

**Cómo citar este documento**

Rodríguez González, Claudia; Martínez Campanario, Elena; Lobato Miranda, Carmen Lucía.  
Prevención del consumo del cannabis en la adolescencia . Biblioteca LasCasas, 2017; V13.  
Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/e11519.php>

# **Prevención del consumo del cannabis en la adolescencia**

Claudia Rodríguez González, Elena Martínez Campanario, Carmen Lucía Lobato Miranda

Graduadas en Enfermería. Enfermera Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla (España)

## **Resumen**

**Introducción:** El cannabis es una de las drogas ilegales más consumidas en nuestro país y principalmente entre adolescentes. Esto es debido esencialmente al gran foco de atención que supone para los jóvenes la ilegalidad del producto y la prohibición de su consumo. El consumo de esta droga es un factor de riesgo ya que posiblemente les abra las puertas hacia otras drogas, siendo esta posibilidad mayor cuanto antes se empiece a consumir el cannabis.

**Metodología:** Proponemos un estudio de investigación de tipo cuantitativo, que tiene como objetivo determinar el nivel de conocimientos que tienen los adolescentes sobre los efectos nocivos producidos por el cannabis y prevenir su consumo en dicha población. Para lo que hemos diseñado un estudio cuantitativo transversal, realizado en dos institutos del distrito San Pablo- Santa Justa de la provincia de Sevilla. En estudiantes de los cursos de 3º y 4º de E.S.O de edades comprendidas entre 15 y 17 años, elegidos por muestreo de la población total con un tamaño muestral de 222. Para la recogida de datos se utiliza un cuestionario validado, elaborado con varios ítems de la CPQ-A y varios pertenecientes al CAST, constituyendo finalmente de 28 ítems. Se realiza con previo consentimiento informado, de carácter voluntario, totalmente confidencial y auto cumplimentado, validado y adaptado previamente para el estudio específico del consumo de cannabis en los adolescentes. Las variables a tener en cuenta serían la edad y el sexo.

**Reflexión final:** parece necesario aumentar la difusión de las intervenciones de promoción de la salud en materia de consumo de drogas, dirigidas a jóvenes de nuestro entorno.

**Palabras clave:** Prevención. Drogadicción. Consumo. Tabaco. Adolescencia. Cannabis.

**Abstract**

## Prevention of cannabis use in adolescence

**Introduction:** Cannabis is one of the most consumed illegal drug, especially among teenagers, in our country. The illegality and the prohibition of the product are the facts which attract the teenagers' attention. The consumption of this drug is a risk factor, since it could lead teenagers to the consumption of other drugs. Furthermore, if the consumption is early, the possibility of risk is greater.

**Methods:** We propose a quantitative research, which aims to determine the level of knowledge among adolescents about the harmful effects which are caused by cannabis and prevent this population of its consumption. In order to get it, we have designed a cross-sectional quantitative research, carry out in two schools of San Pablo-Santa Justa district, Seville. Students of 3rd and 4th courses, of age from 15 to 17, chosen by sampling the total population with a sample size of 222. For data collection using a validated questionnaire developed with several items in the CPQ-A and several belonging to CAST, eventually consists on 28 items. It is done with informed consent, voluntary, completely confidential and auto-completed, validated and previously adapted for the specific study of cannabis use in adolescents. The variables to be considered, would be the age and sex.

**Final conclusion:** It seems necessary to increase the dissemination of interventions to promote health in terms of drug use, aimed at young people in our area.

**Key-words:** Prevention. Addiction. Consumption. Snuff. Adolescents. Cannabis.

---

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia es *definida* por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la etapa que va entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana de 12 a 14 años y la adolescencia tardía de 15 a 19 años.

Esta etapa y los primeros años de la juventud son cruciales, se producen profundos cambios físicos, psicológicos y sociales que impactan el resto de la vida de los seres humanos. Entre los cambios físicos, se encuentra el crecimiento corporal, el desarrollo sexual y el inicio de la capacidad reproductiva, que coincide con el inicio de las relaciones sexuales. Entre los cambios psicológicos se encuentran la necesidad de independencia que trae relaciones conflictivas con los padres, la búsqueda de identidad, las contradicciones en las manifestaciones de la conducta y las fluctuaciones del estado de ánimo y en los cambios sociales, se encuentran la tendencia a reunirse con grupos, la elección de una ocupación y la necesidad de formación y capacitación para el desarrollo de la misma<sup>1</sup>.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), droga es toda sustancia que introducida en un organismo vivo por cualquier vía de administración (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa), es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, capaz de cambiar el comportamiento de la persona, y que posee la capacidad de generar dependencia y tolerancia en sus consumidores<sup>2</sup>.

El consumo de drogas, y las consecuencias de toda índole que lleva aparejado, constituye un problema social y sanitario que afecta a España y a la comunidad internacional en su conjunto.

En los últimos años, España ha redoblado sus esfuerzos en la planificación y ejecución de medidas para hacer frente a este importante fenómeno de las drogodependencias, entre las que hay que destacar la Estrategia Nacional sobre Drogas, vigente desde el año 2000 hasta el 2008<sup>3</sup>.

En la actualidad, el consumo de sustancias ilegales en España es un fenómeno asociado al ocio, que afecta especialmente a jóvenes que toman por diversión sustancias psicoactivas, cuyos riesgos no perciben. Cannabis, cocaína y éxtasis son por este orden las sustancias ilegales más ingeridas. Frente a este incremento, se constata un descenso del consumo de heroína y las muertes asociadas al uso de este opiáceo. En cuanto a las drogas legales, el alcohol y el tabaco siguen siendo las sustancias psicoactivas de mayor consumo. El empleo de cannabis y cocaína se ha incrementado sobretodo en el sector más joven de la población<sup>4</sup>.

El presente estudio, tiene una justificación social, sobre todo por los factores de riesgo que se dan en la adolescencia, pues están de moda entre nuestros adolescentes, una particular "cultura del riesgo". Además existen numerosos factores en el universo adolescente que estarían disparando ciertas conductas de riesgo relacionadas con el consumo de drogas en particular el cannabis.

Los problemas derivados del consumo del cannabis afectan de una manera u otra al

---

conjunto de la sociedad. Entre las consecuencias negativas de este consumo se encuentra el fracaso escolar, el deterioro personal y social, los problemas laborales y por supuesto los problemas de salud.

Desde mediados de años noventa, se comenzaron a percibir algunas señales de cambios en los patrones y en el tipo de sustancias consumidas, que se han ido confirmando posteriormente. Del patrón de consumos marginales ligados a la heroína, se ha pasado a un patrón de uso recreativo, lúdico, de fin de semana y periodos vacacionales en el que predominan drogas como el alcohol, cannabis, la cocaína y el éxtasis<sup>5</sup>.

Se ha comprobado la importancia del Cannabis como “puerta de entrada” en el consumo de otras drogas, por otra parte, la edad de inicio, cada vez más temprana, tiene un papel fundamental en la aparición posterior de efectos adversos, producidos por esta sustancia en los diversos sistemas y aparatos de nuestro organismo, fundamentalmente alteraciones cognitivas, afectación psicomotora y su posible influencia en la conducción de vehículos. Se incluyen también las consecuencias y manifestaciones clínicas asociadas al consumo crónico de cannabis y las importantes repercusiones que puede tener sobre el rendimiento escolar. Se analiza uno de los temas más controvertidos, como es la relación entre el consumo y la aparición de adicción y otros trastornos mentales en estas edades juveniles<sup>6</sup>.

Todos estos elementos justifican este proyecto.

---

## MARCO TEÓRICO

En el informe final del Estudio Nacional del Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas en la Población Escolar en Chile, septiembre 1998, realizado por MINEDUC, MINSAL, CONACE y Fundación Paz Ciudadana, se concluye: "La marihuana es la droga más consumida por los alumnos en todas las regiones del país y en todos los periodos consultados; además, fue la droga que tuvo mayor aumento entre 1995 y 1997"<sup>2</sup>.

Las preparaciones de la planta Cannabis han sido utilizadas con fines medicinales y/o recreativos desde hace mucho tiempo. Su consumo se hace a menudo junto con otras drogas<sup>7</sup>.

Las reseñas históricas más antiguas del uso de los derivados del Cannabis se remontan al imperio chino (2727 a. De C.), en la India, las referencias más antiguas datan del 2000 a. de C. El cultivo de estas plantas se extendió probablemente desde Asia Central hacia Occidente. El consumo del cáñamo como sustancia psicoactiva fue muy común en algunas sectas islámicas. Al continente americano llegó de manos de los españoles en la primera mitad del siglo XVII. Su uso se popularizó en el mundo occidental hacia los años sesenta, entre los jóvenes. Desde esa fecha, su consumo ha ido aumentando en casi todos los países<sup>7</sup>.

Hay distintas conceptualizaciones de droga según las legislaciones<sup>8</sup>:

Droga ilegal (illicit drug): es la sustancia psicoactiva cuya producción, venta o consumo están prohibidos. En sentido estricto, la droga en sí no es ilegal, lo son su producción, su venta o su consumo en determinadas circunstancias en una determinada jurisdicción. El término más exacto "mercado de drogas ilegales" hace referencia a la producción, distribución y venta de cualquier droga o medicamento fuera de los canales legales permitidos.

Droga legal (licit drug): se refiere a la droga que está legalmente disponible mediante prescripción médica o en algunas ocasiones también sin ellas, en una determinada jurisdicción.

Droga de diseño (designer drug): Sustancia química nueva con propiedades psicoactivas, sintetizada expresamente para su venta ilegal y burlar las leyes sobre sustancias controladas. Como respuesta, estas leyes suelen incluir ahora sustancias nuevas y posibles análogos de sustancias psicoactivas existentes. El término se acuñó en la década de los ochenta.

Droga de inicio (Gateway drug): Droga legal o ilegal que abre camino al consumo de otra droga, considerada normalmente más problemática.

El cannabis es una droga, considerada de inicio, que se extrae de la planta Cannabis sativa, la cual contiene más de 400 componentes químicos, de los que se conocen al menos 60 cannabinoides, únicos de esta especie. Los tres cannabinoides más importantes por sus efectos psicoactivos, son el Tetrahidrocannabinol (THC), el cannabidiol (CBC) y el cannabinol. Mientras que el THC es el responsable de la mayoría de los efectos.

---

El contenido de cannabinoides depende de varios factores como la parte de la planta, la variedad o genotipo de que se trate y el momento en que es recolectada. La mayor concentración de cannabinoides se encuentra en los brotes florecientes de la planta femenina o sumidades florales (cogollos) y en las hojas, mientras que las concentraciones son bajas en tallo, raíces y semillas.

El Cannabis se presenta para su consumo en forma de hachís, que es un exudado resinoso de la planta; mariguana o maría, que consiste en un triturado seco de flores, hojas y pequeños tallos de la propia planta; en forma de polen, que es un triturado seco de flores muy fino con aspecto de polvo amarillento; y en forma de aceite. Se consume habitualmente fumada en forma de cigarrillos, mezclada con tabaco (habitualmente el hachís) o directamente sin tabaco (marihuana), colocada en pipas de diferentes formas y tamaños y más recientemente mediante vaporizadores. También puede utilizarse el aceite por vía oral.

Marihuana: Obtenida de la trituración de flores, hojas y tallos secos, posee una concentración de THC entre el 1 y el 5%.

Hachís: Elaborado a partir de la resina almacenada en las flores de la planta hembra, tiene una concentración de THC entre el 15 y el 50%.

Aceite de hachís: Resina de hachís disuelta y concentrada, con una concentración de THC entre el 25 y 50%.

Al consumirse fumado, sus efectos pueden sentirse casi inmediatamente y duran entre dos y tres horas. Por vía oral la absorción es más lenta y sus efectos aparecen entre la media hora y las dos horas, pudiendo durar hasta 6 horas.

El THC (tetrahidrocannabinol), principal principio activo del cannabis, es una sustancia muy soluble en grasa y llega rápidamente al cerebro, en donde se acumula y del que se elimina muy lentamente.

El THC tiene una vida media aproximada de una semana, lo que significa que, una semana después de consumirlo, el organismo no ha conseguido eliminar más que el 50%. Aunque una persona sólo consuma los fines de semana, no habrá tiempo suficiente para que se elimine completamente y se irá acumulando en su cerebro, produciendo varios de sus efectos.

El efecto de la marihuana depende de la potencia del THC que posee:

- La mayoría de la marihuana común contiene, de promedio, un 3% de THC.
- La sin semilla (que solo lleva los botones y las flores de la planta hembra) tiene de promedio 7,5% de THC, pero puede llegar a tener hasta 24%.
- El hachís (la resina gomosa de las flores de las plantas hembras) tiene un promedio de 3,6% de THC, pero puede llegar a tener hasta 28%.
- El aceite de hachís, un líquido resinoso y espeso que se destila del hachís, tiene un promedio de 16% de THC, pero puede llegar a tener hasta 43%.

Desde el punto de vista clínico es muy difícil saber con certeza cuándo un adolescente está consumiendo drogas, en este caso marihuana, pero algunos signos pudieran alertarnos<sup>9</sup>.

---

## **Efectos inmediatos que produce en el organismo**

El sistema cannabinoide endógeno es un sistema propio de nuestro organismo que realiza funciones relacionadas con el comportamiento, el aprendizaje, la gratificación, la ingesta de comida, el dolor y las emociones, entre otros.

Cuando se consume cannabis, se activa este sistema endógeno de forma externa y artificial y se alteran muchas de las funciones que desarrolla. A dosis pequeñas el efecto es placentero, mientras que a dosis altas puede producir cuadros de gran ansiedad.

Inmediatamente tras el consumo se produce lo que se llama “borrachera cannábica”, con sequedad de boca, enrojecimiento ocular, taquicardia, descoordinación de movimientos, mareos o dificultad para caminar, risa incontrolada, somnolencia, alteración de la memoria, de la atención y de la concentración.

El sistema cannabinoide desempeña un papel fundamental en el área de la memoria y hace que, de forma natural, nos acordemos más de lo agradable que de lo desagradable, ayudando a eliminar aquellos recuerdos que produjeron un impacto negativo en nuestras emociones.

Cuando se sobreactiva por el consumo de cannabis se olvida todo, y es más difícil recordar cualquier acontecimiento ocurrido. Por otro lado, el sistema cannabinoide controla la atención y la percepción.

También se encuentra implicado en la regulación de la actividad motora, lo que explica que el consumo de cannabis produzca una disminución del nivel de actividad y mayor dificultad en la coordinación de movimientos.

El potencial terapéutico del cannabis ha sido revisado ampliamente en numerosas publicaciones científicas. Existe evidencia científica para su uso terapéutico en el caso de las náuseas y vómitos secundarios al tratamiento con antineoplásicos, la pérdida de apetito en Sida y cáncer terminal y el tratamiento del dolor neuropático en la esclerosis múltiple<sup>9-10</sup>.

## **Riesgos y consecuencias que tiene el consumo de cannabis**

El consumo habitual provoca una serie de daños orgánicos y psicológicos:

- El hecho de fumarse sin filtro, aspirando profundamente el humo, reteniéndolo en los pulmones y apurándolo hasta el final, favorece enfermedades como la bronquitis crónica, el enfisema pulmonar o el cáncer de pulmón. Además, su efecto broncodilatador potencia la absorción de sustancias tóxicas.
  - Altera el sistema cardio-circulatorio, provocando taquicardia, por lo que las personas con hipertensión o insuficiencia cardíaca pueden sufrir un empeoramiento de su sintomatología.
  - Existen datos que indican que podría haber un aumento de la incidencia de depresiones y psicosis por el consumo crónico de esta sustancia<sup>10</sup>.
-

El impacto psicológico del consumo de cannabis tiene una especial relevancia, dado que quienes lo utilizan principalmente son los jóvenes. Provoca dificultades para estudiar, al disminuir las funciones de atención, concentración, abstracción y memoria, obstaculizando, por tanto, el aprendizaje. Puede causar reacciones agudas de ansiedad y, en personas con predisposición a padecer trastornos mentales, puede provocar la aparición de éstos trastornos o agravar los que ya se padecen.

Cada vez hay más datos que demuestran el efecto perjudicial del consumo de cannabis asociado a la conducción de vehículos, especialmente si se combina con alcohol, lo que hace que aumente el riesgo de accidentes.

### **Efectos a largo plazo:**

- Problemas de memoria y aprendizaje.
- Peores resultados académicos. Abandono prematuro de los estudios.
- Dependencia (7-10 % de los que lo prueban).
- Trastornos emocionales (ansiedad, depresión) y de la personalidad.
- Enfermedades bronco-pulmonares y determinados tipos de cáncer.
- Trastornos del ritmo cardiaco (arritmias).
- Psicosis y esquizofrenia (especialmente en individuos predispuestos).
- Cambios de conducta.
- Cambios fluctuantes del ánimo.
- Aislamiento social.
- Descuido de apariencia personal.
- Cambios en la alimentación.
- Trastornos del sueño, fatiga, insomnio.
- Menor interés por los deportes.

El cannabis actúa sobre el sistema de gratificación y recompensa cerebral de la misma forma que lo hacen otras drogas, a través del estímulo de la liberación de dopamina. Por eso, el consumo continuado de cannabis produce adicción. La adicción aparece entre el 7 y el 10 % de las personas que lo han probado y en 1 de cada 3 de los que lo consumen habitualmente<sup>10</sup>.

Hay algunos síntomas que pueden hacer sospechar la existencia de un trastorno por dependencia del cannabis.

### **Síntomas de abuso o dependencia de cannabis<sup>10</sup>**

- ✓ Abandono del grupo de amigos no consumidores.
  - ✓ Desinterés por actividades que no tengan relación directa con el consumo.
  - ✓ Preocupación por disponer de cannabis.
  - ✓ Uso compulsivo del cannabis.
  - ✓ Problemas de rendimiento escolar o laboral.
  - ✓ Irritabilidad, agresividad, inquietud, nerviosismo, disminución del apetito y dificultades para dormir, que ceden al consumir cannabis.
-



## **Situaciones de especial riesgo**

Todo consumo implica un riesgo, pero éste es mayor en algunas circunstancias: como pueden ser la conducción de vehículos, el embarazo y la lactancia, enfermedades previas o actuales, destacamos la importancia de éstos:

### **Adolescencia:**

El cannabis provoca cambios neurobiológicos durante el periodo de maduración cerebral. El inicio temprano del consumo se asocia con la aparición de trastornos mentales en la edad adulta, como la ansiedad, la depresión y la psicosis, con un mayor consumo de otras drogas en el futuro, con más dificultad para dejar de consumir, con problemas de rendimiento escolar y con el abandono prematuro de los estudios.

El consumo de cannabis durante la adolescencia se asocia con dificultades escolares, peores notas, menor satisfacción escolar, actitudes más negativas hacia la escuela, aumento del absentismo, abandono de los estudios y fracaso en la formación profesional y en los estudios universitarios.

### **Estudio y aprendizaje:**

Dificulta el aprendizaje y las tareas que requieren concentración. Este efecto permanece incluso mucho tiempo después de su consumo, debido a su larga vida media en el organismo, por lo que consumir el fin de semana influirá en el rendimiento escolar de los días siguientes<sup>4</sup>.

Dada la particularidad de la adolescencia, donde muchos de los síntomas y signos pueden atribuirse a muchas otras causas, tanto del desarrollo normal del joven como por presencia de patologías, nos hace además aconsejar a los padres que observen en casa cosas como: presencia de pipas o papeles para enrollar cigarrillos, "olor" en la ropa o en la habitación, uso de incienso o desodorante en el aire, uso de gotas para los ojos, literatura que promueva el uso de drogas, etc. La marihuana (THC) permanece en el organismo del individuo varios días después de su consumo, y cuando es crónico hasta varias semanas después de su uso<sup>6</sup>.

Hasta la fecha no hay medicamentos para tratar la adicción a la marihuana, concentrándose muchas de las acciones del tratamiento en la consejería individual y de grupo, apoyo con y para la familia y sistemas de grupos de apoyo.

Existen en nuestro país algunas iniciativas en que se involucra a los padres en la prevención de la drogadicción, como el difundir a través de la prensa fichas educativas. Se debería entregar a los padres no solo información sobre las drogas, sino que también herramientas que los ayuden a comunicarse mejor con sus hijos y así poder además desarrollar con ellos habilidades que los fortalezcan y enfrentar mejor situaciones de riesgo. Por otra parte, el rol que cumplen los profesores en esta materia es diverso y a la vez fundamental, tanto programático, como extraprogramático (uso del tiempo libre y promoción de estilos de vida saludables)<sup>10</sup>.

Con el adolescente, que nos refiere consumo de marihuana, lo primero es la necesidad nuestra de aceptar al paciente incondicionalmente, sin rechazos ni estigmatizaciones con

---

el fin de lograr una relación empática y asegurar la confidencialidad mientras esto no signifique compromiso vital<sup>10</sup>.

Se deberían evaluar las conductas y/o factores de riesgo, muchos ya descritos con anterioridad, y a la vez entregar herramientas de trabajo en conjunto realistas, que no creen falsas expectativas, de autoimagen y autoeficacia. Aquellos estudiantes que perciben a sus padres y/o sus familias cercanos y preocupados por ellos, que perciben a las drogas como sustancias que les podrían "traer problemas", que creen firmemente en aquellas actividades que promueven su desarrollo en forma saludable (deportes, actividades socioculturales, religiosas, etc.); tienen mucho menos posibilidades de desarrollar conductas de riesgo como el consumo de drogas, que muchas veces van unidas a otras conductas de riesgo en el adolescente como el inicio precoz de relaciones sexuales (embarazo en adolescentes, ETS), la conducta antisocial, etc.

En la situación actual de España, el Cannabis es también la droga ilegal más extendida y la que se consume a una edad más temprana. La prevalencia de consumo de Cannabis aumentó considerablemente hasta el año 2003, pero a partir de entonces se ha producido una inversión de esta tendencia ascendente, tanto en lo que se refiere a la experimentación (alguna vez en la vida), como al consumo reciente (alguna vez en el último año), actual (último mes) o diario<sup>4</sup>.

La edad media de inicio en el consumo en los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años se sitúa en 14,6 años, siendo similar en ambos sexos. Según los datos del último informe del Observatorio Español sobre Drogas (OED), en España, en 2007 el 27,2% de la población de 15 a 64 años había probado Cannabis alguna vez en la vida, un 10,1% lo hizo en el último año, un 7,1% en el último mes y un 1,5% a diario durante este último periodo. El consumo está bastante más extendido entre los hombres (13,6% lo había consumido el último año) que entre las mujeres (6,5%)<sup>4</sup>.

En Europa, al igual que ocurre en nuestro país, las prevalencias de consumo de Cannabis más elevadas se registran entre los jóvenes. En el año 2004, el 42,7% de los estudiantes de 14 a 18 años había consumido Cannabis alguna vez en la vida.

El cannabis es la droga ilegal más consumida en el mundo. En la última década su consumo ha aumentado de forma considerable, especialmente entre adolescentes y jóvenes, siendo la edad de inicio cada vez más temprana.

Su consumo no genera, aparentemente, preocupación social, aunque las investigaciones ponen cada vez más de manifiesto que acarrea importantes problemas psíquicos, especialmente cuando se dan las circunstancias de edad de inicio temprana, poli-consumo, abuso, etc.

Los chicos consumen con mayor frecuencia y con mayor intensidad que las chicas. Los propios jóvenes perciben consecuencias negativas del consumo de cannabis: pérdidas de memoria, dificultades para trabajar o estudiar, tristeza, ganas de no hacer nada, y faltas a clase. La mayoría de los estudiantes consumidores habituales de esta droga son poli-consumidores, es decir, consumen cannabis junto con otras sustancias, especialmente alcohol y tabaco<sup>10</sup>.

La educación para la salud mediante la información, la comunicación y el desarrollo de

---

competencias personales, puede facilitar que los jóvenes den solución a sus propios problemas, busquen ayuda o digan no ante la presión social. Las intervenciones dirigidas al desarrollo de estas competencias son las que tienen más impacto en la prevención del tabaquismo, el consumo de alcohol y las conductas sexuales de riesgo en jóvenes y para prevenir problemas emocionales<sup>11</sup>. Asimismo, la familia y los amigos son también desencadenantes del aprendizaje para la salud<sup>12</sup>.

Sabemos que hay grupos de jóvenes especialmente vulnerables y desfavorecidos que requieren esfuerzos en equidad y acceso a programas que reduzcan los riesgos relacionados con su género, edad, instrucción, clase social, etcétera, y que potencien sus oportunidades para vivir más saludablemente<sup>13</sup>.

También sabemos que la promoción de entornos favorables, como el escolar, pueden beneficiar la salud de los jóvenes. Las Escuelas promotoras de salud y el desarrollo de un currículum con contenidos de salud que se apoye en orientaciones didácticas para el desarrollo de relaciones interpersonales saludables en la comunidad escolar y en la habilitación de espacios que potencien la salud, son determinantes para ello. Los medios de comunicación tienen también gran influencia en las orientaciones hacia el consumo y en los comportamientos de la población juvenil, por lo que sus mensajes pueden ser potenciadores para la salud de los jóvenes<sup>13</sup>.

Por otra parte, los servicios sanitarios se esfuerzan por atraer a los jóvenes, y por conocer las barreras que presentan los jóvenes para la utilización de los mismos, ya que parece que también podrían influir sobre su comportamiento y su salud<sup>13</sup>.

En este entramado de evidencias y dudas, se vienen desarrollando en nuestro país diferentes programas e intervenciones desde las administraciones, las organizaciones no gubernamentales y también desde el ámbito académico, que han generado un conocimiento susceptible de ser explorado y analizado<sup>3</sup>.

Forma Joven es una estrategia de salud dirigida a promover entornos y conductas saludables entre la gente joven de Andalucía. Basado en la acción intersectorial, en su desarrollo cooperan varias Consejerías de la Junta de Andalucía, así como otras instituciones y agentes sociales como ayuntamientos, asociaciones de madres y padres. En esencia, la estrategia consiste en acercar las actividades de promoción de la salud y de prevención de los riesgos asociados a la salud, a los entornos donde conviven jóvenes y adolescentes y otorgarles, además, un papel activo y central en dichas actividades<sup>14</sup>.

Trata de aportarles instrumentos y recursos para que puedan afrontar los riesgos para su salud más comunes y frecuentes en estas edades.

Se desarrolla en los Puntos Forma Joven, ubicados en los diversos espacios frecuentados por la población adolescente y juvenil como son institutos de enseñanza secundaria, escuelas taller, universidades, espacios de ocio, comunitarios, etc<sup>14</sup>.

---

## OBJETIVOS

### Generales:

Saber el grado de información sobre el cannabis de los y las adolescentes, de este estudio.

Valorar el consumo del cannabis en 280 adolescentes procedentes de 2 centros escolares del distrito santa justa de la ciudad de Sevilla.

### Específico:

Determinar el conocimiento de estos adolescentes sobre los efectos secundarios que puede producir el cannabis.

## MATERIAL Y MÉTODOS

**Tipo:** El tipo de estudio es cuantitativo transversal.

**Muestra:** Este proyecto se plantea para un total de 280 adolescentes de edad entre 15 y 17 años de dos institutos del distrito San Pablo- Santa Justa en la provincia de Sevilla. Si deseamos estimar una proporción, para hallar el tamaño muestral, debemos saber:

El nivel de confianza o seguridad ( $1-\alpha$ ). El nivel de confianza prefijado da lugar a un coeficiente ( $Z_\alpha$ ). Para una seguridad del 95% = 1.96, para una seguridad del 99% = 2.58.

La precisión que deseamos para nuestro estudio.

Una idea del valor aproximado del parámetro que queremos medir (en este caso una proporción). Esta idea se puede obtener revisando la literatura, por estudio pilotos previos. En caso de no tener dicha información utilizaremos el valor  $p = 0.5$  (50%).

$$n = \frac{N \cdot Z_\alpha^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N - 1) + Z_\alpha^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde:

- $Z_\alpha^2 = 1.96^2$  (ya que la seguridad es del 95%)
- $p$  = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- $q = 1 - p$  (en este caso  $1 - 0.05 = 0.95$ )
- $d$  = precisión (en este caso deseamos un 3%)
- $N = 280$

Aplicando la fórmula, nos saldría  $n = 221.96 \sim 222$ .

Con lo cual el tamaño muestral sería 222.

$$x = \frac{280 \cdot 1.962 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{0.03^2 \cdot 279 \cdot 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5} = 221.96 \cong 222$$


---

**Variabes:** edad y sexo.

**Material:** Se aplica una encuesta validada, elaborada con varios ítems de la CPQ-A y varios pertenecientes al CAST, comprende finalmente de 32 ítems.

Los 10 primeros ítems evalúan el grado de conocimiento que tienen los adolescentes sobre el cannabis y el resto de los ítems valoran el consumo del mismo en el adolescente.

Se realiza con previo consentimiento informado, de carácter voluntario, totalmente confidencial y auto cumplimentado, validado y adaptado previamente para el estudio específico del consumo de cannabis en los adolescentes.

El consentimiento informado consta de las garantías de la ley orgánica sobre protección de datos (15/1999 de 13 de diciembre).

**Estrategia de búsqueda:** Para el estudio se han realizado búsquedas en diferentes bases de datos como cuiden plus, pub- med, scopus, Cochrane y en diferentes revistas clínicas con sus correspondientes estrategias de búsquedas usando los términos adolescencia, consumo, adicción y cannabis.

**Instrumentos:** Básicamente diseñado para adolescentes o adultos jóvenes, la prueba de detección de abuso de cannabis (CAST) identifica los patrones de consumo de cannabis conduce a consecuencias negativas a nivel social o de salud para el propio usuario u otras personas.

### **CAST (Cannabis Abuse Screening Test)**

El CAST es un instrumento de 6 ítems diseñado para detectar patrones de abuso de cannabis en jóvenes y adolescentes, centrándose sobre todo en las dificultades para controlar el consumo y en sus consecuencias negativas sobre la salud o las relaciones sociales (Piontek, Kraus y Klemnova, 2008). El CAST presenta resultados más robustos desde el punto de vista psicométrico, que podrían servir para determinar la prevalencia del consumo problemático de Cannabis, en particular usando como criterio la frecuencia del consumo de Cannabis a modo de referencia

El formato de respuesta es tipo Likert en función de la frecuencia de experimentación de cada uno de los problemas.

Todas las preguntas se responden en una escala likert de 5 puntos (0 “nunca”, 1 “rara vez”, 2 “de vez en cuando”, 3 “bastante a menudo”, 4 “muy a menudo”). (Piontek, D., Kraus, L. y Klemnova, D. (2008). Short scales to assess cannabis-related problems: a review of psychometric properties. Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy, 3: 25).

El CAST evalúa los problemas experimentados en el último año, se orienta a la detección diagnóstica de abuso.

- P1 ¿Has fumado Cannabis antes del mediodía?
  - P2 ¿Has fumado Cannabis estando solo/a?
-

- P3 ¿Has tenido problemas de memoria al fumar Cannabis?
- P4 ¿Te han dicho los amigos o miembros de tu familia que deberías reducir el consumo de Cannabis?
- P5 ¿Has intentado reducir o dejar de consumir Cannabis sin conseguirlo?
- P6 ¿Has tenido problemas debido a tu consumo de Cannabis (disputa, pelea, accidente, mal resultado escolar, etc.)?

El primer umbral se encuentra en la alternativa “De vez en cuando” para las dos primeras preguntas lo cual permite a los individuos indicar que no tienen problemas, mientras que para las restantes preguntas el umbral está en la alternativa “rara vez”. [11]

La razón que da el autor de esta diferencia es porque las dos primeras preguntas apuntan a medidas vinculadas a temporalidad, mientras que las cuatro restantes a estados o situaciones que enfrenta el individuo debido al consumo. Con esta clasificación el puntaje final de la escala CAST iría de 0 a 6 puntos.

La clasificación de riesgo propuesta por Legleye et al. (2007) especifica:

- 0 puntos CAST: 0 riesgo
- 1 a 2 puntos CAST: Bajo nivel de riesgo
- 3 puntos CAST: Moderado nivel de riesgo
- 4 o más puntos CAST: Alto nivel de riesgo

Ha sido usado también en la clínica con respuestas dicotómicas (Si/No). Dos respuestas positivas alertan de consumo de riesgo y sugieren tener cuidado con este. Tres respuestas o más, indican que el consumo puede ser problemático y que se debe buscar ayuda.

Un sesgo potencialmente significativo que ha aparecido en los estudios donde aparecen muchos jóvenes con consumos problemáticos o dependencia podría ser un fenómeno que fue descrito por primera vez a nivel epidemiológico por Chen y Anthony.

Entre aquellos que acababan de empezar a consumir Cannabis, los rasgos clínicos de dependencia del cannabis estaban presentes con el doble de frecuencia en las declaraciones de los adolescentes<sup>15</sup>.

La mayoría de los consumidores de cannabis son consumidores experimentales. Sin embargo, en un importante número de casos el consumo de Cannabis entraña un riesgo de desarrollar dependencia, fracasos escolares, problemas sociales y de salud. La alta prevalencia de consumo de Cannabis hace necesaria la introducción de métodos que permitan discriminar el uso ocasional y regular del cannabis del uso problemático.

Hablamos de consumo problemático cuando el consumo está generando problemas al propio consumidor o a su entorno, dentro de estos problemas incluiríamos: problemas de salud física, psíquica, problemas sociales e incluso conductas de riesgo que pueden poner en peligro la vida o la salud del consumidor.

Últimamente, algunas de las encuestas que se realizan entre la población juvenil o general han empezado a incorporar escalas para medir la dependencia o el consumo

---

problemático de Cannabis<sup>15</sup>

En Francia Francois Beck y Stephane Legleye diseñaron la Escala CAST (Cannabis Abuse Screening Test) que valora el consumo problemático de Cannabis. El DSM-IV, incluye criterios para determinar el abuso y dependencia de Cannabis que se han incluido en la encuesta sobre drogas de Estados Unidos.

En España ha sido usado el CAST y el CPQ-A (Adolescent-Cannabis Problems Questionnaire) como herramienta de screening. La puntuación en el CPQ-A permite discriminar entre consumidores moderados y excesivos en el último mes, y presenta una sensibilidad y especificidad adecuadas para determinar casos de abuso y dependencia del cannabis según los criterios del DSM IV-TR.

La utilización de escalas que miden el consumo problemático de Cannabis nos permite conocer la prevalencia del uso problemático o de alto riesgo y en particular diferenciar los subgrupos con mayor prevalencia y conocer sus características. Además, monitorizar los cambios a lo largo del tiempo de la prevalencia y características de los consumidores problemáticos, contribuyendo a orientar, diseñar y evaluar intervenciones dirigidas a estos grupos de consumidores<sup>15</sup>.

## Cronograma

Id	Nombre de Tarea	Duración	Inicio	Finalización	Precededores
0	CUESTIONARIO CONSUMO CANNABIS	64 días	01-may-02013	29-jul-02013	
1	Elaboración y Diseño del cuestionario	7 días	01-may-02013	09-may-02013	
2	Diseño de la base de datos	7 días	10-may-02013	20-may-02013	1
3	Declaración de consentimiento informada	8 días	21-may-02013	30-may-02013	2
4	Entrega Autorización	4 días	21-may-02013	24-may-02013	2
5	Recogida autorización	4 días	27-may-02013	30-may-02013	4
6	Distribución del cuestionario	4 días	31-may-02013	05-jun-02013	4
7	Entrega IES ISBILYA	2 días	31-may-02013	03-jun-02013	5
8	Entrega IES Antonio Machado	2 días	04-jun-02013	05-jun-02013	7
9	Recogida de datos	4 días	17-jun-02013	20-jun-02013	
10	Recogida IES ISBILYA	2 días	17-jun-02013	18-jun-02013	8FS+7d
11	Recogida IES Antonio Machado	2 días	19-jun-02013	20-jun-02013	10
12	Procesamiento de datos	5 días	21-jun-02013	27-jun-02013	11
13	Análisis de datos	5 días	28-jun-02013	04-jul-02013	
14	Aplicación de instrumentos de medida	2 días	28-jun-02013	01-jul-02013	12
15	Interpretación de datos	3 días	02-jul-02013	04-jul-02013	14
16	Elaboración de Informe	15 días	05-jul-02013	25-jul-02013	15
17	Comunicación de los resultados	2 días	26-jul-02013	29-jul-02013	16

Diagrama de Gantt (Ver ANEXO 3), realizado en Microsoft Project.

### **Análisis de los datos:**

**Análisis descriptivo:** Se realizará una exploración de los datos para identificar valores extremos y caracterizar diferencias entre subgrupos de individuos. Posteriormente se procederá a realizar el análisis descriptivo de la muestra. Las variables numéricas se resumirán con medias y desviaciones típicas o, si las distribuciones son asimétricas, con medianas y cuartiles, mientras que las variables cualitativas se expresarán con porcentajes. Estas medidas se determinarán globalmente y para subgrupos de casos. Asimismo, este análisis se complementará con distintas representaciones gráficas según el tipo de información (cuantitativa/ cualitativa).

**Análisis inferencial:** Para comparar información de tipo cuantitativo/numérico entre los dos grupos, control y experimental, se empleará la prueba T de Student para muestras independientes o en su caso la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. Análogamente para estudiar la relación entre variables de tipo cualitativo en los dos grupos, control y experimental, se empleará el test chi-Cuadrado o el test exacto de Fisher (tablas 2x2 poco pobladas). Complementaremos los resultados de estas pruebas de hipótesis con intervalos de confianza al 95% para diferencia de proporciones y el cálculo de la OR y su intervalo de confianza. Para estudiar las relaciones entre dos variables cualitativas dicotómicas relacionadas (antes/ después) se utilizará el test de McNemar, y se cuantificará el cambio detectado (si existe) mediante un intervalo de confianza al 95%. El análisis de los datos se realizará con el paquete estadístico IBM SPSS 19.0 para Windows.

### **PROGRAMA EDUCATIVO PARA ADOLESCENTES**

Dada la hipótesis basada en el cuestionario anteriormente expuesto, de que existe un porcentaje de adolescentes consumidores, que necesiten obtener información sobre el tema, se realiza un programa de prevención y promoción de la salud.

Las jornadas en los institutos se realizan sobre todo para promocionar la salud e intentar prevenir el inicio del consumo del cannabis en jóvenes que empiezan a tener los primeros contactos con las drogas, ya sean legales como el tabaco o el alcohol, o ilegales, como el cannabis.

Este colectivo, como son los jóvenes, se encuentran en una etapa de desarrollo hacia la madurez, tienen especial sensibilidad hacia los estímulos que les incitan a consumir en general, y por ello pueden verse en mayor medida afectados por el uso de las drogas.

El programa de intervención comunitaria para el cuidado de los/as adolescentes en salud comunitaria utilizará técnicas basadas en la participación activa de los/as involucrados/as en este proceso. Se utilizan materiales didácticos como: representación en PowerPoint con gran contenido en fotografías, vídeos, video forum y grupos de discusión.

---



El taller se encuentra planificado para ser impartido en 3 sesiones de una hora cada una:

### **SESIÓN 1:**

Adolescencia cómo una etapa del ciclo vital de la vida  
Características generales del desarrollo

### **SESIÓN 2:**

Información sobre el concepto cannabis sativa  
Información sobre los efectos secundarios que conlleva su consumo

### **SESIÓN 3:**

Exposición de los riesgos y perjuicios en el organismo a consecuencia de las mezclas de cannabis y otras sustancias.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El proyecto se va a desarrollar de acuerdo a los principios Éticos recogidos en la declaración de Helsinki, declaración Consentimiento informado y respeto por la libertad del individuo realizada en Helsinki (1964), y sucesivamente revisada en Tokio (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1989), Somerset West (1996), Edimburgo (2000), Washington (2002), Seúl (2008).

### **Confidencialidad**

Sus datos serán tratados con la más absoluta confidencialidad, se garantizará en todo momento la confidencialidad de los datos y de los participantes en el estudio según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos.

---

## **REFLEXIONES FINALES**

Al ser la adolescencia una etapa muy frágil conviene atender seriamente las necesidades que los jóvenes tienen.

La salud de los adolescentes guarda una relación muy estrecha con su propia conducta, así como el ambiente en el que se mueven, por lo que son aspectos a considerar por los profesionales sanitarios, pues, en base a ellos, se configurará la adultez del joven.

La educación para la salud es una herramienta que permite a los profesionales de la salud acercar información sobre la salud a la población, además de sensibilizarla, generar opiniones e ideas y lograr que adquieran y conserven hábitos saludables. Es una herramienta para transmitir conocimientos, generar nuevos paradigmas, aconsejar, mejorar la salud de la población en general o de grupos concretos, entre otros.

Aunque en nuestra comunidad existe Forma Joven que se realiza en Centros Educativos, el contacto entre los profesionales de enfermería y los/as adolescentes sigue siendo escaso.

Consideramos necesario incrementar las actuaciones de enfermería en dicho colectivo desde la Atención comunitaria, desde el Programa Forma Joven u otros programas que se desarrollen en el futuro.

Por ello esperamos con este proyecto, acercarnos al grupo de adolescentes para conocer sus conocimientos sobre el cannabis y aportarle la información necesaria, pudiendo así prevenir que los jóvenes caigan en dicho consumo, aplicando programas de prevención, informando y promocionando la salud desde el punto de vista enfermero, el cual juega un papel muy importante en la educación sanitaria de los jóvenes.

Animo a todos los compañeros a tomar actitudes preventivas y a participar activamente en cualquier tipo de campaña informativa que sea posible para el alumnado. Usando herramientas como la intervención enfermera, podemos acercarnos a la población adolescente, hacerles ver el peligro de la adicción a drogas y por supuesto, acercarles a la vida sana y saludable, lejos de las drogas.

---

## BIBLIOGRAFIA

1. Sánchez Moñino T. Educación para la salud en la educación no universitaria. La figura del profesional sanitario en los centros de enseñanza. Revista Electrónica Enfermería Global Universidad de Murcia. 2002; (1).
  2. Organización Mundial de la Salud [Sede web] [Consultado en Marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/es/>
  3. Hernán García M, Ramos Monserrat M, Fernández Ajuria A. Revisión de los trabajos publicados sobre promoción de la salud en jóvenes españoles. Rev Esp Salud Pública. 2001; 75(6): 491-504.
  4. Ministerio de Sanidad y Política Social. Secretaría General de Política Social y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio español sobre drogas. Informe 2009 [Monografía en Internet]. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/oed-2009.pdf>
  5. Leza J. Cannabis (I). Farmacología. En Lorenzo-Laredo-Leza-Lizasoain. Drogodependencias, España. Editorial Médica Panamericana. 1998; 16: 191-197.
  6. Altamiro V.P. Marihuana en adolescentes escolares. Rev chil pediatr. 2001; 72 (2).
  7. Ministerio de sanidad y consumo. Secretaría General de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Guía sobre drogas [Monografía en Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2007. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/guiaDrogas.pdf>
  8. Díaz de Rada L. N. Programa de Salud Pública para dejar de fumar cannabis. Universidad Pública de Navarra. 2011. Disponible en: <http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/5244/Trabajo%20de%20Fin%20de%20Master.%20Nora%20D%C3%ADaz%20de%20Rada..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
  9. Páramo M.A. Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: análisis de contenido a través de grupos de discusión. Ter Psicol. 2011; 29 (1): 85-95.
  10. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. [Consultado en febrero 2013]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/>
  11. Compas, B. Promoting positive mental health during adolescence. In Millstein S, ed. Promoting the health of adolescents: new directions for the twenty-first century. New York: Oxford University Press. 1993: 159-79.
  12. Resnick MD, Bearman PS, Blum R, Bauman KE, Harris KM, Jones J et al. Protecting adolescents from harm. JAMA. 1997; 278 (10): 823-32.
-

13. Aspiroz Villar E. Plan de Acción Global en materia de Juventud 2000/2003. Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración. 2000; (30): 123-8.
  14. Junta de Andalucía. Guía Forma Joven [Monografía en Internet]. Escuela Andaluza de Salud Pública.; 2008. Disponible en: [http://www.formajoven.org/AdminFJ/doc\\_recursos/201192111828338.pdf](http://www.formajoven.org/AdminFJ/doc_recursos/201192111828338.pdf)
  15. Legleye S, Karila. L, Beck F, Reynaud M. Validation of the cast, a general population Cannabis Abuse Screening Test. J Subst Use. 2007; 12: 233–42.
-

## **ANEXOS**

### **ANEXO 1: DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Don/doña....., declaro haber comprendido la información y en calidad de representante legal, padre/madre o tutor/a AUTORIZO a..... para la participación en el Proyecto de Investigación que se está realizando sobre el tema de “Adolescencia y cannabis”.

Y que deseo cooperar con el mismo a través de la realización de la encuesta.

Asimismo si en cualquier momento decidiera REVOCAR mi consentimiento no tendré que dar ningún tipo de explicaciones sobre mi cambio de parecer, y mis datos no podrán ser utilizado en ningún caso para dicho proyecto.

He sido también informada/o de que mis datos personales serán tratados con CONFIDENCIALIDAD y protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías de la ley orgánica sobre protección de datos (15/1999 de 13 de diciembre).

Tomando todo ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a que esta información sea utilizada para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Sevilla, a        de                    2013.

**Fdo.**

---

**ANEXO 2: CUESTIONARIO****Edad:****Sexo:**     Hombre                       Mujer**1. Ocupación laboral del padre:****2. Ocupación laboral de la madre:****3. Situación Familiar:** Dos padres Monoparental Otras**4. ¿Has repetido algún curso?** Si No**5. ¿Cuál?:****6. ¿Sabes lo que es el cannabis?** Si No**7. ¿A partir de quién lo conoce?** Medios de comunicación Padres Hermanos Amigos**8. ¿Conoce los efectos secundarios a corto plazo?** Si No**9. ¿Y a largo plazo?** Si No**10. ¿Qué produce principio actúa más rápido en el organismo?** Marihuana Hachís**11. ¿Has consumido cannabis alguna vez?** Si No**12. ¿A qué edad lo consumió por primera vez?** 13 14 15 16 > 16 < 13



**25. ¿Te has sentido con menos energía de lo habitual?**

Si             No

**26. ¿Has tenido problemas de memoria al fumar Cannabis?**

Si             No

**27. ¿Te ha preocupado perder el contacto con amigos o familiares?**

Si             No

**28. ¿Has intentado reducir o dejar de consumir Cannabis sin conseguirlo?**

Si             No

**29. ¿Crees que necesitas ayuda externa?**

Si             No

**30. ¿Piensas que necesitas aumentar los conocimientos sobre el tema?**

Si             No

**31. ¿Crees que ello te ayudará a abandonar su consumo?**

Si             No

**32. Si te ofrecieran ayuda profesional, ¿Aceptarías a conseguir su abandono?**

Si             No

---



ANEXO 3: DIAGRAMA DE GANTT

