

Prevalencia, rasgos de personalidad y microambiente en adolescentes consumidores de cannabis

J.L. Cabrera Mateos^a, I. Toledo Perdomo^b, R. García Zerpa^c, M.C. Mendoza Luzardo^d
y A. Báez Álvarez^e

^aMédico. Consultorio Local del Puerto del Carmen-ZBS Tias. Lanzarote. Las Palmas. España.

^bDiplomado Universitario en Enfermería. Hospital General de Lanzarote. Las Palmas. España.

^cMédico. Zona Básica de Salud Arrecife I. Lanzarote. Las Palmas. España.

^dMédico. Zona Básica de Salud San Bartolomé-Tinajo. Lanzarote. Las Palmas. España.

^eDiplomado Universitario en Enfermería. Zona Básica de Salud Yaiza. Lanzarote. Las Palmas. España.

OBJETIVOS. Conocer la prevalencia del consumo de cannabis en adolescentes, así como su asociación con rasgos de la personalidad, disfunción familiar y otras variables.

SUJETOS Y MÉTODOS. Estudio descriptivo, en una muestra de 1.568 adolescentes de 12 a 18 años de los Institutos de Educación Secundaria del área de salud de Lanzarote, elegidos mediante muestreo por conglomerados. Como instrumento de medida se empleó un cuestionario autoadministrado de 41 ítems, que incluía 19 sobre la forma de pensar, sentir o actuar.

RESULTADOS. Cuarenta y nueve adolescentes (3,1%; IC 95%: 2,2-4) consumían habitualmente cannabis y 166 (10,6%; IC95%: 9,1-12,1) lo hacían esporádicamente. El consumo aumentaba con la edad y era más frecuente en los varones. El consumo esporádico o habitual de cannabis se asoció sobre todo con el consumo habitual de tabaco y/o alcohol, haber consumido cocaína alguna vez y haberse emborrachado 5 o más veces. Los consumidores habituales de cannabis tenían mayor prevalencia de síntomas depresivos (28,6%) ($OR = 3,1$ respecto a los no consumidores; $p < 0,001$), de disfunción familiar (27,1%) ($OR = 10,5$; $p < 0,001$) y era más frecuente en hijos de madres bebedoras habituales. El consumo habitual de cannabis se asoció a diferentes indicadores de personalidad, pero la OR de asociación fue superior en aquéllos relacionados con la conducta antisocial.

CONCLUSIONES. El consumo de cannabis en los adolescentes es un problema de elevada magnitud, siendo más frecuente en los varones de mayor edad consumidores de tabaco y/o alcohol que alguna vez consumieron cocaína, así como en aquéllos con mayor número de borracheras.

Palabras clave: adolescente, cannabis, personalidad.

Correspondencia: J.L. Cabrera Mateos.
C/ Bergantín nº 43-A. Playa Honda.
35509 San Bartolomé. Lanzarote.
Las Palmas. Gran Canaria. España.
Correo electrónico: jlcabm@gmail.com
Recibido el 16-05-07; aceptado para su publicación el 12-03-08.

OBJECTIVES. To know the prevalence of the consumption of cannabis in adolescents, as well as its association with personality features, familial dysfunction and other variables.

METHODS. Descriptive study, in a sample of 1568 adolescents of 12 to 18 years of high schools of Lanzarote health area, chosen through sampling by conglomerates. A questionnaire of 41 items, that included 19 items about way to think, feel or act, was used as measurement instrument.

RESULTS. Forty-nine adolescents (3.1%; 95% CI: 2.2-4) consumed cannabis habitually and 166 (10.6%; 95% CI: 9.1-12.1) did it sporadically. Consumption increased with the age and was more frequent in men.

The sporadic or habitual consumption of cannabis associated mainly with habitual consumption of tobacco and/or alcohol, to have consumed cocaine sometimes and to have intoxicated 5 or more times. The habitual consumers of cannabis had greater prevalence of depressive symptoms (28.6%) ($OR = 3.1$ respect to non-consumers; $p < 0.001$), of familial dysfunction (27.1%) ($OR = 10.5$; $p < 0.001$), and was more frequent in children of mothers habitual drinkers. The habitual consumption of cannabis associated to different personality indicators but the OR of association was superior in those related with antisocial conduct.

CONCLUSIONS. The consumption of cannabis in adolescents is a problem of high magnitude, being more frequent in older men, the consumers of tobacco and/or alcohol, who have ever consumed cocaine, and in those with greater number of drunkenness.

Key words: adolescent, cannabis, personality.

INTRODUCCIÓN

El cannabis es la droga de abuso más ampliamente consumida por la población joven de todo el mundo^{1,2}. En los últimos años ha aumentado la proporción de jóvenes que consumen cannabis, al tiempo que la edad del primer contacto con la misma ha disminuido³. También ha aumentado la percepción de riesgo asociado a su consumo, con un aumento paralelo de la percepción de accesibilidad a dicha droga⁴. Según la encuesta domiciliaria sobre abuso de drogas del año 2003, el 11,3% de los españoles de 15 a 65 años han consumido cannabis en los últimos 12 meses, mientras que en los escolares de 14 a 18 años la prevalencia fue del 36,5%, siendo la droga de comercio ilegal con una edad de inicio en su consumo más temprana (18,5 años)⁴. En la Comunidad Autónoma Canaria, la prevalencia en la población de 15 a 65 años es similar a la prevalencia nacional (11,4%), siendo la cocaína la segunda droga ilegal más consumida⁵.

La adolescencia es un período de experimentación en el que la disponibilidad de las drogas, la curiosidad y la presión de los pares son factores que incrementan el riesgo para su consumo⁶. Estos adolescentes consumidores de drogas presentan trastornos psicológicos con mayor frecuencia que los no consumidores. Estos trastornos pueden ser consecuencia del propio consumo, pero también pueden preceder al mismo⁷. Uno de los aspectos más importantes del consumo de cannabis son sus efectos mentales adversos, los cuales son dosis dependientes, pudiéndose agravar por determinados factores constitucionales entre los que, además de determinados atributos de personalidad y susceptibilidad para desarrollar una enfermedad mental severa, se encuentra la juventud del consumidor. Son diversas las razones por las cuales se considera la adolescencia un período de especial vulnerabilidad para los efectos mentales adversos subsecuentes al consumo de cannabis. Una de estas razones es que el cannabis no sólo interfiere en el desarrollo personal y el aprendizaje del adolescente, sino que la iniciación temprana en su uso aumenta el riesgo de progreso en su consumo, aumentando también el consumo de otras drogas⁸. Se ha establecido que la naturaleza de los síntomas psicóticos secundarios al consumo de cannabis es transitoria y su pronóstico favorable. Sin embargo, los pacientes con síntomas psicóticos inducidos por cannabis desarrollan esquizofrenia a una edad más temprana que aquellos sin historia de psicosis inducida por cannabis, lo que indica que el cannabis acelera la patogénesis de esta enfermedad mental⁹.

Dada la magnitud e importancia de este problema, expuesto en los párrafos precedentes, hemos decidido realizar este estudio con el objetivo de conocer la prevalencia y las diferentes características relacionadas con el consumo de cannabis en los adolescentes del área de salud de Lanzarote.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se trata de un estudio transversal realizado sobre una muestra de adolescentes de los institutos de enseñanza se-

cundaria y bachiller de la isla de Lanzarote. Dicho estudio se realizó en el año 2006.

Para un error alfa de 0,05, una precisión en la estimación de 0,02 y una prevalencia estimada de 0,15, esperando un 20% de no participación, el tamaño mínimo muestral fue de 1.532. En el curso 2005-2006 el número de alumnos matriculados en los institutos de la isla era de 6.425. Nosotros utilizamos el muestreo aleatorio por conglomerados, utilizando como unidad muestral el curso. Dentro de cada instituto el curso estaba constituido por todas las aulas correspondientes al mismo. El número de cursos elegidos fue de 26, lo que supuso un total de 2.028 alumnos. Debido a las ausencias y negativas a participar (460), el número de adolescentes encuestados fue de 1.568. De estos se descartaron 4 protocolos que estaban incompletos, por lo que el número final de encuestas válidas fue de 1.564. Estos eran adolescentes de ambos sexos con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años de los institutos de educación secundaria del área de salud de Lanzarote.

Como instrumento de medida se empleó un cuestionario autoadministrado, constituido por 41 ítems y en los que se incluían diferentes preguntas sobre consumo de cannabis, tabaco, alcohol y otras drogas, ya usados en otros estudios¹⁰, además de 19 ítems sobre la forma de pensar, sentir o actuar¹¹.

Las variables recogidas en el estudio fueron las siguientes:

- 1) Edad y sexo de los adolescentes.
- 2) Nivel de estudio de los progenitores.
- 3) Consumo de cannabis, presentado como variable cualitativa con tres categorías:
 - No consumo: aquellos que nunca lo han consumido.
 - Consumo esporádico: cuando consumen o han consumido pero menos de una vez por semana.
 - Consumo habitual: consumen por lo menos una vez por semana.
- 4) Consumo de tabaco y/o alcohol: con similares categorías al cannabis.
- 5) Número de borracheras.
- 6) Consumo de drogas de síntesis, cocaína, inhalantes, heroína u otras drogas presentadas como variables cualitativas con dos categorías:
 - Nunca han consumido.
 - Han consumido alguna vez.
- 7) Percepción de consumo de alcohol en los progenitores, con tres categorías:
 - No consumo.
 - Consumo ocasional.
 - Consumo habitual.
- 8) Disfunción familiar: definida como una puntuación en el APGAR-familiar inferior a 4 puntos.

9) Síntomas depresivos: considerados presentes si presenta los dos síntomas principales de depresión (tristeza y pérdida de interés por las cosas).

10) Otras 19 variables cualitativas dicotómicas relacionadas con:

– Autoconcepto (“hago muchas cosas bien”, “estoy satisfecho conmigo mismo”, “me gusta como soy físicamente”, “creo que tengo buenas cualidades”, “soy un fracaso como persona”).

– Impulsividad (“hago cosas impulsivamente”, “me resulta difícil estar quieto”, “digo cosas sin pensarlas”, “me resulta difícil esperarme cuando quiero conseguir algo”, “soy una persona que se precipita normalmente”).

– Búsqueda de sensaciones (“me gusta practicar actividades y deportes de riesgo”, “me gusta tener experiencias nuevas y excitantes”, “me gusta hacer cosas que implican peligro”, “me gusta el desenfreno y la desinhibición”).

– Conducta antisocial (“soy una persona que alborota y monta jaleo”, “suelo hacer cosas prohibidas e ilegales”, “rompo, quemo y deterioro cosas de otros”, “suelo pelearme e insultar a los demás”, “contesto mal a las personas mayores”).

En cuanto al análisis estadístico, se calculó el intervalo de confianza del 95% (IC 95%) de los diferentes parámetros. Para la comparación de variables cualitativas se empleó la prueba de ji cuadrado o la prueba exacta de Fisher si no se cumplían los criterios de aplicación de aquélla. Como medida de asociación de diferentes variables se empleó la *odds ratio* (OR). Al ser la variable de estudio cualitativa, se utilizó la regresión logística cuando hemos querido presentar las diferentes asociaciones ajustadas por otras variables. Para dicho análisis estadístico hemos empleado el paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS

La muestra final estuvo constituida por 1.564 adolescentes, de los cuales 789 (50,3%) eran mujeres, 759 (48,4%) varones y 20 (1,3%) no contestaron a la pregunta sobre sexo. La edad media corregida de la muestra era 15,1 (desviación estándar [DE]: 1,7). La distribución por edad está reflejada en la tabla 1.

Cuarenta y nueve adolescentes (3,1%; IC 95%: 2,2-4) consumían habitualmente cannabis, 166 (10,6%; IC 95%: 9,1-12,1) lo hacían esporádicamente y 1.349 (86,3%; IC 95%: 84,6-88) no lo habían consumido nunca. Con respecto a otras drogas:

1) Treinta y cuatro adolescentes de un total de 1.561 habían consumido alguna vez drogas de síntesis (2,2%; IC 95%: 1,5-3).

2) Treinta y cuatro adolescentes de 1.555 habían consumido alguna vez cocaína (2,2%; IC 95%: 1,5-3).

3) Treinta adolescentes de un total de 1.547 habían consumido alguna vez inhalantes (1,9%; IC 95%: 1,2-2,6).

4) Once adolescentes de un total de 1.552 habían consumido alguna vez heroína (0,7%; IC 95%: 0,3-1,2).

La prevalencia de consumo esporádico de cannabis aumentó con la edad, siendo de un 2% a los 12-13 años y de un 24,1% (OR: 17) a los 17-18 años. El consumo habitual de cannabis aumentó también de un 0,2 a un 6,6% (OR: 46,1) ($p < 0,001$). Esta tendencia se repitió al analizar por separado ambos sexos (tabla 2).

La frecuencia de consumo esporádico y habitual de cannabis fue superior en los varones, pero sólo las diferencias en cuanto a consumo habitual de cannabis fueron significativas ($p = 0,0057$) con una OR de asociación de 2,4 (tabla 3).

En la tabla 4 quedan recogidas diferentes variables que estaban relacionadas con el consumo de cannabis. Las va-

Tabla 1. Distribución de la muestra por edad

Edad	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años	NC	Total
Número	169	331	302	291	232	162	66	15	1.568
Porcentaje	10,78	21,11	19,26	18,56	14,80	10,33	4,21	0,96	100

NC: no contestan.

Tabla 2. Frecuencia de consumo de cannabis por edad y sexo en adolescentes

Edad	Varones			Mujeres			Total*		
	No consume	Consumo esporádico	Consumo habitual	No consume	Consumo esporádico	Consumo habitual	No consume	Consumo esporádico	Consumo habitual
12-13 años	248 (96,9)	8 (3,1)	0 (0,0)	233 (98,7)	2 (0,8)	1 (0,4)	488 (97,8)	10 (2,0) [1]	1 (0,2) [1]
14 años	137 (89,5)	11 (7,2)	5 (3,3)	133 (92,4)	8 (5,6)	3 (2,1)	273 (90,7)	20 (6,6) [3,57]	8 (2,7) [14,23]
15 años	108 (76,6)	28 (19,9)	5 (3,5)	128 (87,7)	15 (10,3)	3 (2,1)	239 (82,4)	43 (14,8) [8,77]	8 (2,8) [16,25]
16 años	78 (75,0)	16 (15,4)	10 (9,6)	103 (81,7)	20 (15,9)	3 (2,4)	182 (78,8)	36 (15,6) [9,64]	13 (5,6) [34,67]
17-18 años	62 (63,9)	24 (24,7)	11 (11,3)	95 (73,6)	31 (24,0)	3 (2,3)	158 (69,3)	55 (24,1) [16,97]	15 (6,6) [46,09]
NC	4	1	2	3	1	2	9	2	4
Total	637 (84,0)	88 (11,6)	33 (4,4)	695 (88,3)	77 (9,8)	15 (1,9)	1.349 (86,3)	166 (10,6)	49 (3,1)

* $p < 0,001$; entre paréntesis porcentajes; entre corchetes *odds ratio*; 19 adolescentes no respondieron al sexo.

riables que presentaron OR superiores con el consumo esporádico o habitual de cannabis fueron el consumo habitual de tabaco (OR = 31,5 y 551,3 para los consumidores esporádicos y habituales respectivamente), el consumo habitual de alcohol (OR = 33,9 y 428,4), el haber consumido cocaína alguna vez (OR = 57,1 y 422,3) y el haberse emborrachado 5 o más veces (OR = 77,3 y 351,1). Hemos observado que los adolescentes varones consumidores habituales de cannabis presentaron una OR de asociación con la disfunción familiar de 11,9 ($p < 0,0001$), frente a una OR de 4,2 ($p = 0,0697$) en las mujeres (tabla 5).

Respecto a los no consumidores, las variables que se asociaron independientemente con el consumo esporádico de cannabis fueron el sexo, la edad, el número de botellas y el consumo de tabaco, mientras que las varia-

bles que se asociaron independientemente con el consumo habitual de cannabis fueron las siguientes: sexo varón, consumo de alcohol, consumo de tabaco y consumo habitual de alcohol en la madre (tabla 6).

En la tabla 7 se recoge la asociación entre el consumo de cannabis y las diferentes variables de personalidad. Las mayores OR de asociación, tanto con el consumo esporádico como con el consumo habitual de cannabis, las presentaron aquellas variables relacionadas con la conducta antisocial.

Las variables de personalidad que se asociaron independientemente de las demás con el consumo habitual de cannabis eran: "soy un fracaso como persona" y tres variables relacionadas con la conducta antisocial ("me gusta el desenfreno y la desinhibición", "soy una persona que al-

Tabla 3. Frecuencia de consumo de cannabis por sexos en adolescentes

Sexo	Frecuencia de consumo de cannabis								Total	
	No consumo		Consumo esporádico			Consumo habitual				
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	OR	Cantidad	Porcentaje	OR		
Femenino	695	88,3	77	9,8	1,00	15	1,9	1,00	787	
Masculino	637	84,0	88	11,6	1,25*	33	4,4	2,40	758	
Total	1332	86,2	165	10,7		478	3,1		1.545	

OR: odds ratio. *No significativo.

Tabla 4. Asociación del consumo de cannabis en adolescentes con diferentes variables

	Consumidores esporádicos			Consumidores habituales		
	OR	IC 95%	Signific.	OR	IC 95%	Signific.
Se ha emborrachado:						
Nunca	1			1		
1 vez	10,51	5,53-20	$p < 0,0001$	13,38	$\geq 3,06$	$p = 0,0016$
2-4 veces	38,62	20,94-71,24	$p < 0,0001$	17,44	$\geq 3,69$	$p = 0,0010$
5 o más veces	77,28	40,39-147,87	$p = 0,0001$	351,14	$\geq 90,63$	$p < 0,0001$
Drogas de síntesis	13,64	5,21-35,71	$p < 0,0001$	95,5	36,75-248,14	$p < 0,0001$
Cocaína	57,09	$\geq 14,24$	$p < 0,0001$	422,75	$\geq 103,82$	$p < 0,0001$
Inhalantes	10,90	4-29,69	$p < 0,0001$	75,60	28,73-198,91	$p < 0,0001$
Consumo de alcohol:						
Nunca	1			1		
Esporádico	10,97	6,33-19,01	$p < 0,0001$	23,30	$\geq 3,93$	$p = 0,0023$
Habitual	33,91	17,61-65,31	$p < 0,0001$	428,35	$\geq 72,47$	$p < 0,0001$
Consumo de tabaco:						
Nunca	1			1		
Esporádico	12,86	8,02-20,61	$p < 0,0001$	30	6,56-137,26	$< 0,0001$
Habitual	31,50	19,17-51,76	$p < 0,0001$	551,25	162,3-1872,27	$p < 0,0001$
Disfunción familiar	1,63	0,78-3,40	$p = 0,1913$	10,51	5,2-21,21	$p < 0,0001$
Consumo de alcohol habitual en el padre	1,1	0,64-1,91	$p = 0,7332$	4,08	2,13-7,81	$p < 0,0001$
Consumo habitual de alcohol en la madre	0,55	0,13-2,33	$p = 0,4191$	12,23	5,55-26,93	$p < 0,0001$
Síntomas depresivos	1,49	0,95-2,32	$p = 0,08$	3,06	1,61-5,82	$p = 0,0006$

IC 95%: intervalo de confianza del 95% de la odds ratio;

OR: odds ratio; signific.: significación estadística.

Tabla 5. Diferencias de sexo en la prevalencia de disfunción familiar según el consumo de cannabis en adolescentes

	No consumo o esporádico	Consumo habitual	OR	Significación
Disfunción familiar	Sexo femenino 29/725 (3,8%)	2/14 (14,3%)	4,17	0,0697
	Sexo masculino 25/711 (3,5%)	10/33 (30,3%)	11,93	$< 0,0001$

OR: odds ratio. Entre paréntesis porcentajes de disfunción familiar por cada grupo.

Tabla 6. Factores asociados independientemente con el consumo de cannabis en adolescentes

	Consumo esporádico		Consumo habitual	
	OR	p	OR	p
Sexo (varón)	1,77	0,0115	3,65	0,0281
Edad	1,37	< 0,0001		NS
Se ha borrachado:				
Nunca	1			
1 vez	6,04	< 0,0001		NS
2-4 veces	14,19	< 0,0001		
5 o más veces	24,09	< 0,0001		
Consumo de alcohol				
Nunca		NS	1	
Esporádico			6,31	< 0,0001
Habitual			84,58	0,0012
Consumo de tabaco				
Nunca	1		1	
Esporádico	6,15	< 0,0001	17,52	0,0075
Habitual	11,35	< 0,0001	408,69	< 0,0001
Consumo habitual de alcohol en la madre		NS	9,91	0,0288

NS: no significativo; p: significación; OR: *odds ratio*.
Categoría de referencia: no consumo de cannabis.

borota y monta jaleo” y “hago cosas prohibidas e ilegales”). Respecto al consumo esporádico de cannabis, estas variables eran: “hago cosas impulsivamente”, “me gustan las experiencias nuevas y excitantes”, “me gusta el desenfreno y la desinhibición” y “hago cosas prohibidas e ilegales” (tabla 8).

DISCUSIÓN

Entre las limitaciones de nuestro estudio debemos hacer mención, en primer lugar, a que al ser un estudio de corte existe el inconveniente de que no podemos precisar si el consumo de cannabis por parte del adolescente precede a cada una del resto de las variables estudiadas o viceversa. Si, como parecería razonable, aceptamos que el absentismo escolar está relacionado con el factor de estudio, entonces la prevalencia obtenida por nosotros podría ser más baja que la real para la población de referencia. Esto se acentuaría en el grupo de adolescentes mayores de 16 años, ya que a partir de esa edad no es obligatoria la escolarización y, por lo tanto, al ser probablemente mayor el consumo de cannabis, la prevalencia estimada por nosotros en este grupo de edad sería incluso inferior a la real. Por otro lado, no debemos olvidar que se trata de un cuestionario autoadministrado, por lo que no podemos tener la certeza absoluta de que el adolescente nos dice la verdad. Con respecto a esto, digamos que para Moncada et al este tipo de cuestionarios con los que se pretende conocer el consumo de drogas en adolescentes son apropiados, si bien “hay que interpretar con cautela los resultados obtenidos”¹².

La frecuencia de adolescentes consumidores esporádicos y habituales de cannabis en nuestra muestra fue alta y aumentó con la edad, al igual que en otros estudios. Así,

Adalbjarnardottir et al encontraron en su estudio que el 28,4% de los adolescentes de 17 años de su muestra habían consumido o consumían cannabis, porcentaje bastante similar al obtenido por nosotros en este grupo etáreo¹³. Farrell et al encontraron una prevalencia de consumo de drogas en el último año de un 15% en el grupo de población de 16 a 24 años. Estos autores observaron que esta prevalencia se reducía a un 6% en el grupo de 25 a 34 años y a un 1% en el grupo de 45 a 55 años¹⁴. Por otro lado, Karin Monshouwer et al obtuvieron una prevalencia de consumo de cannabis en el último año de un 15,1% en adolescentes de 12 a 16 años¹⁵.

El consumo de cannabis, sobre todo el consumo habitual, es ligeramente más frecuente en los varones. En este sentido, en el trabajo de Karin Monshouwer et al la prevalencia de consumo de cannabis fue superior en los varones (17,2% frente a 12,9%), pero estas diferencias no fueron significativas¹⁵. El consumo es menos frecuente en el sexo femenino, pero los trastornos de salud mental por uso de cannabis son más frecuentes (al igual que ocurre en los casos con un inicio a edades más tempranas y con más frecuencia de uso)¹⁶. En el varón es probablemente más frecuente la transición a la dependencia al cannabis¹⁷.

El consumo de tabaco, el consumo de alcohol y el número de borracheras se asociaron estadísticamente con el hábito de consumir cannabis en los adolescentes de nuestra muestra. Paniagua Repetto et al encontraron también en su trabajo que estas variables se asociaban estadísticamente con el hábito de consumir drogas ilegales¹⁸. Con relación al alcohol, está bien establecido que el uso problemático del mismo durante la adolescencia forma parte de la constelación de conductas asociadas al inicio en el uso del cannabis¹⁷.

Respecto a la asociación entre el consumo de cannabis y otras drogas ilegales, fue más fuerte en el caso de los consumidores habituales. En la muestra objeto de nuestro estudio, la cocaína fue la droga que con más frecuencia han consumido alguna vez tanto los consumidores esporádicos como los habituales de cannabis. Ramsay y Percy encontraron que entre los 16 y los 29 años, el 4% admiten haber consumido cannabis y otras drogas en el último mes, en contraste con el 8% que confiesa haber usado sólo el cannabis⁸. Las implicaciones de este hecho son importantes, ya que las observaciones clínicas sugieren que los usuarios de cannabis que además emplean otras drogas o alcohol parecen experimentar problemas de salud mental más severos que aquellos que sólo usan cannabis, aunque no hay estudios publicados al respecto. Parece ser que el uso de cannabis formaría parte de una conducta anticonvencional que involucra otros trastornos del comportamiento, como la conducta delictiva y el uso de otras sustancias¹⁹. Ferguson et al observaron que el consumo de cannabis, por lo menos una vez por semana, conlleva un riesgo sustancialmente aumentado de consumir más tarde otras drogas ilícitas y que este efecto parece variar con la edad. Por lo tanto, debería existir un eslabón causal entre el consumo de cannabis y otras drogas ilegales. Este autor sugiere dos procesos causales bastante diferentes. El pri-

Tabla 7. Odds ratio de asociación del consumo de cannabis en adolescentes con diferentes variables de personalidad

	Consumo esporádico			Consumo habitual		
	OR	IC 95%	Signific.	OR	IC 95%	Signific.
Hago muchas cosas bien	0,83	0,58-1,19	NS	0,53	0,30-0,96	NS
Estoy satisfecho conmigo mismo	0,67,	0,47-0,98	p = 0,0371	0,56	0,30-1,04	NS
Me gusta cómo soy físicamente	0,91	0,64-1,29	NS	1,28	0,66-2,48	NS
Creo que tengo buenas cualidades	0,76	0,50-1,16	NS	0,44	0,23-0,83	p = 0,0114
Soy un fracaso como persona	1,46,	0,86-2,50	NS	5,29	2,79-10,04	p < 0,0001
Hago cosas impulsivamente	2,47,	1,74-3,51	p < 0,0001	3,58	1,81-7,06	p = 0,0002
Me es difícil estarme quieto	1,57,	1,13-2,19	p = 0,0073	3,04	1,57-5,88	p = 0,0010
Digo cosas sin pensármelas	1,97,	1,41-2,75	p = 0,0001	2,51	1,38-4,57	p = 0,0025
Me resulta difícil esperarme cuando quiero conseguir algo	1,26	0,89-1,78	NS	2,00	1,01-3,94	p = 0,0464
Me precipito normalmente	1,80,	1,30-2,49	p = 0,0004	2,94,	1,63-5,32	p = 0,0003
Me gusta practicar deportes y actividades de riesgo	1,25	0,88-177	NS	1,71	0,88-3,31	NS
Me gustan las experiencias nuevas y excitantes	4,26,	2,07-8,79	p = 0,0001	3,31	1,02-10,73	p = 0,0462
Me gustan las cosas que implican peligro	2,76,	1,99-3,84	p < 0,0001	4,68	2,55-8,60	p < 0,0001
Me gusta el desenfreno y la desinhibición	2,67	1,91-3,74	p < 0,0001	6,54	3,57-11,99	p < 0,0001
Alboroto y monta jaleo	2,01,	1,40-2,89	p = 0,0002	6,01	3,35-10,75	p < 0,0001
Hago cosas prohibidas e ilegales	5,76,	3,95-8,41	p < 0,0001	25,20	13,31-47,70	p < 0,0001
Rompío/quemo/deterioro cosas de otros	3,67,	2,12-6,35	p < 0,0001	11,82	6,03-23,15	p < 0,0001
Me peleo/insulto a los demás	1,85,	1,23-2,78	p = 0,0029	5,65	3,15-10,16	p < 0,0001
Contesto mal a las personas mayores	2,91,	1,98-2,28	p < 0,0001	6,46	3,59-10,64	p < 0,0001

IC 95%: intervalo de confianza del 95% de la *odds ratio*; NS: no significativo; OR: *odds ratio*; signific.: significación estadística.**Tabla 8. Variables de personalidad que se asocian independientemente con la frecuencia de consumo de cannabis en adolescentes**

	Consumo esporádico		Consumo habitual	
	OR	P	OR	P
Soy un fracaso como persona		NS	4,38	0,0001
Hace cosas impulsivamente	1,75	0,0045		NS
Le gustan experiencias nuevas y excitantes	2,85	0,0062		NS
Le gusta el desenfreno y la desinhibición	1,53	< 0,0001	2,42	0,0168
Alborota y monta jaleo		NS	2,24	0,0226
Hace cosas prohibidas e ilegales	4,59	< 0,0001	11,87	< 0,0001

NS: no significativa; OR: *odds ratio*; p: significación.

Categoría de referencia: no consumo de cannabis.

mero de ellos estaría relacionado con el mercado de drogas ilícitas. Al ser el cannabis ilegal, los usuarios de dicha droga necesitarán obtener a menudo sus suministros de los narcotraficantes, lo cual les expone a un mayor acceso y tentación de usar otras drogas ilícitas. Por lo tanto, la unión entre ambas drogas sería consecuencia del estado ilegal del cannabis. Este mecanismo no sería válido para explicar tal asociación en los Países Bajos, donde no se da la circunstancia de ilegalidad de dicho mercado. Por ello, se sugiere un segundo proceso según el cual el uso regular de cannabis incita a experimentar con otras drogas ilícitas y, por consiguiente, el uso creciente de cannabis incrementa las probabilidades de experimentación con esas otras drogas. En cualquier caso, es necesario investigar en profundidad estos procesos²⁰.

En nuestro estudio, la frecuencia de disfunción familiar aumentaba con el mayor consumo de cannabis. El consumo de drogas ilegales sería una forma que tendrían algu-

nos adolescentes de afrontar su pertenencia a familias disfuncionales. Las pobres relaciones afectivas y la mala comunicación entre padres e hijos, la disciplina familiar inadecuada y el uso de drogas por parte de los padres, así como las actitudes favorables a su uso por parte de éstos, son las variables que con más frecuencia se han relacionado con el abuso en el consumo de drogas⁷.

Hemos observado una mayor asociación entre consumo habitual de cannabis y disfunción familiar en los varones. Ello podría ser debido a que las formas de enfrentarse y vivir los conflictos familiares son diferentes entre ambos sexos. Las adolescentes manifestarían la agresividad relacionada con los problemas familiares mediante una conducta antisocial o delictiva, mientras que los varones la manifestarían mediante conductas autodestructivas como es el consumo de drogas⁶.

Asimismo, hemos observado que el consumo habitual de alcohol en el padre y, sobre todo, en la madre se asocia

positivamente con el consumo habitual de cannabis en el adolescente. Para Vitaro et al el alcoholismo paternal contribuye a predecir de una manera significativa el aumento del riesgo de toxicomanías en la adolescencia. Estos autores encontraron en su trabajo que la existencia de un padre alcohólico duplica el riesgo de toxicomanía de los adolescentes. En nuestro estudio, la mayoría de los hijos de padres bebedores habituales de alcohol no son consumidores esporádicos o habituales de cannabis. Del mismo modo, los autores mencionados encontraron que dos tercios de los adolescentes hijos de padres alcohólicos no tienen problemas de abuso de sustancias. Eso es debido al efecto protector de la supervisión parental, que se ha confirmado únicamente para los hijos de padres alcohólicos. Sin embargo, falta examinar más de cerca cómo se ejerce este efecto protector²¹. El hecho de que la asociación entre consumo habitual de cannabis en el adolescente y consumo habitual de alcohol en el padre o en la madre sea diferente, creemos que se explicaría porque en nuestra cultura es más fácil y frecuente que la mujer asuma el papel de padre (cuando éste está incapacitado para realizar dicha función) que el padre asuma el papel de madre.

El consumo de cannabis (tanto esporádico como habitual) se asoció positivamente con la existencia de síntomas depresivos. Gregory B. Bovasso encontró una OR de asociación de 4 entre uso de cannabis y síntomas depresivos²². Si bien el mecanismo de la asociación causal entre alto riesgo de depresión y abuso de cannabis no ha podido ser determinado, se ha propuesto un mecanismo fisiológico para explicar la asociación entre uso de cannabis y suicidio, aunque limitado al varón joven. El cannabis aumentaría los niveles de interferón gamma que inhibe la enzima aromatasa que cataliza la conversión de andrógenos en estrógenos. Esto crearía un déficit de estrógenos. Esta hormona facilita la síntesis de serotonina. Por lo tanto, el déficit de estrógenos crea, a su vez, un déficit de serotonina que es característico de la depresión mayor y del suicidio²³.

La OR de asociación entre las variables relacionadas con la impulsividad y el consumo de cannabis aumentó con la mayor frecuencia de consumo de dicha droga. La impulsividad se ha asociado con una más temprana edad de inicio en el abuso de sustancias, más consecuencias negativas relacionadas con la sustancia de abuso y proporciones más altas de abuso de sustancias entre los familiares²⁴.

Todas aquellas variables relacionadas con la búsqueda de sensaciones se asociaron positivamente con el consumo de cannabis. Parece ser que los adolescentes que tienen un perfil de personalidad caracterizado por una búsqueda de sensaciones y ausencia de conductas inhibidas tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas de toxicomanías, independientemente del entorno sociodemográfico. Esta observación fue realizada por Vitaro et al, los cuales evaluaron en la preadolescencia estos perfiles de personalidad que eran predictores de problemas en la adolescencia²¹.

Con respecto a la conducta antisocial, las variables relacionadas con la misma fueron las que tuvieron una mayor

OR de asociación con el consumo de cannabis. Se ha demostrado que el uso de cannabis a edades tempranas se asocia en gran medida con una conducta agresiva y con la delincuencia, independientemente del consumo de tabaco y de alcohol. La fuerza de dicha asociación aumenta con la mayor frecuencia de uso. Para Ferguson et al, el uso de cannabis atrae a las personas en contacto con el mercado de drogas ilegales y narcotráfico, lo que a su vez facilita que se vean envueltos en otras formas de crimen²⁰. Regier et al observaron que un 83,6% de los individuos que abusaron de sustancias presentaron desórdenes de personalidad antisocial con una OR de 29,6²⁵. Pero el abuso de sustancias es un criterio mayor para diagnóstico de la personalidad antisocial, lo que explicaría este porcentaje tan alto.

Sigrun Adalbjarnardottir et al observaron en su estudio que en los no usuarios de sustancias durante la adolescencia temprana la conducta antisocial aumenta la probabilidad de uso de substancias en la adolescencia tardía. Así, un adolescente varón de 14 años con un nivel de conducta antisocial alto y que no ha experimentado antes con el cannabis tendría una probabilidad de haberlo consumido a los 17 años de un 23% (9% en el caso de las chicas), y de un 9% en aquellos con un nivel de conducta antisocial más bajo (3% en el caso de las mujeres). La conducta antisocial en la adolescencia temprana sería, pues, un marcador para el abuso más tarde de alcohol y cigarrillos, así como para la experimentación con drogas ilícitas¹³. Paul Moran et al en su trabajo realizado entre agosto de 1992 y marzo del 2003, llevado a cabo en el Estado de Victoria (Australia), en una cohorte de adolescentes y adultos jóvenes, encontraron que el uso de cannabis, cocaína y alcohol se asociaba con un grupo de desórdenes de la personalidad constituido por personalidad antisocial, personalidad *borderline* (caracterizada por la impulsividad), personalidad histriónica y personalidad narcisista²⁶.

La alta prevalencia del consumo de cannabis en los adolescentes, así como la frecuencia con que se asocia al consumo de otras drogas, incluidos el alcohol y el tabaco, y su asociación con una conducta antisocial demuestran la enorme importancia que este problema tiene en nuestra área de salud. Aunque a los 12-13 años ya aparecen algunos consumidores, el problema comienza a ser importante a partir de los 14 años. Por ello, sería razonable comenzar antes de esa edad a desarrollar medidas preventivas de tipo educativo, no sólo para que no adquieran el hábito de consumo de cannabis, sino también orientadas a evitar otras adicciones como el tabaquismo y el alcohol, dada la asociación existente entre ellas. Sin embargo, dado que las actitudes potencialmente favorables a su consumo por parte de los padres del adolescente aumentarían el riesgo de consumo en éste, habría que incluir a la familia en estas actividades preventivas. Por otro lado, conocer el funcionamiento de la familia del adolescente, así como los problemas de consumo de alcohol en el padre y, sobre todo, en la madre nos facilitaría la identificación de aquellos adolescentes con alto riesgo de consumo de cannabis y de desarrollar problemas de adicción al mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ter B, Schmid H, Gabhainn SN, Fotiou A, Vollebergh W. Economic and cultural correlates of cannabis use among mid-adolescents in 31 countries. *Addiction*. 2006;101:241-51.
2. Costa e Silva JA. Evidence-based analysis of the worldwide abuse of licit and illicit drugs. *Hum Psychopharmacol Clin Exp*. 2002;17: 131-40.
3. Hall WD. Cannabis use and the mental health of young people. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40:105-13.
4. Informe 2004 del Observatorio Español Sobre Drogas. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2004. [Fecha de acceso 5 de febrero del 2008]. URL disponible en: www.pnsd.msc.es/Categoría2/observa/pdf/escalar2004.pdf.
5. Segundo Plan Canario sobre drogas. Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Atención a las Drogodependencias. 2003. [Fecha de acceso 5 de febrero del 2008]. URL disponible en: www.gobiernodecanarias.org/sanidad/dgad/documentos/IIPlanCanario.pdf.
6. Mariño MC, González Cortezá C, Medina Mora E. Relaciones familiares en adolescentes: resultados en estudiantes y consumidores de drogas. *Psicología Conductual*. 1999;7:461-70.
7. Secades Villa R, Fernández Hermida JR. Factores de riesgo familiares para el uso de drogas: un estudio empírico español. En: Fernández Hermida JR, secades Villa R, editores. *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias. Plan nacional sobre drogas*. Madrid: Ministerio del interior; 2003. p. 62-3.
8. Johns A. Psychiatric effects of cannabis. *Br J Psychiatry*. 2001; 178:116-22.
9. Arendt M, Rosenberg R, Foldager L, Perto G, Povl Munk J. Cannabis-induced psychosis and subsequent schizophrenia-spectrum disorders: follow-up study of 535 incident cases. *Br J Psychiatry*. 2005;187:510-5.
10. Surís JC, Parera N. Enquesta de salut als adolescents escolaritzats de la ciutat de Barcelona 1999. Barcelona: Fundació Santiago Dexeus Font; 2000.
11. Llorens Aleixandre N, Palmer Po A, Perelló del Río MJ. Características de personalidad en adolescentes como predictores de la conducta de consumo de sustancias psicoactivas. *Trastornos adictivos*. 2005;7:90-6.
12. Moncada A, Pérez K. Fiabilidad y validez del autoinforme sobre el consumo de drogas en la población escolarizada de secundaria. *Gac Sanit*. 2001;15:406-13.
13. Adalbjarnardottir S, Rafnsson FD. Adolescent antisocial behavior and substance use Longitudinal analices. *Addict Behav*. 2002;27: 227-40.
14. Farrell M, Howes S, Bebbington P, Brugha T, Jenkins R, Lewis G, et al. Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity. Results of a national household survey. *Br J Psychiatry*. 2001;179:432-7.
15. Monshouwer K, Van Dorsselaer S, Verdurnen J, Ter Bogt T, De Graaf R, Vollebergh W. Cannabis use and mental health in secondary school children. *Br J Psychiatry*. 2006;188:148-53.
16. Patton GP, Coffey C, Carlin JB, Degenhardt L, Lynskey M, Hall W. Cannabis use and mental health in young people: Cohort Study. *BMJ*. 2002;325:1195-8.
17. Coffey C, Carlin JB, Lynskey M, Li N, Patton GC. Adolescent precursors of cannabis dependence: findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study. *Br J Psychiatry*. 2003;182: 330-6.
18. Paniagua Repetto H, García Calatayud S, Castellano Barca G, Sarralé Serrano R, Redondo Figuero C. Consumo de tabaco, alcohol y drogas no legales entre adolescentes y relación con los hábitos de vida y el entorno. *An Esp Pediatr*. 2001;55:121-8.
19. Jessor R. Problem-behavior theory, psychosocial development, and adolescent problem drinking. *Br J Addict*. 1987;82:331-42.
20. Fergusson DM, Horwood J, Swain-Campbell N. Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood. *Addiction*. 2002;97:1123-35.
21. Vitaro F, Tremblay RE, Zoccolillo M. Père alcoolique, consommation de psychotropes à l'adolescence et facteurs de protection. *Rev Can Psychiatrie*. 1999;44:901-8.
22. Bovasso GB. Cannabis abuse as a risk factor for depressive symptoms. *Am J Psychiatry*. 2001;158:2033-7.
23. Holden RJ, Pakula I. Marijuana, stress and suicide: a neuroimmunological explanation. *Aust N Z J Psychiatry*. 1998;32: 465-6.
24. Henderson MJ, Galen LW, DeLuca JW. Temperament style and substance abuse characteristics. *Subst Abuse*. 1998;19:61-70.
25. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA*. 1990;264:2511-8.
26. Moran P, Coffey C, Mann A, Carlin JB, Patton GC. Personality and substance use disorders in young adults. *Br J Psychiatry*. 2006; 188:374-9.