

## PROYECTO DE FIN DE GRADO

# RIESGO PERCIBIDO EN EL CONSUMO DE CÁNNABIS EN DOS MOMENTOS DIFERENTES DE LA ADOLESCENCIA

AUTORA: VIRGINIA DORTA HERRERA

Alumna de 4º Curso de Grado en Enfermería.

TUTORA: LOURDES FERNÁNDEZ LÓPEZ

Profesora titular de la Universidad de La Laguna en el Grado en Enfermería.

TITULACIÓN: GRADO EN ENFERMERÍA

Tenerife

CURSO 2015-2016



Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Enfermería y Fisioterapia

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

## Resumen

El cánnabis es la droga ilegal más consumida en el mundo y su consumo no está exento de daños<sup>1, 2</sup>. La mayor parte de los jóvenes y de la población en general la consideran la droga menos dañina de todas<sup>3, 4</sup>, no obstante su consumo está asociado a una gran variedad de alteraciones psicopatológicas<sup>5, 6, 7, 2</sup>. El riesgo que perciben los adolescentes en el consumo de drogas puede interpretarse como un factor de protección frente a su uso<sup>8, 9</sup> y esta relación se debe tener en cuenta por parte de profesionales sanitarios para actuar desde la prevención.

El objetivo del trabajo es conocer la percepción de riesgo en el consumo de cánnabis en dos edades diferentes de la adolescencia, determinar el nivel de información que tienen los jóvenes sobre los riesgos reales en el consumo de cánnabis y conocer las intervenciones psicoeducativas mejor aceptadas por ellos. Se utilizará como instrumento para la recogida de información un cuestionario de elaboración propia y se administrará a los alumnos de 2º ESO y 2º Bachillerato del IES Canarias Cabrera Pinto. En base a los resultados se podrán efectuar posteriormente intervenciones psicoeducativas que ayuden a prevenir el consumo de esta sustancia y disminuir la comorbilidad psiquiátrica asociada a su consumo.

Palabras clave: cánnabis, adolescentes, riesgo percibido, patología mental.

## **Abstract**

Cannabis is currently the most consumed illegal drug in the world and its use is not out of damage<sup>1, 2</sup>. Most of young people and people in general consider it the less harmful drug<sup>3, 4</sup>, however its use is associated with a great variety of psychopathological alterations<sup>5, 6, 7 2</sup>. The risk that adolescent perceive in drug use can be interpreted as a protective factor against its use<sup>8, 9</sup> and this relationship should be taken into account by healthcare professional to work from prevention.

The aim of this work is to know the risk perception in cannabis use in two different ages of adolescence, to determinate the level of information that young people have about the real risks in cannabis use and to know the psychoeducational interventions better accepted by them. It will be used as an instrument for collect the information a quiz self-made and it will be administered to 2º ESO and 2º Bachillerato students of IES Canarias Cabrera Pinto. Based on the results it may be made psychoeducational interventions to help to prevent the use of this substance and decrease the psychiatric comorbidity associated with its consumption.

Keywords: cannabis, teenager, perceived risk, mental pathology.

# Índice

<b>1. Marco teórico</b> .....	1
1.1.    Introducción.....	1
1.2.    Drogas psicoactivas y cánnabis.....	2
1.3.    Prevalencia del consumo de drogas .....	3
1.3.1. Consumo de diferentes tipos de drogas.....	4
1.4.    Factores sociodemográficos relacionados con el consumo de cánnabis .....	5
1.5.    Consumo problemático de cánnabis.....	6
1.6.    Consumo de cánnabis y patología mental.....	6
1.6.1. Patología dual.....	8
1.7.    Riesgo percibido en el consumo de cánnabis.....	9
1.8.    Intervenciones psicoeducativas para la prevención del abuso de cánnabis entre adolescentes.....	11
1.9.    Justificación.....	14
<b>2. Proyecto de investigación</b> .....	15
2.1.    Objetivos.....	15
2.2.    Metodología.....	15
2.2.1. Tipo de estudio.....	15
2.2.2. Población y muestra.....	15
2.2.3. Variables e instrumentos de medida.....	16
2.2.4. Procedimientos.....	16
2.2.5. Análisis estadístico.....	17
<b>3. Limitaciones del estudio</b> .....	17
<b>4. Cronograma</b> .....	17
<b>5. Presupuesto</b> .....	18
<b>6. Bibliografía</b> .....	19
<b>7. Anexos</b> .....	25



## 1. MARCO TEÓRICO.

### 1.1. Introducción.

El cánnabis es actualmente la droga ilegal más consumida en el mundo<sup>1, 2</sup>. La mayor parte de los adolescentes y adultos jóvenes la considera una sustancia inofensiva, ya que la mayoría de la información que se maneja sobre su consumo, sus efectos y sus riesgos reales no es objetiva, y está llena de tópicos y mitos<sup>5</sup>.

Pero al contrario de lo que los jóvenes piensan, el consumo crónico de cánnabis puede ocasionar una gran variedad de alteraciones psicopatológicas<sup>5, 6, 7, 2</sup>, desde psicosis a cuadros depresivos o de ansiedad. Entre ellos, la psicosis inducida por cánnabis es la que se observa en la clínica con mayor frecuencia, y en ocasiones puede ser el antecedente de una esquizofrenia en sujetos vulnerables<sup>5</sup>.

El cánnabis está íntimamente ligado a la enfermedad mental, observándose también casos de patología dual en la bibliografía, pacientes con trastornos mentales que además son consumidores frecuentes de esta sustancia<sup>10</sup>.

Existe una importante banalización en su uso, debido al desconocimiento de los riesgos reales asociados a su consumo. El riesgo que la población percibe en el consumo de distintas drogas puede interpretarse como un factor de protección frente al uso de las mismas<sup>8, 9</sup>. Hay estudios que han demostrado que la percepción de riesgo es inversamente proporcional al consumo de sustancias, particularmente en el consumo de cánnabis, siendo más frecuente el consumo en aquellas personas con una baja percepción de riesgo<sup>11</sup>. Este riesgo percibido juega un papel muy importante en las decisiones que puede tomar una persona para consumir o no una sustancia y esta relación se debe usar por parte de profesionales sanitarios para poder actuar desde la prevención.

Es necesario conocer este factor en la adolescencia, edad de inicio del consumo, para poder comenzar desde esta etapa la prevención. Ésta debe realizarse de manera interdisciplinar, realizando intervenciones psicoeducativas desde la familia, el instituto y la comunidad<sup>12, 13</sup>.



## 1.2. Drogas psicoactivas y cánnabis.

El diccionario de la Real Academia Española<sup>14</sup> define el término droga como toda “sustancia mineral, vegetal o animal que se emplea en la medicina, en la industria o en las bellas artes” en su primer apartado, y en el segundo como aquella “sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno”.

Según la Organización Mundial de la Salud<sup>15</sup>, el término droga psicoactiva es “la expresión más neutra y descriptiva para referirse a todo grupo de sustancias, legales e ilegales”, y la describe como “aquella sustancia que cuando se ingiere afecta a los procesos mentales”.

Dentro del grupo de las drogas psicoactivas, nos encontramos con el Cánnabis, que es una planta herbácea de la familia Cannabaceae, que crece libremente en las regiones tropicales y subtropicales<sup>16</sup>. La planta del cánnabis tiene diferentes variedades, la más conocida es la Cánnabis Sativa, siguiéndole Cánnabis Índica y en menor importancia Cánnabis Ruderalis. El cannabinoide más abundante es el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), el cual es además el principal compuesto psicoactivo, siendo también importante el cannabidiol (CBD), aunque este sin propiedades psicoactivas, y el cannabinal (CBN)<sup>17</sup>.

Las preparaciones de cánnabis se obtienen generalmente de la planta Cánnabis Sativa femenina, el tallo proporciona una fibra textil, sus semillas producen un aceite y las glándulas de las inflorescencias femeninas (cogollos) una resina<sup>16</sup>. Por un lado, existe el término *marihuana*, que hace referencia al preparado elaborado a partir de las hojas, flores y pequeños tallos de la planta; y por otro lado está el *hachís*, que es una pasta hecha con la resina prensada.

La planta del cánnabis es conocida desde hace milenios<sup>16, 18, 19</sup> (entre 4.000 y 6.000 años según algunos autores), estableciéndose su origen en Asia Central. Se ha usado con fines religiosos, recreativos y medicinales a lo largo del tiempo, manteniéndose su uso en un perfil relativamente bajo, pero a partir de los años 1960 su consumo aumentó, época en la que la marihuana se consumía mayormente con fines recreativos, especialmente entre adolescentes y adultos jóvenes<sup>16</sup>.

La forma habitual de consumo de la marihuana es el cigarrillo liado<sup>16, 17</sup>, usándose directamente las hojas y cogollos (secos y desmenuzados). Se puede consumir mezclada con tabaco o sin él. Otros métodos incluyen el uso de pipas comunes o pipas de agua, así como introduciéndola en pastelitos o panecillos con hachís.



Actualmente, debido a sus propiedades psicoactivas el cultivo y venta de cánnabis está prohibido o restringido en muchos países <sup>16</sup>. En cuanto a la producción, el mercado en Europa cambió durante la última década, la marihuana que era producida local o regionalmente desplazó al hachís, el cual era la principal sustancia en la categoría de cánnabis en Europa, procedente sobre todo de Marruecos <sup>3</sup>.

El aumento del consumo de cánnabis y otras sustancias de abuso junto con la baja percepción de riesgo por parte de los jóvenes constituyen serios problemas para la salud actual y futura de los adolescentes<sup>20</sup>. El cánnabis ocupa actualmente el primer puesto en el consumo mundial de sustancias psicoactivas ilegales, <sup>1, 2</sup> las incautaciones de los preparados de cánnabis (hachís, marihuana, polen) en la Unión Europea superan las 7200 toneladas anuales<sup>6</sup>. Con este dato nos podemos hacer una idea de la dimensión de su tráfico y utilización; en el año 2011 más de 78 millones de europeos reconocían haberlo consumido en algún momento de su vida, y de ellos más de 12 millones lo habían hecho durante el último mes.

### **1.3. Prevalencia del consumo de drogas.**

Las adicciones y el consumo abusivo de drogas, tanto legales como ilegales, representan un enorme problema de salud pública<sup>21</sup>. En el año 2012 se calculó que entre 162 y 321 millones de personas, alrededor del 3,5% al 7% de la población mundial entre 15 y 64 años consumieron alguna droga ilícita, principalmente sustancias del grupo del cánnabis, opioides, cocaína o estimulantes de tipo anfetamínico (Datos recogidos del Informe Mundial sobre las Drogas 2014)<sup>3</sup>.

Por otro lado, el consumo problemático de drogas, por parte de consumidores habituales y personas que sufren trastornos de consumo o dependencia, ese mismo año, se mantuvo entre los 16 y los 39 millones de personas en todo el mundo. Según el Informe Mundial de las Drogas de 2015, en 2013 se calcula que un total de 246 millones de personas, alrededor de 1 de cada 20 personas de edades comprendidas entre los 15 y los 64 años, consumieron drogas. Entre ellos, 1 de cada 10 consumidores era un consumidor problemático<sup>22</sup>.



### **1.3.1. Consumo de diferentes tipos de drogas.**

Realizando una breve revisión sobre el consumo de diferentes tipos de drogas a nivel mundial y nacional, encontramos a nivel global, y según datos del Informe Mundial de las Drogas del año 2015 <sup>22</sup> que el mercado de anfetamina y metanfetamina es actualmente mayor que el de éxtasis, el cual está disminuyendo en varios países europeos. El consumo de cocaína ha disminuido, mientras que el consumo de cánnabis y el uso no médico de opioides farmacéuticos han seguido aumentando.

Por otra parte, en diciembre de 2014, 95 países informaron sobre un total de 541 nuevas sustancias psicoactivas (NSP) al sistema de alerta temprana de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). La mayoría de las nuevas sustancias psicoactivas notificadas fueron cannabinoides sintéticos (39%), seguidos de fenetilaminas (18%), y catinonas sintéticas (15%). Este creciente número de nuevas sustancias psicoactivas disponibles en todo el mundo advierte que el mercado de drogas sintéticas está cada vez más ampliamente diversificado.

A nivel nacional, según el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías<sup>8</sup>, el cánnabis sigue manteniéndose como la droga ilegal más consumida entre la población de 15-64 años de edad residentes en España.

Según la última encuesta ESTUDES <sup>23</sup> (Encuesta sobre el uso de las Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias), en el año 2014 las sustancias psicoactivas que presentaban una mayor prevalencia de consumo eran el alcohol y el tabaco, con un 76,8% y un 31,4% respectivamente. Y por su parte, entre las drogas de comercio ilegal, el cánnabis fue la sustancia con mayor prevalencia de consumo, con un 25,4%. En cuanto a las diferencias de sexo, el consumo de drogas ilegales está más extendido en hombres que entre las mujeres, dándose el caso contrario en el consumo de drogas de lícito comercio como son el alcohol y el tabaco.

Según un estudio en Zaragoza sobre el consumo de drogas en estudiantes universitarios<sup>24</sup>, la relación entre tabaco y cánnabis era muy estrecha, ya que el 84% de los consumidores de tabaco a diario han probado la marihuana, y un porcentaje considerable de personas ex fumadoras continuaban fumando cánnabis en alguna ocasión.





#### **1.4. Factores sociodemográficos y psicosociales relacionados con el consumo de cánnabis.**

El consumo de sustancias psicoactivas está íntimamente unido a su factor desencadenante. Diversos estudios han descrito los factores sociodemográficos y psicosociales asociados al inicio del consumo de cánnabis, y entre los más comunes encontramos:

- ✓ Edad. La adolescencia es un proceso dinámico de riesgos y gran vulnerabilidad. Varios artículos<sup>17, 21, 26, 27</sup> ponen esta etapa, comprendida entre los 12 y 18 años como edad de riesgo para el consumo, ya que suele ser un potente generador de identidad grupal.
- ✓ Sexo. Según varios estudios, el consumo de cánnabis es mayor en el sexo masculino que en el femenino<sup>23, 24</sup>.
- ✓ La influencia del grupo de iguales. El grado de presión social que ejercen los consumidores está asociado con el inicio del consumo. Algunos atribuyen un alto valor al consumo porque constituye un medio rápido y sencillo de sentirse aceptado por sus iguales<sup>13, 28</sup>.
- ✓ Bajo autocontrol. Este déficit condiciona al adolescente a una mayor vulnerabilidad para el consumo de drogas<sup>17, 28</sup>.
- ✓ La disfunción familiar. Algunos estudios indican que el consumo de cánnabis se ve potenciado al vivir en una familia monoparental, en un sistema familiar en crisis, en un escenario familiar marcado por el abuso de alcohol y otras drogas o en un ambiente de pobre supervisión familiar.<sup>13, 17, 28, 29</sup>
- ✓ Fracaso académico. El bajo rendimiento escolar, la dificultad en el aprendizaje, repetición de cursos, problemas en el rendimiento, etc. hacen que el adolescente se desvincule del instituto y comience a mostrar conductas en las que se encuentra más aceptado, como el consumo de drogas<sup>13, 17</sup>.
- ✓ Alteraciones psicológicas. La presencia de ansiedad, depresión y estrés están asociados al consumo de drogas, ya que constituye una forma fácil y rápida para experimentar sensaciones placenteras y modificar los sentimientos asociados al malestar emocional<sup>28</sup>.

Por último y además de los descritos, también se incluye como factor desencadenante al consumo de cánnabis el consumo previo de tabaco y alcohol<sup>29</sup>.



## 1.5. Consumo problemático de cánnabis

La gran mayoría de los consumidores de cánnabis son consumidores experimentales u ocasionales, sin embargo, con la alta prevalencia del consumo de cánnabis es necesario discriminar el uso ocasional y regular del cánnabis, del consumo problemático<sup>25</sup>. El consumo problemático es aquel consumo, que sea cual sea su frecuencia y cantidad, genera problemas al consumidor o a su entorno. Dentro de estos problemas se incluyen tanto de tipo social, como físicos, emocionales o afectivos, siendo estos efectos percibidos por su entorno inmediato, aunque no siempre sean reconocidos por el individuo<sup>13</sup>.

Aunque la frecuencia de consumo podría ser un indicador del consumo problemático, la mayoría de los jóvenes que consumen cánnabis de forma regular tienen un funcionamiento normal<sup>25</sup>. Podemos encontrarnos con individuos que, aunque sea muy esporádica la frecuencia de su consumo, tienen un consumo problemático, ya que los cambios que se producen en él son muy evidentes. O por el contrario, con personas que aún manteniendo el consumo durante un cierto tiempo, este no sea considerado problemático<sup>13</sup>.

Durante los últimos años algunas de las encuestas que se realizan entre la población juvenil y general han comenzado a incorporar escalas para medir el grado de dependencia y el consumo problemático de cánnabis<sup>25</sup>. Por ejemplo, según la encuesta ESTUDES<sup>23</sup>, entre las características del consumo problemático de cánnabis se incluye el consumo de una media de 5,2 unidades de cánnabis (porros) al día. Este consumo problemático está más extendido entre hombres y aumenta con la edad, y en 2014 afectó a un 2,5% los estudiantes españoles entre 14 y 18 años.

## 1.6. Consumo de cánnabis y patología mental.

Los efectos del consumo de los preparados de cánnabis siguen siendo sujeto de un gran debate. En los últimos veinte años, la falta de evidencia científica se ha visto corregida por el descubrimiento del sistema cannabinoide endógeno<sup>6</sup>. Esto ha fomentado el desarrollo de estudios longitudinales en la población consumidora. Los últimos estudios han mostrado un nexo que une el uso de cánnabis de forma crónica y el desarrollo de psicosis en los años posteriores, especialmente cuando su consumo se inicia en la adolescencia<sup>2, 30</sup>. El consumo de cánnabis incrementa el riesgo de padecer trastornos



psicóticos hasta en un 40% en consumidores ocasionales y hasta un 109% en consumidores crónicos<sup>6</sup>.

No obstante, el consumo de cánnabis puede ocasionar una gran variedad de alteraciones psicopatológicas<sup>5, 6, 7, 2</sup>, no solo psicosis, sino también cuadros depresivos o de ansiedad, incluyendo crisis de pánico, o cuadros de manía.

Hay estudios<sup>6, 31</sup> que han demostrado cómo el sistema cannabinoide endógeno, que tiene un papel destacado en la regulación emocional y la respuesta al estrés, actúa como un potente ansiolítico al limitar la activación de circuitos implicados en las respuestas de miedo condicionado y ansiedad. De este modo, la inhibición de la degradación de endocannabinoides es ansiolítica, mientras que la abstinencia a cannabinoides es profundamente ansiogénica.

En cuanto al trastorno de depresión, la asociación no es tan fuerte como en el caso de los trastornos psicóticos, pero sí significativa. Este trastorno del estado de ánimo es más frecuente en consumidores jóvenes, especialmente del sexo femenino, que comenzaron el consumo antes de los 17 años y que lo han mantenido semanalmente o diariamente durante más de 5 años<sup>6</sup>.

También se observan alteraciones psicopatológicas menos prevalentes, como los casos de delirium y de flash-back inducido por el consumo. Pero sin lugar a dudas, la relación más preocupante desde el punto de vista sanitario es el papel del consumo de cánnabis como causante de psicosis, y así queda manifestado en el predominio de casos sobre dicha relación.

No se observa un patrón de síntomas característico de la psicosis asociada al consumo de cánnabis, pero pueden predominar las ideas delirantes de perjuicio y de autorreferencia, como en la esquizofrenia. Es posible que sean menos frecuentes las alucinaciones auditivas pero también pueden aparecer los denominados síntomas de primer orden de la esquizofrenia. Puede ser más habitual la sintomatología afectiva en forma de disforia o humor expansivo, o la presencia de ideas megalománicas, pero no se puede hablar de una clínica característica de la psicosis asociada al consumo<sup>5</sup>.

La psicosis inducida por cánnabis se observa en la clínica con cierta frecuencia, y el objetivo terapéutico fundamental debe ser la abstinencia de cánnabis. Cuando el consumo persiste estos cuadros se repiten.

En ocasiones esta psicosis inducida puede ser el antecedente de una esquizofrenia en sujetos vulnerables<sup>5</sup>. Para algunos investigadores el consumo de



cánnabis es similar al consumo de alcohol. “Los adolescentes que consumen alcohol lo hacen de manera social, moderada y por lo general no desarrollan problemas secundarios a su consumo. Lo mismo ocurre con el cánnabis, ya que la mayoría de los consumidores no desarrolla problemas psicóticos. No obstante, un cierto porcentaje de consumidores de estas sustancias desarrollarán eventualmente alcoholismo y psicosis, respectivamente”<sup>2</sup>.

Es por ello que hay que tener cuidado al sugerir que la aparición de la esquizofrenia fue resultado del consumo de cánnabis, su consumo no es un factor de riesgo suficiente, ya que no todos los pacientes esquizofrénicos han consumido cánnabis y la mayoría de los consumidores de cánnabis no desarrollan una esquizofrenia<sup>4</sup>. El mensaje que se debe transmitir a los jóvenes es que la marihuana no es una sustancia carente de riesgos y que puede generar problemas psiquiátricos en personas con un perfil de riesgo<sup>2, 30</sup>.

### **1.6.1. Patología dual.**

El término “patología dual” se empleó por primera vez en 1991 por Stowell, para definir la coexistencia de un trastorno mental, como la esquizofrenia y un trastorno por uso de sustancias (TUS)<sup>10</sup>.

El consumo de sustancias en pacientes con esquizofrenia es una realidad clínica observada con frecuencia. Los pacientes duales con esquizofrenia se consideran especialmente graves, tanto desde la perspectiva psicopatológica como social. Estos presentan características clínicas específicas, en relación con los no duales. Por ejemplo, la edad de presentación de la psicosis es menor en pacientes con esquizofrenia que además son consumidores, lo que se asocia además a un peor pronóstico.

Existen diversas teorías que podrían explicar la frecuente asociación de los trastornos psicóticos con un TUS. Las drogas podrían ser utilizadas por los pacientes con esquizofrenia para controlar o disminuir la sintomatología alucinatoria y la ansiedad, para manejar los estados emocionales negativos o para contrarrestar la sintomatología negativa y sentirse integrados en su grupo de referencia<sup>10, 32</sup>. Otras hipótesis defienden que los pacientes con esquizofrenia podrían presentar anomalías en el funcionamiento del sistema cannabinoide, haciéndoles más susceptibles o vulnerables al desarrollo de una esquizofrenia y abuso de cánnabis.



El perfil de paciente esquizofrénico consumidor de sustancias suele ser el de una persona de sexo masculino, bajo nivel social y cultural, historia clínica depresiva y predominio de sintomatología positiva<sup>10</sup>. Además es propenso a hospitalizaciones psiquiátricas a edades tempranas, mayores tasas de conductas violentas, suicidio y de incumplimiento terapéutico.

Hay estudios epidemiológicos que muestran que entre un 60 y un 88% de pacientes adolescentes que inician un tratamiento por usos de sustancias (TUS) presentan comorbilidad psiquiátrica, y por tanto constituyen casos de patología dual<sup>33</sup>.

Según Roncero<sup>32</sup>, en un estudio de 2006, más del 75% de los esquizofrénicos fumaban tabaco, entre el 30 y 50% cumplían criterios de abuso/dependencia de alcohol, entre el 15-25% consumían cánnabis y el 5-10% cocaína. Esto era más frecuente en varones, donde aparecía una sintomatología más grave y presentaban un mayor número de recaídas.

## **1.7. Riesgo percibido en el consumo habitual.**

El cánnabis es considerado todavía como una sustancia inocua, ya que una gran parte de la información que manejan los jóvenes y adolescentes sobre su consumo y sus efectos no es objetiva, y está llena de tópicos<sup>5</sup>.

“La cultura pro-cánnabis europea ha ido ocupando espacios sociales y culturales y han conseguido identificar su “producto” con el ecologismo, el pacifismo y otros movimientos sociales especialmente atractivos para los jóvenes”<sup>34</sup>. No obstante, que el cánnabis sea un producto ecológico o natural no significa que esté exento de daños, el tabaco por ejemplo también es un producto natural, y su consumo provoca una de las principales causas de muerte en el mundo.

De la misma manera, muchos jóvenes creen que pueden controlar su consumo al considerar que el cánnabis no produce adicción, en cambio, se conoce que el consumo de cánnabis debido a la estimulación del sistema endocannabinoide, puede causar cambios en el cerebro que llevan a la adicción. Se estima que alrededor del 9% de las personas consumidoras de cánnabis serán dependientes, y este número aumenta aproximadamente al 17% en los casos en los que se comienza su consumo en la adolescencia<sup>35</sup>. En España, actualmente, casi 4000 personas inician tratamiento por problemas de dependencia relacionados con el consumo de cánnabis<sup>36</sup>.



Por otro lado, los usos médicos del cánnabis han aumentado la tolerancia social hacia su consumo, pero los efectos terapéuticos del cánnabis y sus beneficios están limitados, y el consumo habitual de hachís o marihuana con fines recreativos no tiene ninguna utilidad terapéutica ni supone ningún beneficio para la salud de los consumidores.

El riesgo que la población percibe en el consumo de distintas drogas puede interpretarse como un factor de protección frente al uso de las mismas<sup>8, 9</sup>. Hay estudios que han demostrado que la percepción de riesgo es inversamente proporcional al consumo de sustancias, particularmente en el consumo de cánnabis<sup>11</sup>, siendo más frecuente el consumo en aquellas personas con una baja percepción de riesgo.

Según Thornton<sup>11</sup>, la percepción de riesgo en el consumo de tabaco aumenta con el aumento de la edad, pero no es así en el caso del cánnabis y el alcohol. Según su estudio, el género femenino se asociaba con una percepción de riesgo significativamente más alta en relación al tabaco y el cánnabis. Además, encontró que las personas que padecen un trastorno psicótico tienen una mayor percepción de riesgo frente al consumo de cánnabis que las personas que no lo padecen.

Muchos consumidores no ven el consumo de cánnabis especialmente peligroso o problemático. Hay estudios que sugieren que aquellas personas que nunca han consumido cánnabis tienen una percepción de riesgo mayor que aquellos que ya son usuarios de esta droga. Esto tiene un papel protector para el inicio del consumo en aquellos individuos que aún son abstemios<sup>9</sup>.

Un estudio sobre el Consumo de drogas en estudiantes universitarios<sup>24</sup> del año 2009, reveló que de la muestra de estudio (2445 alumnos), un 16,5% consumía cánnabis a diario, ocasionalmente o los fines de semana. El 32,8% de estos alumnos creen que su consumo no provoca adicción, y el 15,8% considera que no es peligroso para su salud.

Por otro lado y a nivel nacional, según los datos de la última encuesta ESTUDES<sup>23</sup> realizada en 2014, el alcohol era la sustancia que se percibía como menos peligrosa, siguiéndole el cánnabis en segundo lugar y el tabaco en tercer puesto.

Aunque los jóvenes y el público en general consideren que el cánnabis es la menos dañina de las drogas ilícitas<sup>3, 4</sup>, en la última década ha aumentado de una forma muy notable el número de personas que se someten a tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de esta sustancia, la adicción a cánnabis supone el principal motivo de atención sanitaria por una droga de abuso ilegal en la Unión



Europea<sup>6</sup>. Al haber disminuido la percepción del riesgo y haber aumentado la disponibilidad, se incrementa el consumo y la frecuencia de la iniciación entre los jóvenes<sup>3</sup>.

Los adolescentes consideran que la enfermedad y la muerte son fenómenos muy lejanos en sus vidas, por lo que no valoran los riesgos que conlleva el consumo de drogas. La falsa sensación de control que se tiene al inicio del consumo disminuye la percepción de riesgo, favoreciendo esto al consumo de sustancias.

El riesgo percibido juega un papel importante en las decisiones que puede tomar una persona para consumir o no una sustancia y esta relación se debe usar por parte de profesionales de la salud en promoción de la salud para poder actuar desde la prevención<sup>11</sup>.

Una de las formas de valorar el riesgo percibido es mediante encuestas, y a nivel nacional tenemos el cuestionario EDADES<sup>37</sup> (encuesta sobre alcohol y drogas en España), el cual va dirigido a la población entre 15 y 64 años de edad, y el cuestionario ESTUDES<sup>23</sup> (encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España), dirigido a una población comprendida entre los 14 y 18 años.

En el cuestionario EDADES hay un apartado de “riesgo y otras cuestiones” que divide el riesgo percibido según el tipo de droga legal o ilegal, este se mide preguntando si el consumo (diario/durante el fin de semana/una vez al mes), produce en el usuario algún tipo de problema (ningún problema/pocos problemas/bastantes problemas/muchos problemas). Por ejemplo, la consideración de fumar hachís o marihuana una vez por semana, no produciría ningún problema.

Por otro lado, en el cuestionario ESTUDES hay un bloque de preguntas enfocadas a la opinión sobre los problemas (de salud o de otro tipo) que pueda significar consumir hachís/marihuana alguna vez o de forma habitual, este cuenta con 5 ítems (ningún problema, pocos problemas, bastantes, muchos, o no sabe).

## **1.8. Intervenciones psicoeducativas para la prevención del abuso de cánnabis entre adolescentes.**

Es importante alertar a los adolescentes con un perfil de riesgo y a los jóvenes en general que el consumo de cánnabis aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades mentales en la edad adulta<sup>2, 7, 6, 30</sup>. Además se debe informar a los consumidores que el



uso de variantes cada vez más potentes de marihuana, así como su uso crónico, puede generar en el individuo alteraciones cognitivas<sup>2</sup>, que en algunas ocasiones pueden permanecer en periodos indefinidos de tiempo.

Para ello es necesario realizar intervenciones de salud con el fin de advertir a los jóvenes los posibles riesgos asociados con el consumo cánnabis<sup>30</sup>. En España<sup>36</sup>, la prevención de la drogodependencia en adolescentes se inició con actividades aisladas en la década de 1980, donde la alarma generada por las drogas alcanzó su máximo nivel.

Los niveles de prevención, según Gordon (1987) se dividen en universal, selectiva e indicada<sup>13</sup>. A partir de este punto se podrán realizar las intervenciones psicoeducativas adecuadas a cada grupo.

- ✓ Prevención Universal. Estas intervenciones estarían dirigidas a la población adolescente en general, por ejemplo, sesiones de información en institutos o dirigidas a los padres en general.
- ✓ Prevención Selectiva. Intervenciones dirigidas a grupos de riesgo, por ejemplo intervenciones con adolescentes en una zona deprimida económica y socialmente.
- ✓ Prevención Indicada. Intervenciones dirigidas a grupos de consumidores.

El fenómeno de las drogas es una problemática que debe ser abordada de forma interdisciplinar, por lo que además del tipo de audiencia que pueda tener el programa, también lo podemos clasificar según el ambiente en el que se realice:<sup>12</sup>

- ✓ Intervenciones con la familia. Los programas basados en la familia tienen sus beneficios cuando los padres proporcionan reglas y disciplinas consistentes, informando a sus hijos sobre los riesgos del consumo de drogas, vigilando sus actividades y comportamientos, conociendo a sus amigos y comprendiendo sus problemas y preocupaciones.
- ✓ Intervenciones en el instituto. Los programas de prevención en institutos deben ser integrados al programa académico, incluyendo información sobre cómo corregir la percepción errónea que muchos estudiantes tienen sobre el uso de drogas, fomentando el auto control y el manejo de los problemas sin caer en el consumo de sustancias.
- ✓ Intervenciones en la comunidad. Estas intervenciones se dirigen desde organizaciones gubernamentales y cívicas. Son intervenciones para concienciar a toda la comunidad.





En el ámbito sanitario el papel de los profesionales médicos y profesionales de enfermería de Atención Primaria es de gran importancia<sup>21</sup>, tanto para actuar en prevención primaria (educación sanitaria), secundaria (detección precoz) y terciaria (colaborando con el tratamiento y controlando su eficacia).

Es importante aprovechar cualquier visita a la consulta para determinar el consumo. Siempre se debe recomendar a los fumadores dejarlo y para ello es necesario evaluar el deseo de intentarlo, valorar el estadio en el que se encuentra y realizar una intervención motivacional si el consumidor no está dispuesto a hacer un esfuerzo. Dentro de las actividades en la consulta se incluye la información acerca de los efectos a corto y largo plazo del consumo y el apoyo en elaborar alternativas de ocio.

Es necesario conocer hasta qué punto la vida del adolescente está afectada, tanto en el instituto como en su casa, en sus actividades diarias o en su trabajo, si fuera el caso. Es importante también que los profesionales sanitarios conozcan los signos y síntomas del abuso de cánnabis y la existencia de una posible patología dual al coexistir el consumo con otras alteraciones mentales, así como conocer los servicios a los que derivarlo si fuera necesario y estar informados sobre los recursos existentes en cuanto a educación, prevención y tratamiento.

Según la encuesta ESTUDES 2014-2015<sup>23</sup>, las medidas de mayor eficacia para resolver los problemas de las drogas desde el punto de vista de los jóvenes era, en primer lugar, la educación en las escuelas con un 96,8%.

En relación a esto, diferentes estudios sobre la eficacia de los programas de prevención de drogodependencias llevados a cabo desde la escuela o instituto muestran que son mucho más eficaces aquellos que se desarrollan con métodos participativos (basados en la interacción con los compañeros), que aquellos que se centran en la figura del adulto que coordina el programa, o aquellos que se limitan a presentar la información<sup>38</sup>. También se observa que existe una mayor eficacia en aquellos programas que se dirigen a distintos tipos de drogas, frente a los que se dirigen a una sola sustancia. Además la combinación de dos o más programas, como por ejemplo programas familiares y escolares, es más eficaz que las intervenciones con un solo programa.



## 1.9. Justificación.

Basándonos en la revisión realizada, podemos señalar que el consumo de cánnabis está cada vez más extendido entre los jóvenes y que el desconocimiento de los problemas de salud que puede ocasionar esta droga junto con los mitos y tópicos asociados a ella hacen que haya disminuido la percepción de riesgo y que haya aumentado su consumo. Aunque esté considerada por la población general, y por los adolescentes en particular, como la menos dañina de las drogas ilícitas, es cada vez mayor el número de personas que precisan asistencia y tratamiento por trastornos mentales relacionados con el consumo de esta sustancia.

La edad de inicio en el uso o consumo suele ser la adolescencia, etapa vital que se caracteriza por minimizar los riesgos de múltiples y variadas conductas, entre ellas el consumo de sustancias adictivas. La infravaloración del riesgo va asociada, no solo con la edad sino también con la falta de información o con la inadecuación de la información dada, sea en su contenido o sea en el medio utilizado para transmitirla.

De cualquier manera, el riesgo percibido juega un papel importante en las decisiones que puede tomar una persona para consumir o no una sustancia y este hecho se debe tener en cuenta por parte de profesionales sanitarios para actuar desde la prevención.

Recientemente se ha publicado un nuevo estudio a nivel nacional sobre la perspectiva de los jóvenes españoles en el consumo de cánnabis<sup>39</sup>, que nos hace tener un interés aún mayor para la realización de la investigación que aquí se propone.

Por consiguiente, consideramos necesario conocer tanto el riesgo percibido como el nivel de conocimiento que tienen los adolescentes de nuestro entorno más inmediato, así como cuáles son las estrategias más adecuadas para intervenir de forma efectiva sobre este colectivo, a fin de desarrollar programas dirigidos hacia la prevención de este problema de salud. Esta es una labor donde la enfermería puede y debe desempeñar un papel crucial, siendo además un campo a tomar en consideración para el desarrollo de la profesión.



## 2. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

### 2.1. Objetivos.

- ✓ Describir la percepción de riesgo que existe entre dos grupos de adolescentes de diferentes edades del IES Canarias Cabrera Pinto acerca del consumo de cánnabis.
- ✓ Conocer el nivel de información sobre los riesgos asociados al consumo de cánnabis entre los dos grupos de adolescentes.
- ✓ Determinar la posible existencia de relación entre variables sociodemográficas y otras variables referentes al consumo y a la percepción del riesgo.
- ✓ Comparar el nivel de información sobre el consumo de cánnabis y su percepción de riesgo en dos momentos de la adolescencia.
- ✓ Conocer la actitud de los adolescentes frente a ciertos aspectos de las intervenciones psicoeducativas.

### 2.2. Metodología.

#### 2.2.1. Tipo de estudio.

Se llevará a cabo un estudio descriptivo, transversal, observacional y analítico, no epidemiológico sobre la percepción de riesgo en el consumo de cánnabis entre dos grupos de adolescentes del IES Canarias Cabrera Pinto.

#### 2.2.2. Población y muestra.

El universo de estudio serán todos los alumnos matriculados en el IES Canarias Cabrera Pinto en 2º ESO y 2º de Bachillerato. Los cursos están divididos entre 4 clases de 2º ESO y 7 clases de 2º de Bachillerato, tomando como referencia a los alumnos matriculados en el curso 2015-2016 (140 en 2º ESO y 187 en 2º Bachillerato), estimamos que habrá un número de alumnos en torno a 320-330 el siguiente curso académico 2016-2017.



El motivo de utilizar dos muestras de adolescentes de diferente edad y curso, es comparar el nivel de información sobre el consumo de cánnabis y la percepción de riesgo acerca de esta sustancia en diferentes momentos de la adolescencia.

### **2.2.3. Variables e instrumentos de medida.**

Se utilizará como instrumento para la recogida de información un cuestionario de elaboración propia diseñado a partir de las encuestas ESTUDES<sup>23</sup> y EDADES<sup>37</sup> en su mayoría (Ítems 1-7, 9-20, 24-27). Además se han incluido preguntas de un nuevo estudio a nivel nacional sobre la perspectiva de los jóvenes españoles en el consumo de cánnabis<sup>39</sup> (Ítems 21-22) y preguntas de elaboración propia (Ítems 8, 23, 28-33).

El cuestionario final resultante recoge tanto variables cuantitativas (p. ej. Ítem 2, ítem 11,...), variables cualitativas categóricas (ítem 1, ítem 9,...) y variables cualitativas ordinales (ítem 18, ítem 20,...). (Anexo I).

### **2.2.4. Procedimiento.**

Se solicitarán los permisos pertinentes a la administración y una vez aprobados se informará al equipo directivo del IES Canarias Cabrera Pinto de La Laguna del trabajo de investigación en curso “Riesgo percibido en el consumo de cánnabis en dos momentos diferentes de la adolescencia”. (Anexo II).

Posteriormente, se procederá a realizar el estudio en el centro, informando a los alumnos someramente sobre la finalidad del estudio, así como de la voluntariedad del mismo y su carácter confidencial. Se solicitará también la autorización de los padres o tutores de aquellos alumnos menores de edad, mediante la firma del consentimiento escrito (Anexo III).

Para la toma de información se acudirá a las aulas en horario lectivo. Los alumnos participantes cumplimentarán el cuestionario de forma heteroadministrada, colectivamente y en presencia del investigador, garantizando en todo momento la voluntariedad y anonimato de la participación.



### 2.2.5. Análisis estadístico.

El análisis estadístico del estudio se hará mediante el programa informático IBM Statistics SPSS 22.0 para Windows.

Para el estudio descriptivo, las variables cualitativas o categóricas se expresarán en forma de frecuencias o porcentajes, y las cuantitativas mediante medidas de centralización y dispersión (media y desviación estándar).

Para establecer relaciones entre las variables cuantitativas se usará el t-Student o ANOVA y la prueba del Chi Cuadrado de Pearson (datos paramétricos) o test de Fisher (datos no paramétricos) para contrastar la independencia de las variables categóricas.

## 3. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

Entre las limitaciones del estudio en curso podemos encontrar la falta de sinceridad por parte de los adolescentes al realizar el cuestionario, así como la falta de una muestra de estudio representativa de toda la isla, siendo los resultados no extrapolables a toda la población de Tenerife.

## 4. CRONOGRAMA.

Solicitud de permiso a la administración	1 mes (septiembre)
Solicitud de permiso a los padres/tutores	2 semanas (Primera quincena de octubre)
Administrar instrumento (cuestionario) y recogida de datos	2 semanas (Segunda quincena de octubre)
Análisis estadístico	1 mes (noviembre)
Elaboración del informe final	3 meses (diciembre - febrero)

Tabla 4.1. Cronograma.



## 5. PRESUPUESTO.

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	SUBTOTAL	TOTAL
<b><u>RECURSOS HUMANOS</u></b>				
Estadístico	Persona	1	300 €	300 €
<b><u>RECURSOS MATERIALES</u></b>				
Material fungible: Fotocopias y Grapas	Paquete de 1000 grapas Y Fotocopias		100 €	100 €
<b><u>TOTAL</u></b>				<b><u>400 €</u></b>

Tabla 5.1. Presupuesto.

**Material fungible:** teniendo en cuenta que 1 fotocopia: 0,03 €, y calculando un total de 9 folios por cuestionario y un número aproximado entre 320 y 330 alumnos, así como la suma de las cartas de solicitud de permiso, se calculan 100 € aproximadamente en fotocopias y grapas.

**Material inventariable:** ordenador → no procede porque se utilizará el propio del investigador.



## 6. BIBLIOGRAFÍA.

1. Gonzalvo B, Barral C, Grau-López L, Esteve O, Roncero C. Comorbilidad psiquiátrica en adolescentes consumidores de cánnabis. *Trastor Adict.* 2011; 13(3): 109-112.
2. Consumo de marihuana y salud mental. Información Clínica. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Julio 2013. [citado el 21 Feb 2016]. 24 (7): 57-59. Disponible en: [http://bic.edilaser.net/es/pdf/2407/07\\_BIC\\_Julio\\_2013\\_p57-59.pdf](http://bic.edilaser.net/es/pdf/2407/07_BIC_Julio_2013_p57-59.pdf)
3. Informe Mundial Sobre las Drogas. *Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.* 2014. [citado el 26 Feb 2016] Disponible en: [https://www.unodc.org/documents/wdr2014/V1403603\\_spanish.pdf](https://www.unodc.org/documents/wdr2014/V1403603_spanish.pdf)
4. Casadio P, Fernandes C, Murray RM, Di Fortti M. Cánnabis use in young people: the risk for schizophrenia. *Neurosci Biobehav Rev* [Internet]. 2011. [citado el 10 Marzo 2016] 35:1779-1787. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014976341100073X>
5. Arias Horcajadas F, Ramos Atance JA. Casos clínicos en psiquiatría relacionados con el consumo de cánnabis. Observatorio regional de drogodependencias de la comunidad de Madrid. *Sociedad Española de investigación en cannabinoides (SEIC).* 2009. [citado 24 Marzo 2016]. Disponible en: [http://www.patologiadual.es/docs/libro\\_casos\\_clinicos\\_psiquiatria.pdf](http://www.patologiadual.es/docs/libro_casos_clinicos_psiquiatria.pdf)
6. Araos P, Calado M, Vergara-Moragues E, Pedraz M, Pavón FJ, Rodríguez de Fonseca F. Adicción a cánnabis: bases neurobiológicas y consecuencias médicas. *Revista Española de Drogodependencias.* 2014; 32 (2): 9-29.
7. Rubino T, Parolaro D. Cánnabis abuse in adolescence and the risk of psychosis: a brief review of the preclinical evidence. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* [Internet]. 2013. [citado el 21 Feb 2016] 52: 41-44. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0278584613001620>
8. Informe 2013: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. *Observatorio español de la droga y las toxicomanías (OEDT).* *Delegación del Gobierno para el*



- Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD)*. 2013. [citado el 16 Feb 2016]  
Disponible en:  
[http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2\\_Informe\\_2013.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2_Informe_2013.pdf)
9. Kilmer JR, Hunt SB, Lee CM, Neighbors C. Marijuana use, risk perception, and consequences: is perceived risk congruent with reality? *Addict Behav.* 2007; 32: 3026-3033.
10. Roncero C, Barral C, Grau-López L, Esteve O, Casas M. Patología Dual. Protocolos de Intervención. CAS Drogodependencias Vall d'Hebron. 2010. [citado el 21 Feb 2016]. Disponible en:  
[http://www.patologiadual.es/docs/protocolos\\_patologiadual\\_modulo3.pdf](http://www.patologiadual.es/docs/protocolos_patologiadual_modulo3.pdf)
11. Thornton LK, Baker AL, Johnson MP, Lewin T. Perceived risk associated with tobacco, alcohol and cannabis use among people with and without psychotic disorders. *Addict Behav.* 2013; 38: 2246-2251.
12. Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes. *National Institute on Drug Abuse (NIDA)*. 2004. [citado 5 Mayo 2016]. Disponible en:  
[https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/redbook\\_spanish.pdf](https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/redbook_spanish.pdf)
13. Ayllón Alonso E, García Torres C, Olivar Arroyo A, Palmerín García A. Guía para la prevención del consumo de cannabis en población vulnerable e inmigrantes. *Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos*. 2008. [citado el 21 Marzo 2016]. Disponible en: <http://www.cop.es/pdf/Guia-Prevencion-Consumo-Cannabis.pdf>
14. Diccionario de la lengua española. Real Academia Española (RAE). [citado el 26 Feb 2016] Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=ECdTcOk>
15. Glosario de términos de alcohol y drogas. World Health Organization. 2008. [citado el 26 Feb 2016]. Disponible en:  
[http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf)





16. Rodríguez Carranza R. Los productos de Cánnabis sativa: situación actual y perspectivas en medicina. *Salud Ment* [Internet]. Junio 2012. [citado el 26 Feb 2016] 35(3): 247-256. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252012000300009](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000300009)
17. The health and social effects of nonmedical cánnabis use. World Health Organization. 2016. [citado el 10 Mayo 2016]. Disponible en: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/msb\\_cánnabis\\_report.pdf?ua=1](http://www.who.int/substance_abuse/publications/msb_cánnabis_report.pdf?ua=1)
18. Ramos Atance JA, Fernández Ruiz J. Uso de los cannabinoides a través de la historia. *Adicciones* [Internet]. 2000. [citado el 26 Feb 2016]. 12: 19-30. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/670>
19. Candela García E, Espada Sánchez JP. Una revisión sobre los usos del cánnabis y su regulación. *Salud y drogas* [Internet]. 2006. [citado el 26 Feb 2016] 6(1): 47-70. Disponible en: <http://www.cánnabisterapeutico.org/wp-content/uploads/2013/05/Historiadelusodelcánnabis.pdf>
20. Benítez Rubio MR, Medranda de Lázaro MI, Montón Álvarez JL. Intervención del pediatra de Atención Primaria en la prevención del consumo de sustancias de abuso. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006; 3: 91-111
21. Hidalgo Vicario MI, Montón Álvarez JL, González Rodríguez MP. Evidencias y medidas preventivas en el abuso de sustancias durante la adolescencia. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006; 8 (7): 113-127
22. Informe Mundial Sobre las Drogas. *Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito*. 2015. [citado el 26 Feb 2016] Disponible en: <http://www.ipu.org/splz-e/unga16/drug-report-s.pdf>
23. Encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en España. ESTUDES 2014/2015. *Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas*. Febrero 2016. [Citado 16 Feb 2016]. Disponible en: [http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016\\_ESTUDES\\_2014-2015.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016_ESTUDES_2014-2015.pdf)



24. Jiménez-Muro Franco A, Beamonte San Agustín A, Marqueta Baile A, Garfallo Valero P, Nerín de la Puerta I. Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso. *Adicciones* [Internet]. Marzo 2009. [citado el 28 Feb 2016]. 21(1): 21-28. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/248/238>
25. Consumo problemático de cánnabis en estudiantes españoles de 14-18 años: validación de escalas. *Estudio colaborativo entre la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías*. 2009. [citado 23 Marzo 2016] Disponible en: <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/133.pdf>
26. Arbez Sánchez C. Guía de intervención: Menores y consumo de drogas. Madrid. 2002. [citado 23 Marzo 2016]. Disponible en: <http://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-43058/menoresyconsumos.pdf>
27. Catalán Rivas M. El adolescente y sus usos de drogas en una sociedad de riesgos. *Polis*. 2002; (2): 1-12.
28. Cáceres D, Salazar I, Varela M, Tovar J. Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Univ Psychol Bogotá* [Internet]. 2006. [citado el 18 Marzo 2016] 5(3): 521-534. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a08.pdf>
29. Morales E, Ariza C, Nebot M, Pérez A, Sánchez F. Consumo de cánnabis en los estudiantes de secundaria de Barcelona: inicio en el consumo, efectos experimentados y expectativas. *Gac Sanit* [Internet]. 2008. [citado el 20 Marzo 2016] 22(4): 321-9. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gv/v22n4/original3.pdf>
30. Parakh P, Basu D. Cánnabis and psychosis: have we found the missing links? *Asian J Psychiatr* [Internet]. 2013. [citado el 2016] 6: 281-287. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876201813000944>
31. Arias F, Szeman N, Vega P, Mesias B, Basurte I, Morant C, et al. Abuso o dependencia al cánnabis y otros trastornos psiquiátricos. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual. *Actas Esp Psiquiatr* [Internet]. 2013. [citado el 5



- Abril 2016] 41(2): 123-30. Disponible en:  
<http://www.patologiadual.es/docs/5EEM-Arias-CNNb-Actas2013.pdf>
32. Roncero C, Matali J, Yelmo YS. Paciente psicótico y consumo de sustancias: patología dual. *Trastornos Adictivos* [Internet]. 2006. [citado el 28 Feb 2016] 8(1):1-5. Disponible en:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575097306751017>
33. Ribas-Siñol M, Del Prado-Sánchez N, Claramunt-Mendoza J, Civit-Ramirez M, Canalias-Pérez O, Ochoa S. Adolescentes multiproblemáticos: consumo de tóxicos y trastorno mental en jóvenes que delinquen. *Actas Esp Psiquiatría* [Internet]. 2015. [citado el 5 Abril 2016] 43(6): 197-204. Disponible en:  
<http://actaspsiquiatria.es/repositorio/17/98/ESP/17-98-ESP-197-204-612567.pdf>
34. Gil E. Cánnabis: mitos y realidades. *Proyecto hombre* [Internet]. 2004. [citado el 5 Abril 2016] 49: 19-23. Disponible en:  
<http://www.proyctohombre.es/archivos/22.pdf>
35. Volkow ND. National Institute on Drug Abuse [base de datos en Internet]. La marihuana. Septiembre 2015. [citado el 7 abril 2016] Disponible en:  
<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/la-marihuana/que-es-la-marihuana>
36. Sánchez Pardo, L. El cánnabis y los jóvenes, ¿te lo sabes todo? Agencia antidroga. 2003. [citado el 6 de abril 2015] Disponible en:  
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadertype=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3D%2818%29+EL+CÁNNABIS+Y+LOS+JOVENES.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1155602376557&ssbinary=true>
37. Encuesta sobre alcohol y drogas en España. EDADES 2013-2014. *Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas*. 2015. [citado el 10 Marzo 2016]. Disponible en:  
[http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas\\_EDADES.htm](http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm)



38. Díaz-Aguado MJ, Martínez-Arias R, Ordóñez A. Prevenir la drogodependencia en adolescentes y mejorar la convivencia desde una perspectiva escolar ecológica. Revista de Educación [Internet]. 2012. [citado el 23 Marzo 2016] 338-362. Disponible en: <http://docplayer.es/3441360-Prevenir-la-drogodependencia-en-adolescentes-y-mejorar-la-convivencia-desde-una-perspectiva-escolar-ecologica-1.html>
  
39. Megías I, Rodríguez E. Tendencias de cambio en la representación del cánnabis. La perspectiva de adolescentes y jóvenes españoles. Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud. Abril 2016. [citado 5 Mayo 2016]. Disponible en: [http://www.fad.es/sites/default/files/Dossier\\_Cánnabis2016\\_V4.pdf](http://www.fad.es/sites/default/files/Dossier_Cánnabis2016_V4.pdf)



## 7. Anexos.

### Anexo I: Cuestionario.

• **DATOS DE CLASIFICACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y CARACTERÍSTICAS BÁSICAS RELACIONADAS CON TU ENTORNO**

1. Sexo

<input type="checkbox"/>	Hombre
<input type="checkbox"/>	Mujer

2. Edad: \_\_\_\_\_ años

3. ¿Con quién vives actualmente?

<input type="checkbox"/>	Solo
<input type="checkbox"/>	Padre
<input type="checkbox"/>	Madre
<input type="checkbox"/>	Pareja
<input type="checkbox"/>	Pareja de tu madre (si tu padre y tu madre no viven juntos)
<input type="checkbox"/>	Pareja de tu padre (si tu padre y tu madre no viven juntos)
<input type="checkbox"/>	Hermanos
<input type="checkbox"/>	Hijos de la pareja de tu padre/madre
<input type="checkbox"/>	Abuelos
<input type="checkbox"/>	Otros familiares
<input type="checkbox"/>	En un centro educativo o institución
<input type="checkbox"/>	Otros. Especificar.

4. ¿Qué curso estudias?

<input type="checkbox"/>	2º ESO
<input type="checkbox"/>	2º Bachillerato

5. ¿Has repetido curso?

<input type="checkbox"/>	Sí, un curso
<input type="checkbox"/>	Si, dos o más cursos
<input type="checkbox"/>	No



6. ¿A qué edad repetiste curso por primera vez? \_\_\_\_\_ años

7. En los últimos 30 días, ¿has faltado algún día entero a clase?

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

8. En los últimos 30 días, ¿por qué motivo has faltado a clase?

<input type="checkbox"/>	Por enfermedad o por consulta médica
<input type="checkbox"/>	Por no tener ganas de ir a clase
<input type="checkbox"/>	Por asistir a un funeral, visitar o atender a un familiar enfermo, ayudar a tus padres
<input type="checkbox"/>	Otros motivos
<input type="checkbox"/>	No has faltado a clase en los últimos 30 días

9. ¿Qué notas sacas habitualmente?

<input type="checkbox"/>	Sobresaliente (9–10)
<input type="checkbox"/>	Notable (8-9)
<input type="checkbox"/>	Bien (6)
<input type="checkbox"/>	Aprobado (5)
<input type="checkbox"/>	Suspenso (0-4)

10. En los últimos 40 días, además de estudiar, ¿has realizado algún trabajo remunerado (te han pagado por realizar el trabajo), con o sin contrato?

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

11. ¿Actualmente, de cuánto dinero dispones a la semana para tus gastos personales?

\_\_\_\_\_ Euros



• **ACTIVIDADES QUE REALIZAS EN TU TIEMPO LIBRE.**

12. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia has salido por las noches para divertirte?

	Menos de una noche al mes
	De 1 a 3 noches al mes
	1 noche a la semana
	2 noches a la semana
	3-4 noches a la semana
	Más de 4 noches a la semana
	Nunca

13. La última vez que saliste por la noche en fin de semana para divertirte, ¿a qué hora volviste a casa?

	Antes de las 12 de la noche
	Entre las 12 y la 1 de la noche
	Entre la 1 y las 2 de la madrugada
	Entre las 2 y las 3 de la madrugada
	Entre las 3 y las 4 de la madrugada
	Entre las 4 de la madrugada y las 8 de la mañana
	Después de las 8 de la mañana
	No he salido por las noches en los últimos 12 meses.

• **CONSUMO**

14. ¿Cuántos días has fumado cigarrillos en tu vida? No consideres que fumaste si lo único que hiciste fue dar unas caladas al cigarrillo de otra persona.

	1 día
	2 días
	3 días
	4-5 días
	6-9 días
	10-19 días
	20-39 días
	40 días o más
	Ningún día



15. Para cada una de las personas con las que convives o compartes tu casa, señala si fuman o no tabaco actualmente.

	Fuma a diario	Fuma, pero no a diario	No fuma
Madre			
Padre			
Pareja de tu madre (Si tu madre y tu padre no viven juntos)			
Pareja de tu padre (Si tu madre y tu padre no viven juntos)			
Hermanos			
Hijos de la pareja de tu padre/madre			
Abuelos/as			
Otros familiares			

16. ¿Cuántos días has consumido hachís o marihuana (cánnabis, hierba, chocolate, porro, costo, aceite de hachís)?

	¿En tu vida?	¿En los últimos 12 meses?	¿En los últimos 30 días?
1 día			
2 días			
3 días			
4-5 días			
6-9 días			
10-19 días			
20-39 días			
40 días o más			
Ningún día			





17. ¿Qué edad tenías la primera vez que consumiste hachís o marihuana?

\_\_\_\_\_ Años.

18. ¿Con qué frecuencia te ha ocurrido algo de lo que se describe a continuación en los últimos 12 meses?

	Nunca	Raramente	De vez en cuando	Bastante a menudo	Muy a menudo
¿Has fumado cánnabis antes del medio día?					
¿Has fumado cánnabis estando solo/a?					
¿Has tenido problemas de memoria al fumar cánnabis?					
¿Te han dicho tus amigos o tu familia que deberías reducir el consumo de cánnabis?					
¿Has intentado reducir o dejar el consumo de cánnabis sin conseguirlo?					
¿Has tenido problemas debido a tu consumo (pelea, accidente, mal resultado escolar)? ¿Cuáles? _____					

19. Nos gustaría saber tu opinión sobre la permisividad del consumo de hachís/marihuana.

<input type="checkbox"/>	Debería prohibirse y sancionarse su consumo aún en privado
<input type="checkbox"/>	Debería permitirse a los adultos su consumo en privado
<input type="checkbox"/>	Debería permitirse a los adultos su consumo, incluso público, sin ninguna limitación.
<input type="checkbox"/>	Debería permitirse a cualquier persona, en cualquier circunstancia.



• **RIESGO PERCIBIDO**

20. Nos gustaría saber tu opinión sobre los problemas de salud, o de otro tipo, que puede significar realizar cada una de las siguientes conductas.

	Ningún problema	Pocos problemas	Bastantes	Muchos	No sabes
Fumar tabaco alguna vez					
Fumar hachís/marihuana (cánnabis) alguna vez					
Fumar hachís/marihuana (cánnabis) habitualmente					

21. Nos gustaría conocer tu opinión sobre el consumo de cánnabis.

	Consumir cánnabis no hace daño a quien está sano, aunque se consuma mucho.
	Aunque se consuma con frecuencia, no tiene por qué crear problemas.
	Si se consume a diario es casi seguro que existan problemas.
	Si se consume los fines de semana casi seguro que existan problemas.
	Si se prueba es casi seguro que haya problemas.

22. ¿Quiénes consideras que pueden sufrir riesgos asociados al consumo de cánnabis?

	Todas las personas.
	Solo aquellas personas con un perfil de riesgo.
	Solo los jóvenes.
	Aquellas personas que además son consumidoras de otras sustancias.

23. ¿Qué sustancia psicoactiva crees que tiene más probabilidad de producir una patología mental a largo plazo?

	Cocaína
	Heroína
	Cánnabis



24. En general, dirías que tu salud es...

	Muy buena
	Buena
	Regular
	Mala
	Muy mala
	NS/NC

• **NIVEL DE INFORMACIÓN**

25. ¿Te sientes suficientemente informado con respecto al tema de las drogas?

	Sí, perfectamente
	Si, lo suficiente
	Sólo a medias
	No, estoy mal informado

26. ¿Por qué vía o vías has recibido principalmente información sobre drogas?

	Madre
	Padre
	Pareja de mi padre o de mi madre
	Hermanos/as
	Otros familiares
	Amigos/as
	Profesores
	Profesionales sanitarios
	Organismos oficiales (Gobierno, Consejerías....)
	Medios de comunicación (TV, prensa, radio, internet)
	Charlas o cursos sobre el tema
	Personas que han tenido contacto con drogas
	Otras, ¿Cuáles? _____
	Por ninguna



27. ¿Por qué vía o vías crees que podrías recibir una información mejor y más objetiva sobre el consumo de drogas y los efectos y problemas asociados con las distintas sustancias y formas de consumo?

	Madre
	Padre
	Pareja de mi padre o de mi madre
	Hermanos/as
	Otros familiares
	Amigos/as
	Profesores
	Profesionales sanitarios
	Organismos oficiales (Gobierno, Consejerías....)
	Medios de comunicación (TV, prensa, radio, internet)
	Charlas o cursos sobre el tema
	Personas que han tenido contacto con drogas
	Otras, ¿Cuáles? _____
	Por ninguna

28. ¿Alguna vez te han informado sobre los riesgos y las patologías asociadas al consumo perjudicial del cánnabis?

	No me han informado.
	Me han informado, pero sigo sin conocer los riesgos reales.
	Si me han informado y conozco los riesgos.

29. ¿Qué patología crees que está asociada con el consumo de cánnabis?

	Dependencia
	Enfermedades físicas
	Enfermedades mentales
	Ninguna
	No sé qué patologías están asociadas a su consumo



• **INTERVENCIONES PSICOEDUCATIVAS**

30. ¿Qué tipo de actividades consideras más adecuadas para conocer los riesgos del consumo de cannabis? Elige una sola respuesta.

<input type="checkbox"/>	Actividades en el instituto impartidas por tus profesores.
<input type="checkbox"/>	Actividades en el instituto impartidas por profesionales sanitarios.
<input type="checkbox"/>	Actividades con tu familia.
<input type="checkbox"/>	Actividades en las consultas del centro de salud de forma puntual.
<input type="checkbox"/>	Actividades realizadas a través de los medios de comunicación.

31. ¿Qué profesionales consideras más adecuados para realizar las intervenciones?

<input type="checkbox"/>	Profesionales sanitarios (médicos y enfermeros)
<input type="checkbox"/>	Psicólogos
<input type="checkbox"/>	Trabajadores sociales
<input type="checkbox"/>	Profesores

32. ¿Cuándo consideras que sería más adecuado realizar las intervenciones?

<input type="checkbox"/>	En el instituto
<input type="checkbox"/>	En salidas externas a centros sanitarios
<input type="checkbox"/>	En casa con tu familia

33. ¿Consideras útil recibir sesiones informativas?

<input type="checkbox"/>	Mucho
<input type="checkbox"/>	Poco
<input type="checkbox"/>	Nada



## **Anexo II: Carta de solicitud de permisos al centro.**

### **SOLICITUD DE PERMISO PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Yo, Virginia Dorta Herrera con DNI 43830425-S, me dirijo a ustedes para solicitar permiso a fin de realizar el trabajo de investigación “Riesgo percibido en el consumo de cánnabis en dos momentos diferentes de la adolescencia”, en el IES Canarias Cabrera Pinto, bajo la supervisión de Lourdes Fernández López, profesora titular de la Universidad de La Laguna en el Grado en Enfermería.

El objetivo de este trabajo es conocer el nivel de información que tienen los jóvenes sobre los peligros asociados al consumo de cánnabis, así como determinar la existencia de una relación entre el consumo y la percepción de riesgo en diferentes edades de la adolescencia.

El riesgo percibido juega un papel importante en las decisiones que puede tomar el adolescente para consumir o no una sustancia, y conociéndolo se podría actuar más eficazmente desde el ámbito sanitario.

Para el estudio se tomarán los grupos de 2º ESO y 2º Bachillerato, y se les entregará a cada alumno un cuestionario que será de carácter anónimo y confidencial. Para aquellos alumnos menores de edad se les entregará previamente una autorización a rellenar por sus padres o tutores legales (se adjunta copia del cuestionario y de la solicitud de autorización para los padres).

Para una información más detallada puede contactar conmigo en el correo electrónico: [virginia.dorta94@gmail.com](mailto:virginia.dorta94@gmail.com)

Sin más, me despido, agradeciéndole de antemano su colaboración y quedando a la espera de su respuesta.

Un cordial saludo,

**Virginia Dorta Herrera**

*Universidad de la Laguna.*



## **Anexo III: Carta de autorización para menores de edad.**

### **SOLICITUD DE PERMISO PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Yo \_\_\_\_\_ padre, madre o tutor legal de \_\_\_\_\_ alumno matriculado en el IES Canarias Cabrera Pinto de La Laguna, autorizo a mi hijo/a, a participar en el estudio “Riesgo percibido en el consumo de cánnabis en dos momentos diferentes de la adolescencia”, cumplimentando para ello un cuestionario sobre el consumo de drogas. Se garantiza la voluntariedad y anonimato de la participación, y se realizará en horario lectivo.

Firma del padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_

Firma del alumno/a

\_\_\_\_\_