



ORIGINAL

Creencias y motivos asociados al consumo de cannabis en población escolarizada de la ciudad de Valencia, España

C.C. Morales-Manrique^a, F.J. Bueno-Cañigral^b, R. Aleixandre-Benavent^{a,c,*}
y J.C. Valderrama-Zurián^{a,d}

^aUnidad de Información e Investigación Social y Sanitaria. Universitat de València-CSIC. Valencia. España.

^bPlan Municipal de Drogodependencias. Ayuntamiento de Valencia. Valencia. España.

^cConsejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid. España.

^dCentro de Investigación de Seguridad y Emergencias. Consejería de Gobernación. Generalitat Valenciana. Valencia. España.

Recibido el 8 de marzo de 2011; aceptado el 26 de mayo de 2011.

PALABRAS CLAVE

Cannabis;
Motivos;
Creencias;
Adolescentes;
Prevención;
Trastornos
relacionados
con sustancias

Resumen

Objetivo. Determinar las creencias y motivos significativamente asociados con el consumo y no consumo de cannabis en escolares de la ciudad de Valencia, analizando diferencias en cuanto al sexo.

Material y métodos. Diseño transversal. Participan 1.324 estudiantes con una edad media de 14,86 (DT = 3,17); 47,7% son hombres. Se utilizan las pruebas de χ^2 y regresiones logísticas.

Resultados. Negar que el consumo de cannabis afecta la salud física y mental y el entorno social está asociado con probar o consumir ocasionalmente o a diario cannabis; y creer que es bueno para lograr un objetivo se asocia igualmente con el consumo ocasional o diario. Los chicos señalan más que las chicas que el consumo es bueno para lograr un estado emocional u objetivo. Creer que "si controlas, no pasa nada" se encuentra asociado con el consumo experimental, ocasional y diario; y negarlo, con no probarlo nunca. Los motivos asociados con consumir son el de relajarse, divertirse y olvidar los problemas. El motivo más señalado para no consumir es porque perjudica la salud física y mental. Los chicos señalan más que no han consumido porque es caro y por convicciones personales de tipo moral; las chicas, por sentirse bien y saber divertirse sin drogas.

Conclusiones. Es relevante reforzar las creencias sobre los efectos negativos del cannabis a nivel físico, mental y en el entorno social, aun cuando se percibe que se controla el consumo. Los motivos para reducir la tensión son potenciales para el consumo ocasional o diario; es por ello necesario enseñar o facilitar alternativas de ocio y relajación.

© 2011 Elsevier España, S.L. y SET. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Rafael.Aleixandre@uv.es (R. Aleixandre-Benavent).

KEYWORDS

Marijuana smoking;
Beliefs;
Motives;
Adolescent;
Prevention;
Substance-related
disorders

Beliefs and motives associated with cannabis use in scholars of Valencia city, Spain**Abstract**

Objective. To determine the beliefs and motives significantly associated with the consumption and not consumption of cannabis among scholars in Valencia city, analyzing differences by gender.

Material and methods. Transversal design. 1,324 students participated, with a mean age of 14.86 (SD = 3.17), and 47.7% are men. χ^2 tests and logistic regressions are used.

Results. Denying the negative effects on both physical and mental, and to the social environment is associated with testing the substance, and occasional or daily consumption, and believing that consumption is good for achieving a goal is associated with occasional and daily consumption. The boys indicate more that the consumption is good to achieve an emotional state or goal. The belief "if you control, nothing happens" is associated with experimental, occasional and daily consumption, and denial, to never try. The reasons associated with current consumption are to relax, have fun, and forget the problems. The motive most indicated for hadn't consumed it, is because it harms the physical and mental health. The boys indicate more to no consume because it's expensive and due personal convictions of moral type; the girls, due they feel good and to be able to amuse without drugs.

Conclusions. It is important to reinforce beliefs that negative effects of cannabis occurs on the physical, mental and social environment, even when it is perceived that the consumption is being controled. Reasons for reducing stress are potential for consuming occasionally and daily; it is therefore necessary to educate or provide alternatives for leisure and relaxation.

© 2011 Elsevier España, S.L. and SET. All rights reserved.

Introducción

En España, según el Informe de la Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias 2008, el cannabis es la droga ilegal más consumida por los estudiantes de 14 a 18 años; y es la tercera sustancia más consumida después del alcohol y el tabaco¹. A nivel europeo, el último boletín oficial del Observatorio Europeo sobre la Droga² informa que en España un 10,1% de la población de 15 a 64 años ha probado esta sustancia en los últimos 12 meses (solo superado por Italia, con un 14,6%); y entre la población estudiantil de 15-16 años, la frecuencia es del 36%, siendo uno de los países con mayor prevalencia de consumo de cannabis en este segmento de la población. Además, España es uno de los países donde el consumo ha crecido más rápidamente, señalando algunos autores que esta "escalada del consumo de cannabis" no solo es debido a variables personales, sino contextuales o sociales como son: la normalización del consumo que se está produciendo en España³, el aumento de la baja percepción de riesgo en los últimos años⁴ y la gran accesibilidad al cannabis⁵.

Estos datos son preocupantes, por el impacto negativo que tiene el cannabis sobre la salud, a corto y largo plazo. A nivel físico, favorece enfermedades broncopulmonares, determinados tipos de cáncer, arritmias y taquicardias⁶. Y a nivel psicológico, interfiere en funciones cognitivas como son la memoria, la concentración, la abstracción y la atención⁶⁻⁸. Se asocia, igualmente, con la existencia de síntomas depresivos, reacciones agudas de ansiedad y trastornos de ansiedad o depresión a largo plazo^{9,10}; con la impulsividad, la conducta agresiva y la delincuencia –especial-

mente si se consume desde temprana edad y a mayor frecuencia—^{10,11}; con el riesgo de padecer psicosis o esquizofrenia¹², experimentar con otras drogas ilegales^{10,13}, realizar conductas sexuales de riesgo¹⁴ y padecer accidentes de tráfico¹⁵. Las consecuencias de fumar cannabis son más pronunciadas entre aquellos que inician el consumo antes de los 16 años o que consumen durante la adolescencia, ya que el consumo provoca cambios neurobiológicos durante períodos de desarrollo del cerebro¹⁶⁻¹⁸. Así mismo, los síntomas depresivos y el bajo rendimiento escolar que se producen por los efectos a nivel cognitivo hacen que se asocie su consumo con un aumento del absentismo escolar y abandono prematuro de los estudios en población joven^{8,14}.

La literatura científica ha puesto de manifiesto una relación recíproca entre el uso de drogas y las creencias sobre el uso de drogas. El estudio sobre las creencias y su grado de impacto para el consumo o no consumo de cannabis permitirá determinar qué percepciones sobre el cannabis deben reforzarse o desmitificarse, tanto para disminuir la probabilidad del consumo, como para fortalecer o instaurar actitudes negativas hacia la sustancia y su consumo. La actitud puede entenderse como una tendencia psicológica que se expresa a través de la evaluación favorable o desfavorable de un objeto concreto, siendo la asignación de aspectos positivos o negativos a ese objeto actitudinal lo que da lugar a las actitudes positivas, negativas y neutras^{19,20}. Un estudio sobre el proceso de abandono espontáneo del consumo de drogas en poblaciones de algunos países confirma la influencia del proceso cognitivo, independientemente del ambiente cultural o tipo de

sustancia²¹. Por lo tanto, un estudio que analice las creencias significativamente asociadas al consumo permitiría diseñar mensajes publicitarios o charlas preventivas que tuvieran mayor impacto para la prevención del consumo de cannabis.

Del mismo modo, es necesario evaluar las creencias y motivos asociados al consumo, dado que entre las últimas teorías publicadas sobre la adicción, las evaluaciones (creencias) y los motivos (experimentados como sentimientos de “desear”, “querer” o “necesitar”) tienen un rol primordial dentro del sistema motivacional para la ejecución de las conductas de consumo²². Por otra parte, conocer los motivos frecuentemente señalados para no haber consumido nunca cannabis permite determinar factores individuales y/o del entorno que contrarrestan o aminoran los factores de riesgo para el consumo.

En España, los estudios sobre los aspectos cognitivos y motivacionales para el consumo de cannabis en población adolescente son escasos. Destacan, entre ellos, el estudio de Olivar y Carrero²³, donde señalan que las actitudes que más impacto tienen para el consumo, en una muestra de 214 estudiantes, son las que asocian el consumo de cannabis a la diversión, la creatividad, y la relajación. Y el estudio de Morales et al²⁴, con 2.043 escolares de 3.º de ESO, que muestra que el consumo de cannabis se asocia positivamente con las expectativas de que relaja y facilita las relaciones sociales y sexuales, y negativamente con las creencias de que puede producir alteraciones intelectuales, del comportamiento y tener efectos negativos para la salud, siendo la principal razón para iniciar el consumo la curiosidad, y para continuarlo, querer sentirse mejor y olvidar los problemas. A nivel internacional, estudios sobre los factores de riesgo para el inicio del consumo de cannabis han sido analizados en una revisión sistemática²⁵, los componentes motivacionales y cognitivos sobre el consumo de cannabis. Considerando estos antecedentes, es necesario incrementar y profundizar el estudio de las creencias y motivaciones asociadas al consumo de cannabis en población joven escolarizada, tanto a nivel nacional como internacional.

El objetivo del presente estudio es determinar las creencias y motivos significativamente asociados con el consumo y no consumo de cannabis en población escolarizada de la ciudad de Valencia, en España, analizando diferencias en cuanto al sexo. Los resultados facilitarán el diseño y la implementación de programas preventivos para el consumo de cannabis, basados en la evidencia empírica, y relevantes para este segmento de la población.

Material y métodos

Muestra

Los participantes del estudio son 1.324 estudiantes de la ciudad de Valencia, España, con una edad media de 14,86 años (DT = 3,17). Por sexo, el 47,7% (n = 631) son varones (edad media: 14,82 años; DT = 2,84), y el 52,3% (n = 693) son mujeres (edad media: 14,9 años; DT = 3,44).

Respecto al curso escolar, 33% (n = 438) son estudiantes de 2.º de ESO (49,8% hombres; 50,2% mujeres); 36% (n = 473) de 3.º de ESO (45,5% hombres; 54,5% mujeres); 15% (n = 201) de 4.º de ESO (47,3% hombres; 52,7% muje-

res), y 16% (n = 212) de Formación Profesional (48,6% hombres; 51,4% mujeres).

Instrumento y procedimiento de recolección de datos

Se utilizó una Encuesta Previa de Charlas sobre drogodependencias, curso 2007-2008, elaborada por los profesionales del Plan Municipal de Drogodependencias del Ayuntamiento de Valencia. Es un cuestionario de 29 ítems, autoadministrado, que registra el riesgo percibido, las creencias y los motivos para el consumo y no consumo de sustancias legales e ilegales (alcohol, tabaco, cannabis, cocaína y drogas de diseño). En el presente estudio se analizan las respuestas dicotómicas (sí/no) de afirmaciones relacionadas con: a) creencias sobre el cannabis (13 afirmaciones); b) motivos para el consumo (11 afirmaciones), y c) motivos para no haber consumido cannabis (10 afirmaciones, y solo señaladas por sujetos que nunca han consumido cannabis).

El cuestionario fue administrado en 21 centros de educación de la ciudad de Valencia que solicitaron los programas de prevención escolar sobre drogodependencias ofertados por el Plan Municipal de Drogodependencias; 43% (n = 9) de ellos son públicos. El pase del cuestionario fue previo a la charla sobre drogas y no se facilitó información previa por parte de los administradores del cuestionario.

Se obtenía autorización de la dirección de cada centro escolar para su administración, y se garantizaba al estudiante el anonimato y la confidencialidad de los datos.

Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo para determinar la frecuencia y la proporción de respuestas de cada una de las creencias sobre el consumo de cannabis, y sobre los motivos para consumir o no haber consumido. Se utilizaron pruebas χ^2 para la comparación entre grupos (por sexo, edad, curso escolar) y regresiones logísticas utilizando como covariables la edad, con el fin de determinar la asociación entre cada una de las creencias y motivos, con cuatro tipo de respuestas relacionadas con el consumo de cannabis: a) solo haberlo probado; b) consumo ocasional (por ejemplo, los fines de semana); c) consumo diario, y d) nunca haberlo tomado (fumado). Se utilizó el programa de análisis estadístico SPSS, versión 17.

Resultados

Consumo de cannabis

Respecto al consumo, 13,5% (n = 179) de los encuestados afirmó solo haberlo probado; 10,2% (n = 135), que lo consumen de vez en cuando (por ejemplo, los fines de semana); 2,5% (n = 33), que lo consumen diariamente, y 72,4% (n = 958) que nunca lo han probado. No respondieron a la pregunta sobre su consumo de cannabis un 1,4% de los sujetos (n = 19).

No se muestran diferencias significativas en cuanto al género en la proporción de respuestas sobre el consumo ($p > 0,05$); sin embargo, sí se muestran diferencias significativas en cuanto a las variables de edad y curso escolar, mos-

Tabla 1 Proporción de respuestas sobre consumo de cannabis por las variables sociodemográficas

	Nunca lo ha tomado n = 958	Solo lo ha probado n = 179	De vez en cuando consume (por ejemplo, fines de semana) n = 135	Consumo diariamente n = 33
Sexo	$\chi^2 = 1,5$; p > 0,05	$\chi^2 = 0,8$; p > 0,05	$\chi^2 = 0,004$; p > 0,05	$\chi^2 = 2,3$; p > 0,05
Masculino	447 (71,9%)	91 (14,6%)	64 (10,3%)	20 (3,2%)
Femenino	511 (74,8%)	88 (12,9%)	71 (10,4%)	13 (1,9%)
Edad	$\chi^2 = 59,5$; p < 0,0001	$\chi^2 = 4,8$; p < 0,05	$\chi^2 = 27,3$; p < 0,0001	$\chi^2 = 44,9$; p < 0,0001
< 18 años	900 (76,5%)	152 (12,9%)	106 (9,0%)	19 (1,6%)
≥ 18 años	52 (43,7%)	24 (20,2%)	29 (24,4%)	14 (11,8%)
Curso	$\chi^2 = 154,4$; p < 0,0001	$\chi^2 = 23,9$; p < 0,0001	$\chi^2 = 83,5$; p < 0,0001	$\chi^2 = 52,4$; p < 0,0001
2.º ESO ^a	382 (87,6%)	38 (8,7%)	15 (3,4%)	1 (0,2%)
3.º ESO	354 (77,1%)	59 (12,9%)	38 (8,3%)	8 (1,7%)
4.º ESO	132 (66,0%)	37 (18,5%)	27 (13,5%)	4 (2,0%)
FP ^a	90 (42,9%)	45 (21,4%)	55 (26,2%)	20 (9,5%)

^aFormación Profesional.

trando mayor probabilidad de solo haberlo probado, consumirlo de vez en cuando (por ejemplo, los fines de semana) y consumirlo diariamente, los jóvenes con edad mayor o igual a 18 años y en cursos de 4.º de ESO y Formación Profesional (tabla 1).

Creencias sobre el consumo de cannabis

Entre los jóvenes/hombres y las jóvenes/mujeres, las creencias más frecuentemente señaladas fueron: “tiene efectos negativos para la salud” (83,5% hombres; 84,7% mujeres), “está prohibido a menores de edad” (77% hombres; 76,6% mujeres), “nos lleva a consumir otras drogas” (69,6% hombres; 74,0% mujeres), “produce enfermedades mentales” (63,1% hombres; 64,2% mujeres) y “provoca problemas familiares” (60,5% hombres; 62,0% mujeres).

Respecto a las diferencias significativas por el sexo en creencias relacionadas con el consumo de cannabis ($p < 0,05$), los jóvenes, respecto a las jóvenes, señalan con mayor frecuencia que “perjudica a las personas de alrededor” ($\chi^2 = 5,61$; p < 0,05; 46,3% hombres; 39,8% mujeres) y que “el consumo es bueno para algo” (por ejemplo, para algunas enfermedades, relajarse, el dolor, divertirse) ($\chi^2 = 8,72$; p < 0,05; 10,1% hombres; 5,8% mujeres).

En la tabla 2 se muestran las creencias significativamente asociadas ($p < 0,05$) con las respuestas sobre el consumo de cannabis; y en la tabla 3, aquellas asociadas con “no haber consumido nunca” cannabis.

Motivos para el consumo

Entre los jóvenes/hombres y las jóvenes/mujeres, los motivos más frecuentemente señalados para el consumo de cannabis fueron: “para divertirme” (48,8% hombres; 47,0% mujeres), “para relajarme” (41,7% hombres; 36,9% mujeres) y “para experimentar nuevas sensaciones” (40,5% hombres; 47,6% mujeres). No se muestran diferencias significativas por el sexo entre los diversos motivos para el consumo.

En la tabla 4 se muestran los motivos significativamente asociados con el consumo de cannabis.

Motivos para el no consumo

Los motivos por los que “nunca se ha consumido cannabis” más frecuentemente señalados fueron: “porque perjudica la salud física y mental” (72,4% hombres; 71,1% mujeres), “porque me siento bien y no me hace falta” (64,1% hombres; 71,9% mujeres) y “porque sé divertirme sin consumir drogas” (58,5% hombres; 70,9% mujeres). Los jóvenes/hombres, respecto a las jóvenes/mujeres, señalan significativamente en mayor proporción que no consumen “por convicciones personales de tipo moral” ($\chi^2 = 13,45$; p < 0,0001) y “porque son caras” ($\chi^2 = 18,74$, p < 0,0001); las jóvenes/mujeres señalan en mayor proporción: “porque me siento bien y no me hacen falta” ($\chi^2 = 6,67$; p < 0,05) y “porque sé divertirme sin consumir drogas” ($\chi^2 = 15,87$; p < 0,0001).

En la tabla 5 se muestra la frecuencia y proporción de respuesta sobre los diversos motivos para no haber consumido cannabis.

Discusión

Los resultados del estudio muestran las creencias y motivos asociados significativamente con el consumo y no consumo de cannabis en población joven escolarizada. Cabe mencionar previamente algunos aspectos sociodemográficos. Se encontraron diferencias significativas en cuanto a la edad en la probabilidad de consumir cannabis –a mayor edad, mayor probabilidad–, y mayor probabilidad de consumir al cursar grados escolares de mayor nivel, lo cual ha sido señalado en estudios previos²⁶. Sin embargo, no se muestra la influencia del sexo masculino en el consumo de “solo probarlo” o continuar el consumo, como suele documentarse²⁵. Algunos autores señalan que, si existen divergencias en el consumo de drogas entre ambos性, pueden deberse a diferencias en la oportunidad de consumir, más que a diferencias en la probabilidad de consumir cuando aparece una oportunidad^{27,28}. Por lo tanto, considerando este punto de vista, nuestro estudio parece indicar que existen las mismas oportunidades de consumir cannabis entre chicas y chicos escolarizados de la ciudad de Valencia.

Tabla 2 Resultados de regresiones de logísticas: creencias significativamente asociadas con el consumo de cannabis

Creencias	n	%	B	Sig.	Exp(B)	IC 95% para Exp(B)	
						Inferior	Superior
Respuesta: solo lo he probado (sí/no) n = 179							
Tiene efectos negativos en la salud	141	78,8	-0,457	0,024	0,633	0,426	0,941
Produce enfermedades mentales	101	56,4	-0,342	0,038	0,710	0,514	0,980
Provoca muchos accidentes	74	41,3	-0,339	0,040	0,713	0,516	0,984
Induce a cometer delitos	54	30,2	-0,633	0,000	0,531	0,377	0,748
Si controlas, no pasa nada	35	19,6	0,946	0,000	2,577	1,656	4,008
No crea problemas	8	4,5	0,938	0,029	2,554	1,104	5,912
Respuesta: de vez en cuando consumo (por ejemplo, los fines de semana) (sí/no) n = 135							
Requiere un fuerte gasto económico	100	74,1	0,868	0,000	2,382	1,588	3,573
Tiene efectos negativos en la salud	99	73,3	-0,785	0,000	0,456	0,299	0,695
Nos lleva a consumir otras drogas	78	57,8	-0,659	0,000	0,517	0,357	0,749
Provoca problemas familiares	66	48,9	-0,567	0,002	0,567	0,395	0,814
Provoca muchos accidentes	42	31,1	-0,793	0,000	0,453	0,308	0,665
Si controlas, no pasa nada	40	29,6	1,750	0,000	5,752	3,697	8,951
Perjudica a las personas de alrededor	39	28,9	-0,649	0,001	0,522	0,353	0,774
Induce a cometer delitos	33	24,4	-0,916	0,000	0,400	0,265	0,605
Es bueno para lograr un objetivo o estado	18	13,3	0,586	0,039	1,797	1,030	3,134
No crea problemas	8	5,9	1,242	0,005	3,463	1,468	8,169
Respuesta: diariamente consumo (sí/no) n = 33							
Tiene efectos negativos en la salud	22	66,7	-1,083	0,005	0,339	0,158	0,726
Produce enfermedades mentales	13	39,4	-0,998	0,007	0,369	0,179	0,758
Nos lleva a consumir otras drogas	12	36,4	-1,428	0,000	0,240	0,115	0,499
Provoca problemas familiares	10	30,3	-1,338	0,001	0,262	0,122	0,563
Si controlas, no pasa nada	9	27,3	1,325	0,002	3,761	1,657	8,536
Es bueno para lograr un objetivo o estado	9	27,3	1,359	0,001	3,892	1,699	8,917
Provoca muchos accidentes	6	18,2	-1,429	0,002	0,240	0,097	0,589
Induce a cometer delitos	4	12,1	-1,614	0,003	0,199	0,069	0,575
No crea problemas	3	9,1	1,515	0,025	4,550	1,214	17,060

IC: índice de confianza.

Tabla 3 Resultados de regresiones de logísticas: creencias significativamente asociadas con no haber consumido nunca cannabis

	n	%	B	Sig.	Exp (B)	IC 95% para Exp(B)	
						Inferior	Superior
Respuesta: nunca he tomado (sí/no) n = 958							
Tiene efectos negativos en la salud	835	87,2	0,870	0,000	2,386	1,735	3,281
Nos lleva a consumir otras drogas	726	75,8	0,603	0,000	1,828	1,395	2,394
Produce enfermedades mentales	637	66,5	0,491	0,000	1,633	1,262	2,113
Provoca problemas familiares	622	64,9	0,555	0,000	1,741	1,348	2,249
Provoca muchos accidentes	511	53,3	0,754	0,000	2,126	1,637	2,762
Requiere un fuerte gasto económico	492	51,4	-0,534	0,000	0,586	0,451	0,762
Induce a cometer delitos	481	50,2	0,990	0,000	2,691	2,042	3,546
Perjudica a las personas de alrededor	448	46,8	0,572	0,000	1,772	1,360	2,309
Es bueno para lograr un objetivo o estado	54	5,6	-0,892	0,000	0,410	0,268	0,627
Si controlas, no pasa nada	39	4,1	-2,024	0,000	0,132	0,087	0,200
No crea problemas	9	0,9	-1,821	0,000	0,162	0,072	0,366

IC: índice de confianza.

Tabla 4 Resultados de regresiones de logísticas: motivos significativamente asociados con el consumo de cannabis

Motivos	n	%	B	Sig.	Exp(B)	IC 95% para Exp(B)	
						Inferior	Superior
Respuesta: solo lo he probado (sí/no) n = 179							
Para nada en concreto	54	30,2	0,683	0,009	1,980	1,182	3,316
Para divertirme	52	29,1	-1,450	0,000	0,234	0,147	0,374
Para relajarme	37	20,7	-1,473	0,000	0,229	0,141	0,372
Para olvidarme de mis problemas	24	13,4	-1,304	0,000	0,271	0,158	0,466
Respuesta: de vez en cuando consumo (por ejemplo, los fines de semana) (sí/no) n = 135							
Para divertirme	92	68,1	1,439	0,000	4,217	2,637	6,744
Para relajarme	74	54,8	1,105	0,000	3,019	1,899	4,799
Para olvidarme de mis problemas	56	41,5	1,307	0,000	3,694	2,214	6,162
Para nada en concreto	22	16,3	-0,828	0,003	0,437	0,252	0,758
Respuesta: consumo diariamente (sí/no) n = 33							
Para relajarme	21	63,6	0,975	0,012	2,651	1,239	5,672
Otros	15	45,5	1,601	0,000	4,956	2,275	10,799
Para bailar	4	12,1	1,424	0,023	4,153	1,214	14,208

IC: índice de confianza.

Tabla 5 Frecuencia y proporción de respuestas sobre motivos para no haber consumido

Motivos para el no consumo ^a	Muestra total n (%)	Hombres n (%)	Mujeres n (%)
Por convicciones personales de tipo moral	281 (29,8%)	155 (35,7%)	126 (24,8%)
Porque perjudican la salud física y mental	676 (71,7%)	314 (72,4%)	362 (71,1%)
Porque me siento bien y no me hacen falta	644 (68,3%)	278 (64,1%)	366 (71,9%)
Porque crean problemas personales, familiares, etc.	272 (28,8%)	122 (28,1%)	150 (29,5%)
Porque mis padres no lo aceptarían	171 (18,1%)	89 (20,5%)	82 (16,1%)
Porque son caras	92 (9,8%)	62 (14,3%)	30 (5,9%)
Porque no me fio de mí ni de mi control	70 (7,4%)	34 (7,8%)	36 (7,1%)
Porque provocan accidentes	173 (18,3%)	81 (18,7%)	92 (18,1%)
Porque sé divertirme sin consumir drogas	615 (65,2%)	254 (58,5%)	361 (70,9%)
Porque son ilegales	163 (17,3%)	78 (18,0%)	85 (16,7%)
Por otras razones:	47 (5,0%)	22 (5,1%)	25 (4,9%)
No me gusta	29 (2,2)	11 (1,7)	18 (2,6)
No he tenido ocasión	5 (0,4%)	2 (0,3)	3 (0,4)
Experiencias de otras personas	2 (0,2)	2 (0,3)	–
Es perjudicial para el deporte	4 (0,3)	3 (0,5)	1 (0,1)
Por enfermedad propia (por ejemplo, asma)	4 (0,3)	2 (0,3)	2 (0,3)
No quiero	2 (0,2)	–	2 (0,3)
Miedo	1 (0,1)	1 (0,2)	–
Es difícil de conseguir	1 (0,1)	1 (0,2)	–

^aIncluye solo a los que no han consumido y excluyendo a los que no contestaron sus motivos: muestra total n = 943 (hombres n = 434; mujeres n = 509).

Creencias

La mayoría de los encuestados son conscientes de que el consumo tiene efectos negativos para la salud física y mental y que puede ocasionar problemas, especialmente familiares. Existe una mayor proporción de jóvenes varones que piensan que el consumo puede ser bueno para algo, especialmente para algunas enfermedades y para relajarse. Negar los efectos perjudiciales a nivel individual –físico y

mental– y para el entorno social del sujeto se encuentra asociado significativamente con “solo probar” la sustancia y con el consumo ocasional o diario; igualmente, creer que es bueno para lograr un estado u objetivo se asocia con el consumo ocasional o diario.

Estos resultados son consistentes con estudios previos que señalan que los consumidores muestran, en líneas generales, más creencias positivas y menos negativas asociadas al consumo de cannabis que los no consumidores^{29,30}. Y que

el consumo de cannabis se relaciona negativamente con creer que puede producir alteraciones intelectuales, del comportamiento y tener efectos negativos para la salud²⁴. La percepción de la peligrosidad del consumo de drogas es significativamente menor entre los que consumen³¹.

Destaca que afirmar “si controlas, no pasa nada” se asocia positivamente con “solo probar” la sustancia, y con el consumo ocasional y diario. Por lo tanto, una creencia protectora de alto impacto es aquella que afirma que pueden ocurrir efectos adversos, aun cuando se perciba que se controla el consumo. Al respecto, se ha señalado que la percepción de control es una de las formas de negar los efectos adversos o riesgos asociados al consumo de cannabis^{23,32}. Esto, asimismo, se relaciona con el siguiente mito: “el consumo de cannabis puede controlarse, ya que no produce adicción”; mito que puede ser contrarrestado con la evidencia científica que señala que el consumo continuado de cannabis puede producir adicción o dependencia, especialmente en la adolescencia³³.

Sobre las creencias de que el consumo de cannabis “es bueno” para algunas enfermedades, es importante señalar los siguientes argumentos. Se ha publicado ampliamente en años recientes sobre el uso terapéutico que tiene el cannabis para ciertas afecciones, como son las náuseas y vómitos provocados por la quimioterapia, la pérdida de apetito en el sida, el dolor neuropático en la esclerosis múltiple y la enfermedad de Parkinson³⁴. Por ello, ha existido un auge del siguiente mito que favorece el consumo de cannabis: “El cannabis tiene efectos terapéuticos, por lo que no debe ser malo fumarse un porro de vez en cuando”. Al respecto cabe mencionar que la utilización terapéutica del cannabis se realiza de manera controlada, muy diferente al uso que se puede dar de forma recreativa; similar a lo que se puede esperar del opio, que existen medicamentos derivados de esta sustancia, pero nadie piensa que sea sano consumir la heroína³³.

Motivos para el consumo

Los motivos significativamente asociados con el consumo ocasional de cannabis son el de olvidar los problemas, relajarse y divertirse; y con el consumo diario es el de relajarse y divertirse. Por lo tanto, motivos relacionados con la reducción de tensión (relajarse u olvidar los problemas) y diversión, muestran ser los motivos potenciales para continuar el consumo una vez probada la sustancia. Estos datos son consistentes con estudios llevados a cabo en España, donde la principal razón para continuar el consumo una vez probado el cannabis es buscar sentirse mejor y olvidar los problemas, bailar o divertirse y como relajante²⁴. Consumir cannabis como forma de diversión y relajación han mostrado ser las únicas actitudes favorables para el uso de cannabis en una muestra de adolescentes españoles²³; y aun cuando el cannabis como elemento de diversión y de relajación puede parecer contradictorio, son dos de los efectos más buscados por los consumidores de esta sustancia³⁵.

En esta línea, un aspecto importante a tener en cuenta en futuros estudios es qué tipo de problemas o estresores son comunes en la población joven escolarizada de España y que están asociados con el consumo de cannabis como forma de relajarse u olvidar los problemas. Una revisión sistemática de estudios sobre los factores de riesgo para el inicio del consumo de cannabis destaca la relación problemática con

los padres^{36,37} y otras variables familiares estresoras, como son estar en una familia monoparental, vivir en una familia problemática y tener una gran disciplina parental²⁵. Sin embargo, pueden existir otros factores comunes o generalizados, relacionados con el sistema educativo o social/contextual de España, que pueden ser estresores y motivar el consumo de cannabis como forma de relajación entre los jóvenes. Las medidas de prevención deben considerar aquellos factores que tienen un impacto directo en los estados emocionales –en este caso, de malestar o estrés– y que influyen directamente en el surgimiento de los motivos para el consumo de cannabis. Sería favorable evaluar, por ejemplo, si existe un desequilibrio en el tiempo dedicado a las actividades escolares y las lúdicas o de ocio; un exceso de frecuencia de uso o visualización de ciertos programas televisivos o publicidad que puedan aumentar los niveles de estrés y/o favorecer las actitudes positivas hacia el consumo; o si existe escaso tiempo libre o de ocio para compartir con los progenitores o familiares durante la semana (ya sea bien por exceso de horas de trabajo de los progenitores, bien por actividades escolares de los adolescentes).

Motivos para el no consumo

Se observa que los motivos más frecuentemente señalados para no consumir cannabis en el grupo que nunca ha probado la sustancia son: porque perjudica la salud física y mental, porque no es necesario el consumo por sentimientos de bienestar y porque se conocen formas de diversión sin necesidad de consumir drogas. Estos resultados son consistentes con estudios previos nacionales e internacionales. El “porque las drogas dañan la salud” es un motivo importante de los adolescentes escolarizados de Barcelona para no consumir cannabis²⁴. Asimismo, un factor que diferencia a los sujetos que solo experimentan los efectos del cannabis de los consumidores actuales es tener actividades recreativas diferentes al consumo³⁸; y existe menos probabilidad de consumo cuando existen actividades de tiempo libre diferentes a estar en la calle, en bares o discotecas³⁹.

Destaca que entre los jóvenes/hombres escolarizados, medidas externas –como son los precios altos– muestran mayor influencia para motivar el no probar el cannabis, además de las convicciones personales de tipo moral. Por otro lado, entre las jóvenes/mujeres, se muestra una mayor influencia de los motivos personales relacionados con los sentimientos de bienestar y el conocimiento de formas alternativas de ocio. Por lo tanto, se puede teorizar sobre qué medidas de control externo pueden tener mayor influencia en los jóvenes/hombres que en las jóvenes/mujeres. Sin embargo, es necesario estudiar y analizar con más profundidad estos procesos y confirmar estos resultados con una muestra más representativa.

Propuesta de estrategias preventivas

Considerando los resultados obtenidos en este estudio, se señalan a continuación algunas estrategias preventivas:

- a) Impartir información o reforzar ideas sobre los efectos adversos a corto y largo plazo del consumo de cannabis, especialmente sobre aquellos más específicos o impactantes para la población joven adolescente, como son el

bajo rendimiento escolar, la dependencia, padecer síntomas depresivos y tener cambios neurobiológicos durante la fase de desarrollo del cerebro, entre otros. Es importante enfatizar que los efectos adversos pueden ocurrir aun cuando se percibe que se controla el consumo.

- b) Instruir sobre técnicas de relajación (por ejemplo, entrenamiento autógeno de Schultz o relajación progresiva de Jacobson) u otras formas alternativas de relajación y habilidades de afrontamiento del estrés con el fin de evitar el consumo para relajarse u olvidar los problemas, facilitando manuales de instrucción y habilitando espacios y horas didácticas para su instrucción y práctica.
- c) Ofertar alternativas de actividades de ocio o recreación no asociadas al consumo de sustancias (como estar en la calle, bares o discotecas) y basadas en los intereses de los adolescentes. A menudo, una de las carencias de este tipo de actuaciones es que se basan en lo que los adultos perciben que puede interesar a la población joven y no en las preferencias reales de este grupo poblacional²³.

Sin embargo, cualquier medida preventiva debe enmarcarse dentro de una política más amplia de actuación a nivel nacional que contrarreste especialmente la información sesgada que la población recibe sobre el consumo de cannabis —que puede explicar el descenso en la percepción de riesgo y el ascenso del consumo en los últimos años en España— a través de una estrategia informativa global y continuada¹⁸.

Entre las principales limitaciones de nuestro estudio están la falta de representatividad de la muestra, principalmente porque no han sido elegidos por un muestreo probabilístico; que son escolares que pertenecen a un contexto social y geográfico determinado, lo cual impide la generalización de los resultados a todos los jóvenes escolarizados de España; el diseño transversal del estudio, lo cual no permite establecer una relación causal de las creencias y el consumo; y que no se han considerado otras variables individuales que pudieran moderar la asociación entre creencias y respuestas de consumo, como por ejemplo, la comorbilidad psiquiátrica, el consumo de otras sustancias, los conflictos familiares, etc.

Conclusiones

Para la prevención del consumo de cannabis en la población joven escolarizada, es necesario instaurar o reforzar las creencias sobre los efectos adversos del consumo de cannabis, tanto para la salud física y mental del consumidor como para el entorno social del mismo, y la creencia de que los efectos adversos pueden ocurrir aun cuando se percibe que se controla el consumo. Dado que consumir para divertirse, olvidar los problemas y relajarse son motivos potenciales para continuar el consumo de cannabis una vez probado, en los programas preventivos es relevante instruir y facilitar conductas de ocio no asociadas al consumo, formas alternativas de relajación y hábitos de afrontamiento del estrés ante estresores familiares, de la escuela o del entorno social del joven.

Financiación

Este trabajo se ha podido realizar gracias al convenio de colaboración entre el Plan Municipal de Drogodependencias, el Ayuntamiento de Valencia y la Universidad de Valencia.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores agradecen la participación de los profesionales del Plan Municipal de Drogodependencias del Ayuntamiento de Valencia, que colaboraron en la elaboración y administración del cuestionario, y a los jóvenes encuestados por su participación en el estudio.

Bibliografía

1. Observatorio Español sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 1994-2008. [Consultado 30 Ago 2010]. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoría2/observa/pdf/Estudess2008.pdf>
2. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [Internet]. Statistical bulletin 2009. [Consultado 30 Ago 2010]. Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/stats09>
3. Calafat A, Juan M, Becoña E, Fernández C, Gil E, Llopis JJ. Organización y estrategias de la cultura pro cannabis. Adicciones. 2002;12 Suppl:232-74.
4. Calafat A. La escalada del cannabis. Gac Sanit. 2007;21:187-8.
5. European Commission. Young people and drugs. Flash Eurobarometer. 2004;158. [Consultado 30 Ago 2010]. Disponible en: http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/f158_en.pdf
6. Kalant H. Adverse effects of cannabis on health: an update of the literature since 1996. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2004;28:849-63.
7. Fergusson DM, Horwood LJ, Beautrais AL. Cannabis and educational achievement. Addiction. 2003;98:1681-92.
8. Macleod J, Oakes R, Copello A, Crome I, Egger M, Hickman M, et al. Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal, general population studies. Lancet. 2004;363:1579-88.
9. Bovasso GB. Cannabis abuse as a risk factor for depressive symptoms. Am J Psychiatry. 2001;158:2033-7.
10. Cabrera JL, Toledo I, García R, Mendoza MC, Báez A. Prevalencia, rasgos de personalidad y microambiente en adolescentes consumidores de cannabis. SEMERGEN. 2008;34: 392-9.
11. Henderson MJ, Galen LW, DeLuca JW. Temperament style and substance abuse characteristics. Subst Abus. 1998;19:61-70.
12. Semple DM, McIntosh AM, Lawrie SM. Cannabis as a risk factor for psychosis: systematic review. J Psychopharmacol. 2005;19: 187-94.
13. Kandel DB. Stages and pathways of drug involvement: Examining the Gateway Hypothesis. Londres: Cambridge University Press; 2002.
14. Brook JS, Balka EB, Whiteman M. The risks for late adolescence of early adolescent marijuana use. Am J Public Health. 1999; 89:1549-54.
15. Mann RE, Adlaf E, Zhao J, Stoduto G, Ialomiteanu A, Smart RG, et al. Cannabis use and self-reported collisions in a representative sample of adult drivers. J Safety Res. 2007;38: 669-74.
16. Pistis M, Perra S, Pillolla G, Melis M, Muntoni AL, Gessa GL. Adolescent exposure to cannabinoids induces long-lasting changes in the response to drugs of abuse of rat midbrain dopamine neurons. Biol Psychiatry. 2004;56:86-94.

17. Ehrenreich H, Rinn T, Kunert HJ, Moeller MR, Poser W, Schilling L, et al. Specific attentional dysfunction in adults following early start of cannabis use. *Psychopharmacology (Berl)*. 1999;142:295-301.
18. Comas R, Jiménez A, Aceró A, Carpallo C. Variables psicosociales del consumo de cannabis en adolescentes. *Rev Esp Drogodep*. 2007;32:162-80.
19. Eagly AH, Chaiken S. *The psychology of attitudes*. San Diego, CA: Harcourt Brace Jovanovich; 1993.
20. Smith ER, Mackie DM. *Psicología Social*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A; 1997.
21. Sobell LC, Klingemann HK, Toneatto T, Sobell MB, Agrawal S, Leo GI. Alcohol and drug abusers' perceived reasons for self-change in Canada and Switzerland: computer-assisted content analysis. *Subst Use Misuse*. 2001;36:1467-500.
22. West R. *Theory of Addiction*. Oxford, UK: Blackwell Publishing; 2006.
23. Olivar Á, Carrero V. Análisis de la intención conductual de consumir cannabis en adolescentes: desarrollo de un instrumento de medida basado en la teoría de la conducta planificada. *Trastornos Adictivos*. 2007;9:184-205.
24. Morales E, Ariza C, Nebot M, Pérez A, Sánchez F. Consumo de cannabis en los estudiantes de secundaria de Barcelona: inicio en el consumo, efectos experimentados y expectativas. *Gac Sanit*. 2008;22:321-9.
25. Guxens M, Nebot M, Ariza C, Ochoa D. Factores asociados al inicio del consumo de cannabis: una revisión sistemática de estudios de cohortes. *Gac Sanit*. 2007;21:252-60.
26. Andrews JA, Hops H, Ary D, Tildesley E, Harris J. Parental influence on early adolescent substance use: Specific and nonspecific effects. *J Early Adolesc*. 1993;13:285-310.
27. Van Etten ML, Anthony JC. Comparative epidemiology of initial drug opportunities and transitions to first use: marijuana, cocaine, hallucinogens and heroin. *Drug Alcohol Depend*. 1999;54:117-25.
28. Van Etten ML, Neumark YD, Anthony JC. Male-female differences in the earliest stages of drug involvement. *Addiction*. 1999;94: 1413-9.
29. Menghrajani P, Klaue K, Dubois-Arber F, Michaud PA. Swiss adolescents' and adults' perceptions of cannabis use: a qualitative study. *Health Educ Res*. 2005;20:476-84.
30. Chabrol H, Roura C, Kallmeyer A. Perceptions of cannabis effects a qualitative study among adolescents. *Encephale*. 2004;30:259-65.
31. Calafat A, Fernández C, Juan M, Becoña E. Cómo el propio consumo de drogas de los mediadores recreativos tiene implicaciones preventivas. *Adicciones*. 2005;17:145-55.
32. Peretti-Watel P. Neutralization theory and the denial of risk: some evidence from cannabis use among French adolescents. *Br J Sociol*. 2003;54:21-42.
33. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. *Guía sobre drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Sanidad; 2007.
34. Venderová K, Růžička E, Vorísek V, Visnovský P. Survey on cannabis use in Parkinson's disease: subjective improvement of motor symptoms. *Mov Disord*. 2004;9:1102-6.
35. Plancherel B, Bolognini M, Stéphan P, Laget J, Chinet L, Bernard M, et al. Adolescents' beliefs about marijuana use: a comparison of regular users, past users and never/occasional users. *J Drug Educ*. 2005;35:131-46.
36. Von Sydow K, Lieb R, Pfister H, Höfler M, Wittchen HU. What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults. *Drug Alcohol Depend*. 2002;68:49-64.
37. McGee R, Williams S, Poulton R, Moffitt T. A longitudinal study of cannabis use and mental health from adolescence to early adulthood. *Addiction*. 2000;95:491-503.
38. Calafat A, Fernández C, Becoña E, Gil E, Juan M, Torres MA. Consumo y consumidores de cannabis en la vida recreativa. *Adicciones*. 2000;12 Suppl 2:197-230.
39. Guxens M, Nebot M, Ariza C. Age and sex differences in factors associated with the onset of cannabis use: a cohort study. *Drug Alcohol Depend*. 2007;88:234-43.