMIGOS/AS CONSUMIDORES	SI		NO		YA NO		NS/NC		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
SI	35	94,6	61	47,3	22	84,6	-	-	118	61,1
NO	1	2,7	49	38	4	15,4	1	-	55	28,5
NS/NC	1	2,7	19	14,7	-	-	-	-	20	10,4
TOTAL	37	100	129	100	26	100	1	-	193	100

La mayoría de los/as encuestados/as tienen amigos/as que consumen cánnabis (61,1%). Específicamente, de las personas que indicaban ser consumidoras de cánnabis, prácticamente todos tienen amigos consumidores/as (94,6%). De las personas que no son consumidoras, el 47,3% también frecuenta amistades consumidoras, un 38% señala que no tiene amigos/as que consuman y un 14,7% no sabe o no quiere contestar. Por último, de las personas que consumían cánnabis anteriormente en su vida, el 84,6% tiene amigos/as consumidores y un 15,4% indica que no lo son. Es importante destacar que, prácticamente todos los/as consumidores/as tienen amigos/as consumidores/as, incluso doblan en 5 puntos a los que nunca han consumido que indican esto.

5.5 NIVEL DE INFORMACIÓN CON RESPECTO AL CÁNNABIS Y SUS DERIVADOS

Tabla 5.5.1: Prevalencia del consumo de cánnabis en el alumnado del I.E.S Agustín de Betancourt, según la percepción del grado de información con respecto al cánnabis.

INFORMADO/A	SI		NO		YA NO		NS/NC		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
SI	29	78,4	39	30,2	22	84,6	-	-	90	46,6
A MEDIAS	6	16,2	48	37,2	3	11,5	-	-	57	29,5
SOLO ALCOHOL Y TABACO	2	5,4	26	20,1	-	-	-	-	28	14,5
NO	-	-	16	12,4	1	3,8	1	100	18	9,3
TOTAL	37	100	129	100	26	100	1	100	193	100

De las personas encuestadas, el 46,6% considera encontrarse completamente informados/as sobre el cánnabis y sus derivados. En este grupo, el 78,4% de los consumidores/as de cánnabis actuales considera que sí se encuentra informado/a, por lo que podemos decir que más de la mitad de adolescentes que consumen tienen la percepción de tener toda la información sobre lo que están consumiendo. Siguiendo esta misma línea, un 30,2% de los que nunca han consumido se sienten

también muy bien informados/as; por otro lado, de los que consumían con anterioridad pero ya no, el 84,6% afirma lo dicho anteriormente. Así mismo, un 29,5% de los encuestados/as señala estar informado a medias; entre las personas consumidoras, el 16,2% opina lo mismo, el 37,2% de los que no consumen también, y un 11,5% de los que consumieron con anterioridad en la vida opinan también que están informados/as a medias sobre el cánnabis. En lo que respecta a estar informado solo sobre el alcohol y el tabaco (14,5%), el 5,4% de los/as que consumen cánnabis indican esto y el 20,1% de los/as adolescentes que nunca han consumido también. Para finalizar, tan solo un 9,3% del total de adolescentes afirman no tener información suficiente sobre el cánnabis y sus derivados. Cabe destacar que de los que consumen ninguno ha señalado esta opción, el 12,4% que no consume sí señala el no tener información sobre el cánnabis, y un 3,8% de los que consumían antes tampoco. Además, hay una notable diferencia entre los que no consumen y se encuentran informados que los que sí y dicen lo mismo, ya que en estos últimos la proporción es menor, por tanto existe una real percepción de que no tienen la suficiente información sobre lo que consumen.

Tabla 5.5.2: Prevalencia del consumo de cánnabis en el alumnado del I.E.S Agustín de Betancourt, según la creencia acerca de si el consumo de cánnabis es perjudicial o saludable para el organismo.

CREENCIA	SI		NO		YA NO		NS/NC		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
PERJUDICIAL	17	45,9	101	78,3	17	65,4	1	100	136	70,5
SALUDABLE	11	29,7	23	17,8	9	34,6	-	-	43	22,3
AMBOS	9	24,3	5	3,8	-	-	-	-	14	7,2
NS/NC	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	37	100	129	100	26	100	1	100	193	100

De los/as adolescentes encuestados/as, el 70,5% indica que el cánnabis perjudicial para al organismo. De las personas que son consumidoras de esta sustancia, el 45,9% afirma ser perjudicial, el 29,7% saludable y un 24,3% tanto perjudicial como saludable a la misma vez. En el caso de las personas que nunca han consumido, el 78,3% tiene claro que es perjudicial, el 17,8 indica que saludable y un 3,8% considera que ambas opciones son correctas. Por último, de las personas que fueron consumidoras alguna vez, el 65,4% afirma ser perjudicial y un 34,6% señala que saludable.

5.6 PERFIL DE LOS/AS ADOLESCENTES ENCUESTADOS/AS CONSUMIDORES/AS DE CÁNNABIS.

A continuación, los resultados estarán basados en relación a las preguntas del cuestionario sobre las características específicas de las personas consumidoras de cánnabis, de manera que si de la población total, 193 personas encuestadas, 37 (19,2%) respondieron que consumían cánnabis, 26

encuestados/as (13,5%) lo consumía pero en la actualidad ya no, y un 66,8% no consume; nos centraremos únicamente en las personas que respondieron que lo consumieron con anterioridad en sus vidas así como en los/as adolescentes consumidores/as de cánnabis.

5.5.1: Frecuencia con la que consumen cánnabis los adolescentes encuestados/as.

FRECUENCIA DE CONSUMO	f	%
Una vez al año	6	9,5%
Una vez al mes	17	27%
Todos los fines de semana	24	38,1%
A diario	15	23,8%
NS/NC	1	1,6%
TOTAL	63	100%

La mayoría de los/as encuestados consume cánnabis todos los fines de semana (38,1%), seguido de una vez al mes (27%), y en tercer lugar a diario (23,8%), por último una vez al año lo consume el 9,5% de los encuestados/as consumidores/as. Es alto el porcentaje de aquellos/as que lo hacen a diario y durante los fines de semana (61,9%).

5.5.2: Edad en la que probaron por primera vez el cánnabis los/as adolescentes encuestados/as.

EDAD	f	%
11 años	1	1,6%
12 años	4	6,3%
13 años	8	12,7%
14 años	19	30,2%
15 años	6	9,5%
16 años	17	27%
17 años	6	9,5%
18 años o más	2	3,2%
TOTAL	63	100%

A los 14 años, con un 30,2%, se sitúa la edad de inicio en la que, por primera vez, consumieron cánnabis los/as adolescentes encuestados/as. En segundo lugar, la edad aumenta hasta los 16 años (27%), y en tercer lugar se sitúa a los 13 años de edad (12,7%). Como podemos comprobar, se sitúa en un tramo de edad temprano en el que se es aún menor de edad.

5.5.3: Derivado del cánnabis más consumido por los/as encuestados/as.

DERIVADO DEL CÁNNABIS	f	%
Solo marihuana	20	31,7%
Solo hachís	17	27%
Hachís y marihuana	20	31,7%
Aceite	0	0%
Todos	6	9,5%
Otro	0	0%
TOTAL	63	100%

Por lo general, el derivado del cánnabis más consumido por los adolescentes encuestados/as es, en igual proporción, tanto el hachís y la marihuana (31,7%), como la marihuana solamente (31,7%), seguido de solo hachís (27%). Por último, un 9,5% indica que consume todos los derivados de cánnabis.

5.5.4: Persona con la que consumieron cánnabis por primera vez los/as encuestados/as.

PERSONA	f	%
Amigo	38	60,3%
Amiga	10	15,9%
Compañero/a de clase	6	9,5%
Pareja	2	3,2%
Familiar	7	11,1%
Otros	0	0%
TOTAL	63	100%

Los/as adolescentes consumieron por primera vez, con un amplio porcentaje, junto a un amigo (60,3%), seguido de junto a una amiga (15,9%) y de algún familiar (11,1%).

5.5.5: Lugar/es que frecuentan para consumir cánnabis los/as encuestados/as.

LUGAR	f	%
Calle	47	42,3%
Casa	12	10,8%
Casa de un amigo	21	18,9%
Casa de una amiga	7	6,3%
Bar	11	9,9%
Instituto	10	9%
Otros lugares	3	2,7%
TOTAL	111	100

Nos encontramos con una pregunta con respuesta múltiple, cabe destacar que el lugar que más frecuentan a la hora de consumir los/as encuestados es la calle (42,3%), seguido de la propia casa (10,8%), casa de un amigo (18,9%), en un bar (9,9%) e incluso en el Instituto (9%).

5.5.6: Momento del día en el que consumen cánnabis.

MOMENTO DEL DÍA	f	%
Mañanas	3	4,4%
Tardes	28	41,2%
Noches	20	29,4%
Cualquier hora del día	17	25%
TOTAL	68	100%

Como ocurre en la pregunta anterior, las respuestas son múltiples. Cabe señalar que las tardes y las noches son los momentos del día preferidos para los/as encuestados/as a la hora de consumir. Concretamente, las tardes con un 41,2%, y las noches con un 29,4%, seguido de a cualquier hora del día, señalado por el 25% de los/as adolescentes, y cómo última alternativa, con un 4,4% las mañanas.

5.5.7: Personas con las que suelen consumir cánnabis los/as encuestados/as.

PERSONA	f	%
Solo/a	8	8,4%
Amigo	44	46,3%
Amiga	17	17,9%
Compañeros/as de clase	12	12,6%
Pareja	6	6,3%
Familiares	7	7,4%
Otros/as	1	1%
TOTAL	95	100%

Los adolescentes consumidores/as optan por consumir junto con un amigo varón en primer lugar (46,3%), en segundo lugar, junto a una amiga (17,9%), en tercer lugar con compañeros/as de clase (12,6%), seguido de solo/a (8,4%), familiares (7,4%) y, por último, junto a la pareja (6,3%). Por último decir que, de nuevo, esta cuestión contiene respuesta múltiple. Cabe destacar que los/as adolescentes consumen mayoritariamente en compañía.

5.5.8: Manera de conseguir el cánnabis y sus derivados por los/as encuestados/as.

FORMA DE ADQUISICIÓN	f	%
Regalan	35	47,3%
Compro	33	44,6%
Cultivo	5	6,7%
Otra	1	1,3%
TOTAL	74	100%

Los/as adolescentes en su mayoría compran o le regalan el cánnabis, específicamente el 47,3% señala que se lo regalan, muy seguidamente por el 44,6% de encuestados/as que dice que lo compra. Por último, el 6,7% indica que la manera de conseguirlo es a través de su propio cultivo.

5.5.9: Facilidad de los/as encuestados/as para conseguir el cánnabis y sus derivados.

FACILIDAD PARA ADQUIRIR CÁNNABIS	f	%
Sí	51	81%
No	4	6,3%
NS/NC	8	12,7%
TOTAL	63	100%

Los/as adolescentes encuestados/as consideran que es fácil conseguir el cánnabis con un 81%, seguido de un 12,7% que no sabe o no contesta y tan solo un 6,3% que considera que no es fácil conseguirlo.

5.5.10: Método más frecuente de consumo de cánnabis por los/as encuestados/as.

MÉTODO	f	%
Porro con tabaco	54	44,6%
Porro sin tabaco	19	15,7%
Pipa	25	20,7%
Dulce	13	10,7%
Bebido	10	8,2%
Otro	0	0%
TOTAL	121	100%

El porro es el método de consumo más frecuente y utilizado por los encuestados/as, concretamente el 44,6% de los adolescentes señalan el porro liado con tabaco como método predilecto a la hora de consumir; en segundo lugar la pipa (20,7%), seguida del porro liado sin tabaco (15,7%); comido en un dulce (10,7%), y por último bebido, que fue señalado por el 8,2% de los/as encuestados/as.

5.5.11: Cantidad en número de porros consumido de forma diaria por los/as encuestados/as.

CANTIDAD	f	%
Uno	25	39,7%
Dos	18	28,6%
Tres	9	14,3%
Más de tres	7	11,1%
Mi forma de consumo no es el porro	4	6,3%
NS/NC	0	0%
TOTAL	63	100%

Como hemos podido comprobar en la anterior pregunta, los resultados muestran que casi la mitad del total de población utiliza el porro como método de consumo, por ello, es necesario indagar en las cantidades consumidas a diario por una persona consumidora de cánnabis. La mayoría consume un porro al día (39,7), seguido de dos (28,6%) y de tres o incluso más de tres al día, un 14,3% y 11,1% respectivamente.

5.5.12: Motivos de los/as encuestados/as para consumir cánnabis y sus derivados.

MOTIVOS	f	%
Curiosidad, necesidad de experimentar sensaciones nuevas	38	22,3%
Rebeldía, romper las normas	7	4,1%
Olvidar preocupaciones	17	10%
Colocarme	16	9,4%
Para divertirme	32	18,8%
Para relajarme y calmar la ansiedad	25	14,7%
Para que me produzca apetito	3	1,8%
Para ayudarme a dormir	16	9,4%
Para combatir el estrés	14	8,2%
Otros	2	1,2%
TOTAL	170	100%

Los motivos de consumo de cánnabis por parte de los adolescentes son por curiosidad y/o necesidad de experimentar sensaciones nuevas (22,3%) y divertirse (18,8%) principalmente. Por otro lado, el 14,7% de los/as adolescentes también indican que lo consumen para relajarse y calmar la ansiedad, olvidar preocupaciones (10%), así como para ayudarlo a dormir (9,4%), o simplemente colocarse (9,4%). Por último, señalan para combatir el estrés (8,2%), por rebeldía y transgredir las normas (4,1%) y para generar apetito (1,8%).

5.5.13: Efectos que les produce el consumo de cánnabis a los/as encuestados/as.

EFFECTOS	f	%
Euforia/sociabilidad	14	8,4%
Alegría/felicidad	26	15,6%
Me siento relajado/a	38	22,7%
Me siento mejor	18	10,7%
Me encierro en mí mismo/a	7	4,2%
Tengo menos ganas de hacer cosas	12	7,2%
Mareos	7	4,2%
Ansiedad	-	-
Despistes/olvidos	9	5,4%
Resuelvo mejor los problemas	10	6%
Somnolencia (ganas de dormir)	19	11,4%
Para tratar o aliviar ciertas enfermedades o dolencias	4	2,4%
Otros	3	1,8%
TOTAL	167	100%

Los efectos que más señalan los/as adolescentes que les produce el cánnabis son el sentirse relajado/a (22,7%), en segundo lugar, alegría/ felicidad (15,6%) y en tercer lugar, somnolencia (11,4%).

5.5.14: Problemas sociofamiliares de los/as encuestados/as acarreados por el consumo de cánnabis.

PROBLEMAS SOCIOFAMILIARES	f	%
Estudios	8	11,8%
Familia	8	11,8%
Pareja	5	7,3%
Bares	2	2,9%
Salud	3	4,4%
Nunca	42	61,7%
TOTAL	68	100%

Los problemas sociofamiliares que más destacan los/as adolescentes que les ha conllevado el consumo de cánnabis son con los estudios (11,8%) y familia (11,8%). Sin embargo, el 61,7% señala que nunca han tenido problemas socio familiares a causa de su consumo.

5.5.15: Percepción de rechazo por parte de otros compañeros/as de clase a causa de su consumo de cánnabis por los/as encuestados/as.

PERCEPCIÓN DE RECHAZO	f	%
Sí	4	6,3%
No	54	85,7%
NS/NC	5	7,9%
TOTAL	63	100%

El 85,7% considera que sus compañeros/as de clase, a pesar de conocer su consumo no les rechazan, el 6,3% afirma que si sienten rechazo por este motivo, y un 7,9% no sabe y/o no contesta.

6. RECAPITULACIÓN Y CONCLUSIONES

Partimos del objetivo general de esta investigación, el cual es conocer las características de los/as adolescentes consumidores/as de derivados del cánnabis. Además, se realizará una relación entre las condiciones que permite identificar a estos adolescentes consumidores con los factores de riesgo aportados por Becoña (2002 s.r.f Becoña y Cortés, 2010), y así poder conocer si dichos factores se presentan en la población encuestada.

Ya sabemos que el consumo de esta sustancia está ampliamente normalizado en la sociedad, aún más, entre los/as jóvenes y especialmente los/as adolescentes que inician su consumo en edad temprana y que pasa de un consumo experimental al abuso o dependencia (Vázquez, y otros., 2014). Por lo tanto, es necesario conocer las características comunes de este sector de población y

así poder paliar los riesgos que conlleva el consumo, tanto para la salud física como psicológica, así como en el ámbito social. Así mismo, poder colaborar en el trabajo de prevención, aportar datos para una correcta intervención en la realidad y reducir tanto los daños ocasionados en la edad adolescente como posteriormente en la adulta, en el caso de todas aquellas personas que prosiguen con su consumo.

Diferentes organismos internacionales, nacionales y autonómicos, nos muestran cifras y datos de la población en la que reflejan que la adolescencia, concretamente a la edad de 14 años, es el periodo donde se empieza a consumir drogas, tales como alcohol, tabaco y cánnabis; hecho que provoca que estos cursos fueran escogidos para el desarrollo de esta investigación, ya que son los más apropiados para el correcto desarrollo de la misma.

El OEDT (2016), indica que a medida que aumenta la edad, son mayores los índices de consumo. Sin embargo, esta afirmación no resulta coherente con los resultados de esta investigación, puesto que a más edad, el consumo disminuye notablemente entre los/as estudiantes encuestados/as.

En primer lugar, cabe destacar que del total de encuestados/as, el 66,8% nunca ha consumido y el 32,6% ha consumido cánnabis o lo sigue consumiendo, concretamente un 19,2% consume actualmente cánnabis y un 13,5% lo hizo en algún momento de su vida. Un 21,6% de los hombres consumen en el presente; con respecto a las mujeres, el 16,7% son consumidoras; apreciándose así que el consumo predomina más en la figura masculina que en la femenina. Además, la edad en la que predomina más el consumo es en torno a los 16-17 años. Estos datos coinciden con los ofrecidos por ESTUDES 2015, en cuyo informe se indica que el cánnabis es consumido en mayor proporción por los hombres, superando con tres puntos al porcentaje de las mujeres OEDT (2015).

Tras desglosar los datos sociodemográficos de los/as adolescentes, comenzaremos con los datos referentes a la situación familiar. El 40,4% de los/as encuestados tiene a sus padres separados, concretamente de los/as adolescentes consumidores/as que tienen dicha situación, viven en una familia monomarental, es decir, solo con su madre y/o junto a sus hermanos/as, también nos encontramos a los consumidores/as que viven junto a su madre, pareja de esta y/o hermanos/as. Sin embargo, no es la mayoría de consumidores/as los que tienen a sus padres separados, ya que el 59,6% vive junto con ambos padres, de los cuales más de la mitad consume cánnabis, por lo que no

podemos confirmar que sea un factor de riesgo o característica determinante a la hora de su consumo tal y como lo afirma Becoña (2002 s.r.f Becoña y Cortés 2010).

No obstante, en lo que se refiere a los/as adolescentes que proceden de familias tradicionales, es probable que las relaciones y el clima familiar haya funcionado como factor de riesgo a la hora de impulsar el consumo. En el caso de la estructura familiar incompleta, se sabe que la ausencia física y emocional de alguno de los padres puede explicar tanto la iniciación precoz como el mantenimiento del consumo en los/as jóvenes (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), 2013).

“Las variables familiares han recibido una atención importante entre los investigadores y ocupan un lugar destacado en el Plan Nacional sobre Drogas como población diana para la prevención del consumo adolescente; ya que, el contexto familiar es el principal núcleo de socialización en la transmisión de valores, actitudes y creencias que influyen considerablemente en el funcionamiento y adaptación de los hijos a la sociedad” (Fuentes y otros., 2015, p.2).

En cuanto a la relación con los familiares con los que convive, los/as encuestados/as, de forma general y haciendo distinción entre los/as consumidores/as de cánnabis y los que no, mantienen muy buena relación con los mismos. Existe un mayor porcentaje de adolescentes no consumidores/as que señalaron que la relación era “regular” o “mala” con las personas con las que conviven que los que sí, por lo que no se corrobora el hecho de que mantener una mala relación con la persona con la que convives sea característica determinante en el hecho del consumo, tal y como afirman diferentes estudios enfocados a los factores de riesgo de jóvenes consumidores.

En lo referido a antecedentes familiares en el consumo de drogas, observamos que menos de la mitad de adolescentes consumidores/as de cánnabis señalan que su padre sea consumidor de alguna droga, y de los que confirman que sí, indican el tabaco y alcohol, pero este último en ocasiones. Sin embargo, en lo que respecta al consumo de drogas por parte de la madre, los/as adolescentes consumidores/as sí indican, con una alta prevalencia con respecto al resto de encuestados/as no consumidores o que ya no consumen, que esta es consumidora. Además, existe también un alto porcentaje de consumo por parte de la pareja de su madre, entre las drogas que señalan son el tabaco generalmente, y cánnabis y alcohol pero de forma no abusiva. Por último,

cabe destacar que el porcentaje de los/as adolescentes que indican que sus hermanos/as consumen es bastante superior con respecto al resto.

Los padres con antecedentes de adicciones contribuyen a la generación de patrones de comportamiento que inducen a la repetición de conductas intergeneracionales, es decir, los hijos/as repiten las conductas de sus padres (UNODC, 2013). Igualmente, y tal como señala Becoña (2002 s.r.f Cortés y Becoña, 2010) el consumo de alcohol y otras drogas por parte de los padres es un factor de riesgo determinante en el consumo de los/as adolescentes.

A continuación, pasamos a desglosar un nuevo bloque sobre la situación académica, para indagar en aspectos escolares propiciadores o no en el consumo.

Más de la mitad de adolescentes encuestados/as ha faltado a clase en el último mes, de estos/as, más de la mitad consume actualmente cánnabis o lo consumía, podemos detectar que un alto porcentaje de los que frecuentan o frecuentaban el consumo de cánnabis sí han faltado de forma elevada a clase en los últimos 30 días; los motivos más frecuentes fueron por problemas de salud, simplemente no tener ganas de ir a clase o para consumir alguna droga como el cánnabis. Por tanto, existe una relación, que se comprueba así como factor de riesgo en esta investigación, entre el consumo de cánnabis y absentismo escolar.

Por otro lado, un factor de riesgo determinante es el bajo rendimiento académico, sin embargo, en esta investigación nos hemos encontrado con que las personas consumidoras de cánnabis sacan de media "notable", "bien" y "suficiente" respectivamente; los que consumían con anterioridad también tienen de media "notable" y "bien"; a simple vista parece ser que no existe un rendimiento escolar deficitario. Por lo tanto, los malos resultados escolares no se corroboran en esta investigación como factor que propicia el consumo de cánnabis, tal como indica Becoña (2002 s.r.f Becoña y Cortés, 2010; Vázquez y otros., 2014).

Por otra parte, los/as adolescentes, en general, mantienen buena relación con sus compañeros/as de clase, lo mismo ocurre con sus profesores/as, aunque es cierto que las personas que nunca han consumido señalan mayormente que mantienen buena relación con estos/as, que los que sí consumen. Además, no señalan el tener conflictos en el centro; puesto que, esta investigación nos ha revelado que los/as adolescentes que nunca han consumido tienen más conflictos en el instituto que los que sí.

Arbex (2002) indica una serie de características propias de la etapa adolescente, entre las que se encuentra el que expresan sus dificultades y conflictos normalmente en términos sociales, es decir, desembocando en conductas y comportamientos problemáticos en el área social. Aunque a lo largo de esta investigación se ha comprobado que no tiene que ser un motivo único y desencadenante en el consumo de cánnabis.

Otro aspecto a considerar a nivel académico es la satisfacción con lo que estudian y su deseo de terminarlo, o por el contrario, la obligación de hacerlo pero sin motivación; cabe señalar que más de la mitad de encuestados/as (74,6%), sí le gusta lo que estudia, de los/as cuales existe un alto porcentaje de consumidores/as, o de las personas que consumían con anterioridad. A pesar de esto, el porcentaje de los/as adolescentes que consumen o han consumido alguna vez en su vida pero ya no, se sienten obligados a estudiar, doblando este porcentaje al de aquellos/as que nunca han consumido.

Sánchez (2012), señala que los adolescentes sienten una obligación diaria en referencia a los estudios, y tienen expectativas en hacer cosas que no estén relacionadas con esto último para así sentirse libres, aunque esto les genere conflictos con sus padres.

Entre los efectos sociales del cánnabis más destacados se encuentra el obtener peores resultados académicos, así como abandonar de forma prematura los estudios, así lo indican las investigaciones realizadas por los autores (Arias, 2002; Gamella y Jiménez, 2003; MSSSI, 2009; NIDA, 2012; Isorna 2012b; MSSSI, 2007); en contraposición, esta investigación nos aporta otra perspectiva diferente y es que, aunque a las personas consumidoras de cánnabis no están satisfechos con lo que estudian, tienen intenciones de terminarlo.

Las actividades que realizan los/as encuestados/as en su tiempo libre es un aspecto importante a la hora de determinar características relevantes de los consumidores/as de cánnabis. En general, los encuestados/as, incluidas las personas no consumidoras, dedican gran parte de su tiempo a quedar con amigos/as y su pareja, hacer deporte y utilizar el ordenador. Dapía y Faílde (2002) señala que el ocio y tiempo libre es fundamental en los/as adolescentes, es el momento del día en el que se sienten libres e integrados socialmente.

Los/as adolescentes dedican el doble de horas al ocio que hace una década, además, el salir por las noches es una de las prácticas más habituales entre este sector de población (Cañedo y otros.,

2017). Por ello, en relación a esta última pregunta, las personas consumidoras de cánnabis suelen salir a la semana una o varias noches en la que pueden frecuentar ambientes en los que consuman tranquilamente. Además, en relación al disfrute por las noches, el III Plan Canario de Drogodependencias determina un aumento del consumo de drogas, en especial los fines de semana, de alcohol y cánnabis (Gobierno de Canarias, 2010).

El tiempo de ocio es también un espacio de riesgo, donde se concentran la mayor parte de los consumos de alcohol y otras drogas, además de otros comportamientos que comprometen su salud y seguridad. Del mismo modo que los padres se interesan por seguir los progresos de sus hijos en la escuela, deberían mostrar interés por conocer con quién se relacionan y qué hacen durante su tiempo libre, para que lo ocupen de manera saludable (Sánchez, 2012).

Los/as adolescentes encuestados/as tienen, en gran proporción, amistades consumidoras, tanto los/as adolescentes que consumen cánnabis como los que nunca han consumido. Almeida (2011) confirma que el grupo de iguales permite a los adolescentes éxito en la búsqueda de identidad y en las relaciones con los demás; por ello se esfuerzan y se someten a ciertas acciones con el fin de sentirse integrados socialmente.

Por otro lado, y en cuanto a la percepción del grado de información con respecto a esta sustancia, los/as encuestados/as consideran, en su gran mayoría, estar perfectamente informados/as sobre el cánnabis. De estos datos, cabe destacar precisamente, el que tanto las personas que consumían con anterioridad como las que lo siguen haciendo a día de hoy, indican tener la información suficiente y completa sobre esta sustancia.

En relación a esta última cuestión, de los que consideran el cánnabis perjudicial, el 45,9% consume cánnabis y otro 65,4% lo consumía anteriormente en su vida; por otro lado, de las personas consumidoras de cánnabis, el 29,7% lo considera saludable y un 24,3% tanto perjudicial como saludable. Sigue habiendo una gran contradicción entre las personas que creen o afirman tener toda la información sobre los derivados del cánnabis y las consecuencias que provoca su consumo. Por lo que, podemos concluir con que las personas consumidoras están desinformadas con respecto a esta sustancia ilegal, considerando que es saludable y/o perjudicial a la misma vez, y por consiguiente manteniendo su consumo.

Lo anteriormente dicho coincide en que muchos adolescentes consumen cánnabis como un rito de paso, pero muy pocos tienen la suficiente información con las consecuencias de su consumo tanto a nivel físico, psicológico y social (Sánchez, 2005). Esto provoca a su vez, que exista una menor percepción del riesgo en aquellos que asumen su consumo (Bobes y Calafat, 2000).

A partir de ahora, profundizaremos en las particularidades de las personas encuestadas que sí consumen o que lo hacían con anterioridad. Estas últimas, también son importantes a la hora de indagar en las características de los/as adolescentes consumidores/as de cánnabis, puesto que, aunque en la actualidad no consuman, sí lo hicieron, además de aportar datos que arrojan luz a la realidad de la investigación, ya que contribuyen con los motivos y consecuencias que les trajo este consumo y finalmente fue propicio para el abandono del mismo.

En primer lugar, la edad de inicio en el consumo de cánnabis se sitúa a los 14 años, estos datos coinciden con los ofrecidos por el Observatorio español de la droga y las toxicomanías, que contrasta esta afirmación tanto a nivel de España como en la Comunidad Autónoma de Canarias; así como con artículos de revistas especializadas en adicciones como (García y otros., 2016) en el que señala que una edad de inicio de consumo precoz se relaciona con un mayor riesgo de consumo problemático, aunque esto último estará relacionado con la experiencia subjetiva que se obtenga.

Los/as adolescentes/as consumen cánnabis todos los fines de semana y a diario en mayor proporción (61,9%). Como ha señalado autores como Isorna (2012a), el tiempo de ocio del fin de semana actúa como elemento de integración social y propiciador para los jóvenes como referente de identidad juvenil. Tras esta afirmación, podemos decir que consideran el consumo como seña de identidad.

Los/as adolescentes consumen por primera vez junto a un amigo varón en mayor proporción (60,3%); al mismo tiempo los amigos siguen siendo la elección primordial para continuar con el consumo de manera habitual (44,4%). Esto puede estar relacionado con que son los hombres los que más consumen cánnabis frente a las mujeres, por lo que a la hora de comenzar el consumo es más probable que lo hagan con ellos. Cabe destacar, que consumen en compañía y no en solitario; esta afirmación es corroborada por los autores Gamella y Jiménez (2003), los cuales aseveran que es raro empezar a consumir en solitario y son los amigos el grupo válido para hacerlo.

Por otra parte, ha sido la calle el sitio que frecuentan para consumir, seguido de casa de un amigo. Además, las tardes y noches son el momento preferido para consumir cánnabis por parte de los/as adolescentes. Resulta curioso y alarmante que una droga ilegal como es el cánnabis, sea consumida en la calle, lugar público, y además durante las tardes, es decir, a plena luz del día; esto puede ser síntoma de poco control del tiempo libre por parte de los tutores legales y además, de la escasa vigilancia de las fuerzas de seguridad a la hora de controlar el consumo de una droga ilegal entre adolescentes, periodo que contempla la minoría de edad.

Los/as encuestados/as compran el cánnabis (42,9%), aunque existe un alto porcentaje que señala que se lo regala (38,1%). Además, consideran que es realmente fácil conseguir esta sustancia, por lo que podemos decir que es bastante accesible puesto que a un gran porcentaje se lo regalan, así como que no les resulta difícil encontrar a una o varias personas que se dediquen al tráfico de dicha sustancia. Es más, según Morales y otros. (2008), uno de los factores que más consistentemente se ha asociado con el consumo de drogas es la disponibilidad. Los resultados, tras una profunda investigación, reflejaron que 9 de cada 10 adolescentes obtuvieron cánnabis sin pagar por ello, y les fue facilitado por el grupo de iguales, lo que indica una fácil accesibilidad a esta sustancia.

Como método de consumo, es el porro liado con tabaco el más utilizado por los/as adolescentes. La media de consumo de los/as adolescentes es de un porro o incluso dos al día. El OEDT (2016) indica que la media de porros consumida a diario oscila entre los 3-4 porros, por lo los/as encuestados/as se encuentran por debajo de la media, sin embargo, sigue siendo un porcentaje alto y preocupante.

En lo que respecta a los motivos para consumir cánnabis, la curiosidad es el punto de partida en esta cuestión, gran parte de la población lo señala como el impulso primordial, además de por y para divertirse, relajarse, colocarse y/o ayudarles a dormir.

Los efectos tras el consumo de cánnabis se sienten casi de inmediato y pueden durar de 1 a 3 horas, de estos, los más señalados por los encuestados/as son euforia, tranquilidad, menos ganas de hacer cosas, somnolencia y olvidos o despistes. En relación a estos efectos, la euforia es el efecto psicológico más ampliamente descrito en la literatura y más frecuentemente asociado con el uso problemático, abuso y dependencia (García y otros., 2016). La tranquilidad, relajación y apatía como el hecho de tener menos ganas de hacer cosas, también son los efectos más frecuentes generalizados por diferentes autores, por consiguiente, los efectos psicológicos son los más

señalados por los/as adolescentes. Efectos físicos como la somnolencia y los despistes son también los más indicados. Por último, en cuanto a los efectos a nivel social, el 65,1% señala que el cánnabis nunca le ha acarreado problemas sociofamiliares, no obstante, algunos/as adolescentes sí señalan problemas en los estudios y en la familia, y unos pocos indican problemas de salud.

Por último, el 85,7% de los/as adolescentes consideran que no existe rechazo por parte sus compañeros/as a causa del consumo de cánnabis, es decir, existe una alta aceptación por parte de los iguales. Por tanto, podemos establecer una conexión con los factores de riesgo de (Becoña, 2002 s.r.f Becoña y Cortés, 2010), ya que indican como factor propiciadores en el consumo las actitudes favorables de los compañeros hacia el consumo de drogas y el impulso a ello para no someterse al rechazo por parte de estos, sintiéndose cómodos y no juzgados a la hora de consumir.

“Frente al declive de las instituciones socializadoras clásicas (la escuela y la familia), el grupo de iguales adquiere un protagonismo creciente en los procesos de socialización. En ausencia de adoctrinamiento familiar, muchos adolescentes y jóvenes optan por el autoaprendizaje o la autoexperimentación. Este modelo de socialización que implica grandes riesgos, puesto que hace a los adolescentes y jóvenes vulnerables a ciertas conductas de riesgo, que necesitan ser experimentadas antes de ser aceptadas o rechazadas por ellos” (Sánchez, 2012, p.9).

Para concluir, podemos realizar un análisis final de las características de los/as adolescentes consumidores/as de cánnabis. El perfil del adolescente consumidor/a de cánnabis se trata de un varón de entre 16 y 17 años que inició su consumo por primera vez a los 14 años. Tiene una alta disposición monetaria, ya que a la semana recibe el dinero que pide y necesita. Vive junto a sus padres y/o hermanos/as, mantiene una buena relación con los mismos y otros familiares con los que pueda convivir. Además, estos padres y otros familiares no tienen antecedentes en el consumo de drogas, exceptuando adicción al tabaco, especialmente por parte de la madre, y al alcohol de forma ocasional, por parte de los hermanos.

En cuanto a la situación académica, obtiene buenas calificaciones, sin embargo, ha repetido curso y falta a clase por no tener ganas de ir o para consumir cánnabis. En general, en el instituto mantiene buena relación con los/as compañeros/as de clase y profesorado, no suele tener conflictos en el centro educativo y no siente rechazo alguno por parte de sus compañeros/as a causa de su

consumo; además, le suele gustar lo que estudia y pretende terminarlo, aunque también se siente obligado y/o presionado a hacerlo.

Por otro lado, con respecto a su tiempo libre, lo dedica a quedar con amigos/as, pareja, hacer deporte y utilizar el ordenador; también, a la semana sale entre una y dos noches con el fin de divertirse. Frecuenta amistades consumidoras de cánnabis que suele ser un amigo varón, ya que con él se inicia en el consumo y lo perpetúa en el tiempo.

Considera estar completamente informado sobre esta sustancia, y sin embargo, cree que es perjudicial y saludable a la misma vez. Los fines de semana son el momento preferido a la hora de consumir, junto con las tardes, especialmente si lo hace de forma diaria y en la calle como lugar predilecto. El derivado del cánnabis más consumido es el hachís y la marihuana por igual, o únicamente este último, conseguido a través de la compra a otras personas, pero en muchas ocasiones suelen regalárselo. El método de consumo más frecuente es el porro liado con tabaco, cuya media de consumo es de 1 o 2 porros diarios.

Por último, su principal motivo de consumo es la curiosidad, para relajarse, divertirse colocarse o para ayudarle a conciliar el sueño. Los efectos que le provoca son euforia, tranquilidad, apatía a la hora de realizar las cosas, somnolencia e incluso olvidos y/o despistes.

Cabe destacar que esta investigación ha permitido alcanzar el objetivo general marcado desde un principio, en el que aunque se han obtenido algunos resultados dispares en relación con lo que afirman los autores a lo largo del marco teórico, hemos podido corroborar otros, analizarlos e indagar un poco más en las características. Además, resulta interesante y ventajoso conocer datos locales, ya que nos permiten acceder de forma íntegra y correcta a la realidad cambiante del consumo de cánnabis en los jóvenes.

Así mismo, la población tiene la idea de que cada vez consumen más los/as adolescentes de forma precoz; sin embargo, son más los jóvenes que no consumen que los que sí, por lo que a pesar de que esté normalizado el consumo de drogas legales e ilegales como el cánnabis no todos los/as adolescentes imitan este modelo.

Por otro lado, hay que atender a que hay una edad de inicio temprana, la cual hay que trabajar para retrasarla, así como ofrecer información suficiente y de calidad a los más jóvenes para así poder

evitar la curiosidad y una futura adicción, es decir, invertir más en prevención. Con respecto a esto último, y dado que las escuelas son un medio fundamental para la impartición de prevención y educación para la salud, se debe focalizar y dirigir grandes esfuerzos en ofrecer información correcta de las diferentes sustancias existentes, ofreciéndose así conocimientos y habilidades a los/as adolescentes; así como romper el tabú existente en la sociedad y poner en práctica proyectos y programas con el fin de minimizar, y en su defecto erradicar, la curiosidad y el inicio en el consumo de drogas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A. (2011). Parents' social representation about adolescents' leisure. *Cultura, ciencia y deporte: revista de ciencias de la actividad física y del deporte de la Universidad Católica de San Antonio*, (17), p. 8.
- American Psychiatric Association [APA]. (1995). *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association [APA]. (2000). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V*. Arlington, EEUU: American Psychiatric Association.
- Arbex, C. (2002). *Guía de Intervención: Menores y consumos de drogas*. Madrid: ADES.
- Arias, M. (2002). Cannabis. En D. Olivares, *Actualización en Drogodependencia. Actualización, epidemiología, patología y tratamiento del alcoholismo* (p. 121-130). Madrid: Logoss.
- Barra, A. y Diazconti, R. (2013). *Guías para el debate. Las diferencias entre el uso, el abuso y la dependencia a las drogas*. México: Espolea A.C.
- Becoña, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo* (77) , p. 7.
- Becoña , E. (Ed.). (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E., y Cortés, M. (Coord.). (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Madrid: Socidrogalcohol.
- Beltrán, M. (2010). Cinco vías de acceso a la realidad social. En M. García, J. Ibáñez, y F. Alvira (Ed.), *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación* (p. 35). Madrid: Alianza.
- Bobes, J., y Calafat, A. (2000). De la neurobiología a la psicología del uso-abuso del cannabis. *Adicciones* (12), p. 10.
- Bobes, J.; Casas, M. y Gutiérrez, M. (2011). *Manual de Trastornos Adictivos (2ª edición)*. Madrid: Enfoque.
- Casas, M.; Bruguera, E.; Duro, P. y Pinet, C. (2011). Conceptos básicos en trastornos adictivos. En J. Bobes, M. Casas, y M. Gutiérrez (Ed.), *Manual de trastornos adictivos (2ª edición)* (p. 17-19). Madrid: Enfoque, S.C.
- Cañedo, M.; Alonso, L.; Castillo, A.; Fernández, O. y Moral, E. (2017). *"Sudar Material". Cuerpos, afectos, juventud y drogas. Una etnografía de los consumos de atracón entre jóvenes madrileños*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción [FAD].

- Dapía, M. y Faílde, J. M. (2012). Las evidencias científicas en el ámbito del ocio y del tiempo libre. Programas eficaces. En M. Isorna, y D. Saavedra (Ed.), *Prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas* (p. 392-394). Madrid: Pirámide.
- De Lucas, G. (2014). *Factores de riesgo y protección del consumo de drogas en menores protegidos de la comunidad de Madrid* (tesis doctoral). Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Del Pozo, J.; González, A. y Nuez, C. (2008). *Guía para padres: Habla con ellos del cánnabis*. La Rioja: Gobierno de la Rioja.
- Dillon, P. (Ed.). (2010). *Adolescentes, alcohol y drogas. Todo lo que sus hijos quieren y deben saber acerca de las drogas y el alcohol*. Barcelona: Medici.
- Fuentes, M.; Alarcón, A.; García, F. y Gracia, E. (2015). Consumo de alcohol, tabaco, cánnabis y otras drogas en la adolescencia: efectos de la familia y peligro del barrio. *Anales de Psicología*, (48), p. 7.
- Fundación de ayuda contra la drogadicción (FAD) (Ed.). (1998). *Drogas: Conocer y prevenir*. Madrid : Venali.
- Fundación La Caixa. (2007). *Jóvenes y valores: La clave para la sociedad del futuro*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Galván, G.; Guerrero, M.; Torres, F.; Sánchez, Á. y Torres, J. (2015). Prevalencia de uso de cánnabis: perfil familiar y social de una muestra adolescente. *Psychología: Avances de la Disciplina* (9), p. 11.
- Gamella, J. y Jiménez, M. L. (Ed.). (2003). *El consumo prolongado de cánnabis: Pautas, tendencias y consecuencias*. Madrid: FAD y Junta de Andalucía.
- García, S.; Matalí, J.; Martín, M.; Pardo, M.; Lleras, M.; Castellano, C.; y Haro, J. (2016). Personalidad internalizante y externalizante y efectos subjetivos en una muestra de adolescentes consumidores de cánnabis. *Adicción* (28), p. 11.
- Gil, E. (2004). Cánnabis: Mitos y Realidades. *Proyecto Hombre*, (49), p. 4.
- Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad. (2010). *III Plan Canario sobre Drogodependencias*. Gobierno de Canarias.
- Gómez de Giraudo, M. (2000). Adolescencia y prevención: conducta de riesgo y resiliencia. *Psicología y Psicopedagogía*, (44), p. 12.
- González, M.; Espada, J.; Guillén, A. y Orgilés, M. (2014). ¿Consumen más drogas los adolescentes con déficit en habilidades sociales? *Revista Española de Drogodependencias*, (45), p. 15.
- González, M.; Espada, J.; Guillén, A.; Secades, R., y Orgillés, M. (2016). Asociación entre rasgos de personalidad y consumo de sustancias en adolescentes españoles. *Adicciones*, (2), p. 8.
- Guxens, M.; Nebot, M. y Ariza, C. (2007). Age and sex differences in factors associated with the onset of cannabis use: a cohort study. *Drug and Alcohol Dependence*, (88), p. 9.

- Hernández, O.; Espada, J. y Guillén, A. (2016). Relación entre conducta prosocial, resolución de problemas y consumo de drogas en adolescentes. *Anales de psicología*, (2), p. 8.
- Herrera, J. M. (2008). *Estudio: Uso del tiempo libre en los menores del municipio de Santa Úrsula*. Santa Cruz de Tenerife: Ayuntamiento de Santa Úrsula.
- Isorna, M. (2012a). La evidencia científica en la prevención del consumo de cannabis. En M. Isorna Folgar, y D. Saavedra Pino (Ed.), *Prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas* (p. 257-263). Madrid: Pirámide.
- Isorna, M. (2012b). Prevención efectiva de las drogodependencias en la escuela. En M. Isorna Folgar, y D. Saavedra Pino (Ed.), *Prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas* (p. 183- 188). Madrid: Pirámide.
- Laespada, T.; Iraurgi, I. y Aróstegui, E. (2004). *Factores de riesgo y de protección frente al consumo de drogas: hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en los jóvenes de la CAPV*. Instituto Deusto de Drogodependencias (Universidad de Deusto).
- Mayor, J. (1995). Las drogodependencias como objeto de Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social* (8), p. 26.
- Morales , E.; Ariza, C.; Nebot, M.; Pérez, A. y Sánchez, F. (2008). Consumo de cánnabis en los estudiantes de secundaria de Barcelona: inicio en el consumo, efectos experimentados y expectativas. *Gaceta Sanitaria*, (22), p. 11.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [MSSSI]. (2004). *Cuaderno didáctico sobre Educación Vial y Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [MSSSI]. (2007). *Guía sobre drogas*. Madrid.: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [MSSSI]. (2009). *Cánnabis II. Informes de la Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de Plan Nacional sobre Drogas: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/CannabisII.pdf>
- Moradillo, F. (Ed.). (2001). *Adolescentes, drogas y valores*. Madrid: CCS.
- Muñoz, M.; De Lucias, G. y Graña, J. (2007). *Estudio exploratorio de los factores de riesgo y de protección psicosociales asociados al consumo de drogas en la población infanto-juvenil de la red de centros de protección de menores de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Consejería de Sanidad y Consumo.
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas [NIDA]. (2012). *La marihuana. Lo que los padres deben saber*. Recuperado de Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA): https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/nida_mj_parentssp.pdf

- Nuviala, A.; Ruiz, F. y García, M. (2003). Tiempo libre, ocio y actividad física en los adolescentes. La influencia de los padres. *Retos. Nuevas tendencias en educación Física, Deporte y Recreación*, (6), p. 7.
- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías [OEDT]. (2015). *Informe 2015. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Observatorio español de la droga y las toxicomanías [OEDT]. (2016). *Informe 2016. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías [EMCDDA]. (2016). *Informe Europeo sobre Drogas*. Lisboa: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías .
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017). *Desarrollo en la adolescencia. Un periodo de transición de crucial importancia. Recuperado de* http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC]. (2013). *Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar*. Lima-Perú: MACOLE S.R.L.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2008). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Osuna, J. (2005). Drogas: ¿Un fenómeno en evolución? *Carel: Revista de estudios locales*, (3), p. 24.
- Rodríguez de Fonseca, F.; Calado, M. y Araos, P. (2012). Repercusiones y consecuencias neurobiológicas del consumo de cannabis . En M. Isorna , y D. Saavedra (Ed.), *Prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas* (p. 89-102). Madrid: Pirámide.
- Rosabal, E.; Romero, N.; Gaquín , K. y Hernández, R. (2015). Conductas de riesgo en los adolescentes. *Revista Cubana de Medicina Militar*, (44), p. 11.
- Rubio, G. y Santo-Domingo, J. (Ed.). (2004). *Todo sobre las drogas. Información objetiva para decidir y prevenir*. Madrid: Martínez Roca.
- Sánchez, L. (2003). *Los padres frente al cánnabis. Guía para padres preocupados por el cánnabis*. Recuperado de Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad y Consumo: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadern ame1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DLos+padres+frente+al+cannabis.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352883451153&ssbinary=true>
- Sánchez, L. (2005). *Los adolescentes y el cánnabis*. Madrid: Junta de Castilla y León.
- Sánchez, L. (2012). *Prevención del consumo de alcohol y otras drogas en espacios de ocio*. Alicante: Diputación de Alicante.
- Sarabia, I.; Gazapo, J.; García, N.; Arostegui, E. y Laespada, T. (Ed.). (2010). *El discurso de los jóvenes en internet*. Bilbao: Instituto Deusto de Drogodependencias.

- Solís, M. y Arias, M. (2002). Perspectiva histórica del consumo de drogas. Conceptos básicos. En D. Olivares Gordillo (Ed.), *Actualización en Drogodependencia. Actualización, Epidemiología, Patología y Tratamiento del Alcoholismo* (p. 39-41). Madrid: Logoss.
- Solé, J. (2000). Tratamiento del paciente cannábico. *Adicciones* (12), p. 14.
- UNESCO. (2016). *Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura*. Recuperado de Sobre el Programa de la Juventud: <http://www.unesco.org/new/es/social-and-human-sciences/themes/youth/about-youth/>
- Vázquez, M.; Muñoz, M.; Fierro, A.; Alfaro, M.; Rodríguez, M. y Rodríguez, L. (2014). Consumo de sustancias adictivas en los adolescentes de 13 a 18 años y otras conductas de riesgo relacionadas . *Revista Pediatría de Atención Primaria*, (16) p. 9.

ANEXOS

ANEXO 1: CUESTIONARIO SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS/AS ADOLESCENTES CONSUMIDORES/AS HABITUALES DE DERIVADOS DEL CÁNNABIS EN EL INSTITUTO AGUSTÍN DE BETANCOURT, PUERTO DE LA CRUZ

El cuestionario que realizarás a continuación es de carácter anónimo. Con el, pretendemos recoger el perfil de adolescentes consumidores de derivados del cánnabis. Lee atentamente los apartados antes de cumplimentarlos, tacha tu opción y especifica cuando sea necesario.

GRACIAS DE ANTEMANO POR TU COLABORACIÓN.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Sexo:	Hombre: <input type="checkbox"/> Mujer: <input type="checkbox"/>					
2. Edad:						
3. ¿En qué curso estás?	4º E.S.O		1º bachillerato		2º Bachillerato	FP
4. ¿De cuánto dinero dispones a la semana para tus gastos	5-10	10-20	20-50	+50	Lo que necesite	No me dan dinero a la semana

SITUACIÓN FAMILIAR

5. EN LA ACTUALIDAD, ¿TUS PADRES ESTÁN SEPARADOS?

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
NS/NC	<input type="checkbox"/>
Otro caso (especificar)	<input type="text"/>

6. ¿CON QUÉ PERSONAS VIVES?	
Padre	<input type="checkbox"/>
Madre	<input type="checkbox"/>
Pareja de tu padre (si tu padre y tu madre no viven juntos)	<input type="checkbox"/>
Pareja de tu madre (si tu padre y tu madre no viven juntos)	<input type="checkbox"/>
Hermanos/Hermanas	<input type="checkbox"/>
Hijos de la pareja de tu padre/madre	<input type="checkbox"/>
Abuelo/Abuela	<input type="checkbox"/>
Solo/a	<input type="checkbox"/>
Otros (especificar)	<input type="text"/>

7. ¿CÓMO ES LA RELACIÓN CON LOS FAMILIARES CON LOS QUE CONVIVES?

	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala
Padre					
Madre					
Pareja de tu padre					
Pareja de tu madre					
Hermanos/Hermanas					
Hijos de la pareja de tu padre/madre					
Abuelo/Abuela					
Otros familiares					

8. ¿ALGUNO DE TUS FAMILIARES ES CONSUMIDOR/A DE ALGÚN TIPO DE DROGA? INDICA LA RESPUESTA QUE CORRESPONDA.

	Sí	No	NS/NC	A veces	Cuál/es (Especificar)
Padre					
Madre					
Pareja de tu padre					
Pareja de tu madre					
Hermanos/Hermanas					
Hijos de la pareja de tu padre/madre					
Abuelo/Abuela					
Otros familiares					

DATOS ACADÉMICOS

9. En los últimos 30 días ¿has faltado algún día entero a clase?		Sí: <input type="checkbox"/>		No: <input type="checkbox"/>		NS/N.C <input type="checkbox"/>	
10. EN CASO AFIRMATIVO, SEÑALAR LOS MOTIVOS							
Por enfermedad o por consulta médica							
No tener ganas de ir a clase							
Por fugarme con amigos/as para consumir alguna droga							
Otros motivos (especificar)							
11. ¿Qué notas sacas de media habitualmente?		Sobresaliente (9 o 10)	Notable (7 u 8)	Bien (6)	Suficiente (5)	Suspenso (0 a 4)	
12. ¿Has repetido curso alguna vez?		Sí: <input type="checkbox"/>		No: <input type="checkbox"/>		NS/NC <input type="checkbox"/>	

13. EN GENERAL, EN EL INSTITUTO...

	SÍ	NO	NS/NC
Me llevo bien con mis compañeros/as de clase			
Me llevo bien con mis profesores/as			
Suelo tener conflictos en el Instituto			
Me gusta lo que estudio y quiero terminarlo			
No me gusta lo que estudio pero quiero terminarlo			
Estudio por obligación			

AHORA VAMOS A REFERIRNOS A ACTIVIDADES QUE HACES EN TU TIEMPO LIBRE

14) ¿QUÉ ACTIVIDADES REALIZAS EN TU TIEMPO LIBRE?

Hacer deporte	
Ir al cine	
Quedar con amigos/as	
Usar el ordenador	
Leer	
Salir con tu pareja	
Otras (especificar)	

15) ¿EN EL ÚLTIMO MES CON QUÉ FRECUENCIA HAS SALIDO POR LAS NOCHES PARA DIVERTIRTE?

1 noche a la semana	
2 noches a la semana	
Más de 3 noches a la semana	
Nunca	

16) ¿ALGUNO DE TUS AMIGOS/AS CONSUME CÁNNABIS?

Sí	
No	
NS/ NC	

17) ¿ALGUNA VEZ EN TU VIDA HAS CONSUMIDO CÁNNABIS?

Sí	
No	
Lo consumía, pero ya no	
NS/NC	

A CONTINUACIÓN, QUEREMOS SABER EL GRADO DE INFORMACIÓN, ASÍ COMO TU PUNTO DE VISTA CON RESPECTO AL CÁNNABIS Y SUS DERIVADOS

18) ¿TE SIENTES SUFICIENTEMENTE INFORMADO CON RESPECTO AL CÁNNABIS?

Sí, perfectamente	
A medias	
Con respecto al alcohol y el tabaco sí, pero no sobre el cánnabis	
No, estoy mal informado/a	

19) ¿CREES QUE EL CÁNNABIS Y SUS DERIVADOS SON PERJUDICIALES O SALUDABLES?

Perjudicial	
Saludable	
Ambos	
NS/NC	

A PARTIR DE AHORA LAS PREGUNTAS IRÁN RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE CÁNNABIS Y SUS DERIVADOS. SI TU RESPUESTA A LA PREGUNTA 7 HA SIDO NEGATIVA, TU CUESTIONARIO HA FINALIZADO, SI POR EL CONTRARIO, HAS CONSUMIDO AUNQUE YA NO, SITUÁTE EN EL MOMENTO QUE CONSUMÍAS PARA CONTESTAR, GRACIAS.

20) ¿CON QUÉ FRECUENCIA CONSUMES CÁNNABIS?

Al menos una vez al año	
Alguna vez al mes	
Todos o casi todos los fines de semana	
A diario	
NS/NC	

21) ¿A QUÉ EDAD PROBASTE POR PRIMERA VEZ ALGÚN DERIVADO DEL CÁNNABIS (HACHÍS, CHOCOLATE, MARIHUANA, HIERBA, PORRO, COSTO...)?

Antes de los 13 años	Especifica edad:
14 años	
15 años	
16 años	
17 años	
18 años o más	

22) ¿QUÉ TIPO DE DERIVADO DEL CÁNNABIS SUELES CONSUMIR?

Marihuana	
Hachís	
Aceite	
Otro (especificar)	

23) ¿CON QUIÉN CONSUMISTE POR PRIMERA VEZ?

Solo/a	
Con un amigo	
Con una amiga	
Con compañeros de clase	
Con tu pareja	
Con familiares	
Con otras personas (especificar)	

24) ¿DÓNDE SUELES CONSUMIR?

Calle/plaza/parque	
En tu casa	
En casa de un amigo	
En casa de una amiga	
En un bar/discoteca	
En el instituto/colegio	
Otro lugar (especificar)	

25) ¿EN QUÉ MOMENTO DEL DÍA SUELES CONSUMIR DERIVADOS DEL CÁNNABIS?

Por las mañanas	
Por las tardes	
Por las noches	
A cualquier hora del día	

26) ¿CON QUIÉN SUELES CONSUMIR CÁNNABIS?

Solo/a	
Con un amigo	
Con una amiga	
Con compañeros de clase	
Con tu pareja	
Con familiares	
Con otras personas (especificar)	

27) ¿CÓMO LO CONSIGUES?

Me lo regalan	
Lo compro	
A través de mi propio cultivo	
Otra (especificar)	

28) ¿TE RESULTA FÁCIL CONSEGUIR CÁNNABIS?

Sí	
No	

NS/ NC	
--------	--

CONTINUACIÓN Y EVOLUCIÓN EN EL CONSUMO DEL CÁNNABIS Y SUS DERIVADOS

29) ¿QUÉ METODO/S DE CONSUMO HAS EMPLEADO PARA CONSUMIR DERIVADOS DEL CÁNNABIS?

Fumado con tabaco en un cigarrillo (porro)	
Fumado sin tabaco en un cigarrillo	
Fumado en pipa de agua/cachimba	
Comido en un dulce (queque , galletas...)	
Bebido (té, etc.)	

30) ¿QUÉ CANTIDAD DE CÁNNABIS CONSUMES AL DÍA, EN NÚMERO DE PORROS?

Uno	
Dos	
Tres	
Más de tres	
Mi forma de consumo no es el porro	
NS/NC	

31) DE LOS SIGUIENTES MOTIVOS, ¿CON CUÁLES DE ELLOS TE SIENTES IDENTIFICADO/A EN EL CONSUMO DE CÁNNABIS?

Curiosidad, necesidad de experimentar sensaciones nuevas	
Rebeldía, romper las normas	
Para olvidarme de mis preocupaciones	
Para colocarme	
Para divertirme	
Para relajarme y calmar la ansiedad	
Para que me produzca apetito	
Para ayudarme a dormir	
Para combatir el estrés	
Otros (especificar)	

32) ¿QUÉ EFECTOS TE CAUSA EL CONSUMO DE DERIVADOS DEL CÁNNABIS?

Euforia/ sociabilidad	
Alegría/felicidad	
Me siento relajado/a	
Me siento mejor	
Me encierro en mí mismo/a	
Tengo menos ganas de hacer cosas	
Mareos	
Ansiedad	
Despistes/olvidos	
Resuelvo mejor los problemas	
Somnolencia (ganas de dormir)	
Para tratar o aliviar ciertas enfermedades o dolencias	

Otros (especificar)	
---------------------	--

33) ¿TU CONSUMO DE CÁNNABIS TE HA CAUSADO ALGUNA VEZ PROBLEMAS SOCIOFAMILIARES?

En los estudios (faltar a clase, suspender, repetir...)	
Con la familia (discusiones, irte de casa...)	
Con la pareja (peleas, rupturas...)	
En lugares públicos (bares, calle...)	
Problemas de salud (dolencias...)	
Nunca	
Otros (especificar)	

34) ¿SIENTES RECHAZO POR PARTE DE OTROS/AS COMPAÑEROS/AS A CAUSA DE TU CONSUMO DE CÁNNABIS?

Sí	
No	
NS/NC	

EL CUESTIONARIO HA FINALIZADO, MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN