

CARACTERÍSTICAS SOCIOFAMILIARES DE LOS MENORES DEPENDIENTES DEL CANNABIS

TRABAJO DE FIN DE GRADO DE TRABAJO SOCIAL

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS, SOCIALES Y DE LA
COMUNICACIÓN

ALUMNA: LARA GONZÁLEZ TAIMA

TUTORA ACADÉMICA: BERTA PUYOL LERGA

JULIO 2017

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
1. JUSTIFICACIÓN.....	3
2. MARCO TEÓRICO.....	6
2.1 LAS DROGAS Y EL CANNABIS.....	6
2.1.1 Conceptos básicos relacionados con las drogas.....	6
2.1.2 Tipos de consumidores y/o formas de consumo.....	7
2.1.3 Clasificación de las drogas.....	8
2.1.4 El cannabis.....	10
2.1.4.1 Efectos que produce.....	12
2.1.4.2 Riesgos y consecuencias del consumo de cannabis.....	13
2.1.4.3 Epidemiología del consumo.....	14
2.2 LA ADOLESCENCIA.....	15
2.2.1 Concepto de adolescencia.....	17
2.2.2 Etapas de la adolescencia.....	17
2.2.3 Relación entre las drogas y la adolescencia.....	19
2.2.4 Intervención con el menor dependiente del cannabis.....	21
2.3 LA FAMILIA.....	21
2.3.1 Concepto de familia.....	22
2.3.2 Intervención con la familia del menor dependiente del cannabis.....	22
2.3.3 Influencia de la familia en el consumo del menor.....	23

3. OBJETIVOS	25
3.1 OBJETIVOS GENERALES.....	25
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
4. MÉTODO	26
4.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES.....	26
4.2 VARIABLES.....	26
4.3 POBLACIÓN, PERIODO TEMPORAL Y ÁMBITO GEOGRÁFICO.....	26
4.4 TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS.....	26
4.5 TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS.....	27
5. RESULTADOS	28
6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
ANEXOS	57

INTRODUCCIÓN

La presente investigación ha sido realizada con la finalidad de conocer las características sociofamiliares de aquellos menores que dependen de la sustancia más consumida entre los adolescentes en la actualidad: el cannabis.

Primeramente, se llevó a cabo una fase de encuestas, dirigidas a 92 alumnos del IES Santa Ana, en el municipio de Candelaria, con edades comprendidas entre los 13 y los 17 años de edad para conocer los aspectos que determinarían los resultados de este estudio.

La distribución de los apartados se clasifica de la siguiente forma: en primer lugar, la justificación (el por qué de la investigación), en segundo lugar el contexto teórico (presenta diferentes conceptos e información de interés sobre el tema de estudio de esta investigación, tales como los efectos del consumo, las consecuencias y el papel que juega la familia, entre otros), objetivos generales y específicos, método (características generales, variables, población, período temporal, ámbito geográfico, técnicas de recogida de datos y del análisis de los mismos). Y, por último, los resultados que se han obtenido y su posterior discusión y conclusión final.

1. JUSTIFICACIÓN

El consumo de drogas representa en el momento actual uno de los problemas con más relevancia a los que se enfrentan muchos países del mundo no sólo por la enorme magnitud del problema sino también por la gravedad y complejidad de las consecuencias personales y sociales derivadas del mismo (Alguacil, 2000).

En primer lugar, cabe hacer alusión al concepto de dependencia a las drogas, el cual viene definido genéticamente por la administración o consumo repetidos de una sustancia, y específicamente por el tipo de sustancia hacia el que se ha establecido la dependencia (OMS, 1964). Además, la CIE-10 nos habla de la dependencia como un trastorno que implica manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas características; se da la máxima prioridad al consumo de sustancias, hay un deseo de administración y las recaídas después de un periodo de abstinencia llevan a instaurar más rápidamente este síndrome que en los no dependientes (Osuna, 2005).

Por otro lado, Osuna (2005) define el uso de una sustancia como la utilización de la misma, el gasto de ella de forma aislada, ocasional, sin que produzca efectos sociales, médicos, familiares, laborales, etc. Frente a este concepto nos encontramos con el abuso, que es definido por el Real Colegio de Psiquiatras Británico como “cualquier consumo de droga que dañe o amenace dañar, la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, de diversos individuos o de la sociedad en general” (Lorenzo; Ladero; Leza y Lizasoain, 2009).

En segundo lugar, podemos hacer referencia a los tipos de consumidores y vías de administración de las drogas. Vergara (2014) señaló que los consumidores pueden ser: experimentales (prueban las drogas por curiosidad una vez en la vida), recreacionales (consumen de forma esporádica, de tipo social), habituados (se drogan una o más veces al día para mantener su estado anímico, psicológico o físico), adictos (necesitan consumir permanente y compulsivamente) y circunstanciales (ingieren drogas para buscar apoyo frente a conflictos). De este modo, Osuna (2005) se refirió a cinco vías de consumo, que son: oral (ingestión, mascado o sublingual), pulmonar (inhalado y/o fumada), nasal (esnifada), rectal o genital (se aplica sobre la mucosa anal o genital) y parenteral (con jeringuilla hipodérmica por vía intravenosa, intramuscular y subcutánea).

Con respecto a la aparición de trastornos mentales, tales como depresión y ansiedad, los consumidores diarios tienen 5 veces más posibilidades de desarrollarlos que los no-consumidores, mientras que aquellos que son consumidores semanales tienen cerca del doble de posibilidades que los no-consumidores (Patton; Coffrey; Carlin; Degenhardt; Lynskey y Hall, 2002).

Según el NIDA (2012), los niños y los adolescentes empiezan a fumar marihuana por muchas razones, entre las más comunes, la curiosidad y el deseo de formar parte de un grupo social. También, el NIDA (2012) indica que para algunos jóvenes, el consumo de drogas comienza como un medio para hacer frente a la ansiedad, la ira, la depresión o el aburrimiento, entre otros. Sin embargo, el consumo de drogas es sólo una manera de evadir los problemas y los retos de crecer.

Por último, cabe destacar que la familia, y en particular los padres, juegan un rol determinante en el riesgo de que los niños y adolescentes usen drogas (Becoña y otros, 2012). De hecho en los últimos años los investigadores han comprendido que los programas de salud pública destinados a la disminución de comportamientos de riesgo en adolescentes deben ir focalizándose, cada vez más, en el rol parental (Bares, Delva, Grogan-Kaylor y Andrade, 2011).

La intervención con familias por lo tanto es imprescindible, tanto si se trata de una familia con alto o con bajo riesgo. Es necesario contrarrestar los factores de riesgo existentes, así como la puesta en práctica de acciones encaminadas a dotar a los padres de información y de estrategias educativas efectivas, en este sentido se identifica a este colectivo como sujeto y objeto de intervención (Arbex, 2002).

2. MARCO TEÓRICO

A continuación, se presenta el contexto teórico del proyecto en el que se integran las teorías, enfoques teóricos, estudios y antecedentes en general que se refirieran al problema de investigación.

2.1 LAS DROGAS Y EL CANNABIS

En el siguiente apartado se exponen algunos conceptos relacionados con las drogas, así como aspectos relevantes sobre el cannabis.

2.1.1 Conceptos básicos relacionados con las drogas

En primer lugar, conviene tener en cuenta que una droga es, según la Organización Mundial de la Salud (1994), un «término de uso variado que en medicina se refiere a toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad. En el lenguaje coloquial, el término suele referirse concretamente a las sustancias psicoactivas y, a menudo, de forma aún más concreta, a las drogas ilegales. Este término también se utiliza en el ámbito de la medicina y farmacología, como sinónimo de «principio activo» o fármaco, tal como refleja la definición de la OMS.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1969, p.2), definió el concepto de droga como “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o varias de sus funciones”. Más tarde, en 1992, la misma institución delimitó las sustancias que producen dependencia y redefinió el concepto como “toda sustancia de uso no médico con efectos psicoactivas que, introducida en un organismo vivo, es capaz de producir cambios en la percepción, en el estado de ánimo, en la conciencia y el comportamiento y susceptibles de ser auto-administrada” (Osuna, 2005, p. 3).

Por otro lado y si hacemos referencia a Fernández (2002, s.r.f. Castillo, 2011, p.25), podemos definirla como “toda sustancia natural o sintética que genera adicción, es decir, la necesidad imperiosa o compulsiva de volver a consumir para experimentar la recompensa que produce, que es sensación de placer, euforia, alivio de la tensión, etc.”

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1964) definió el concepto de dependencia como aquella situación que implica la administración o consumo repetidos

de una sustancia, y específicamente por el tipo de sustancia hacia el que se ha establecido la dependencia.

Según la CIE-10, el síndrome de dependencia es definido como un trastorno que provoca: manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas características; se da la máxima prioridad al consumo de sustancias, hay un deseo de administración y las recaídas después de un periodo de abstinencia llevan a instaurar más rápidamente este síndrome que en los no dependientes (Osuna, 2005).

El uso de una sustancia no tiene ninguna significación clínica ni social; es decir, el término uso indica, sencillamente, consumo, utilización, gasto de una sustancia sin que se produzcan efectos médicos, sociales, familiares, etc. En ausencia de otras especificaciones debe entenderse un consumo aislado, ocasional, episódico, sin tolerancia o dependencia (Lorenzo; Ladero; Leza y Lizasoain, 2009).

Por otro lado, Osuna (2005) define el uso de una sustancia como la utilización de la misma, el gasto de ella de forma aislada, ocasional, sin que produzca efectos sociales, médicos, familiares, laborales, etc.

El abuso se define por el Real Colegio de Psiquiatras Británico como “cualquier consumo de droga que dañe o amenace dañar, la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, de diversos individuos o de la sociedad en general” (Lorenzo; Ladero; Leza y Lizasoain, 2009).

2.1.2 Tipos de consumidores y/o formas de consumo

Para comenzar, podemos hacer referencia a cinco tipos de consumidores según Vergara (2014):

- Consumidor experimental: es aquella persona que prueba la droga una vez por curiosidad.
- Consumidor recreacional: es aquella persona que consume de forma esporádica, de tipo social.

- Consumidor habituado: este consumidor se droga una o más veces al día y también lo hace para mantener el estado de ánimo, psicológico o físico.
- Consumidor adicto: la causa más común de su consumo es la necesidad permanente y compulsiva de experimentar el estado psicológico y físico que la droga produce.
- Consumidor circunstancial: este tipo de consumidor ingiere drogas para buscar un apoyo fácil para poder enfrentar un conflicto o una situación determinada. Este consume cada vez más para poder sentir una sensación de bienestar.

Por otro lado, Osuna (2005) señala los siguientes tipos de vías de administración de las drogas:

- Vía oral: en forma de ingestión, mascado o sublingual, es la vía más utilizada para el consumo de anfetaminas, LSD, barbitúricos, drogas de síntesis, alcohol, etc.
- Vía pulmonar: la sustancia puede ser inhalada y/o fumada, es característico de la nicotina, cannabis y crack.
- Vía nasal: requiere que la sustancia sea aspirada (esnifada).
- Vía rectal o genital: se aplica sobre la mucosa anal o genital, se usa sobre todo en cocaína y heroína.
- Vía parenteral: hay que utilizar una jeringuilla hipodérmica como utensilio imprescindible para administrarse la droga. La vía intravenosa, intramuscular y subcutánea, sobre todo se dan en heroinómanos y morfinómanos.

2.1.3 Clasificación de las drogas

Si atendemos a los efectos que produce el consumo de drogas, y aludiendo a Kramer y Cameron (1975), las drogas se dividen en tres grandes grupos.

- Depresoras: analgésicos narcóticos, barbitúricos, ansiolíticos y alcohol.

- Estimulantes: cocaína, anfetaminas, cafeína y nicotina.
- Perturbadoras: alucinógenos, derivados del cannabis, alcaloide natural de la belladona y productos sintéticos y disolventes volátiles.

Las drogas pueden clasificarse en función de las restricciones legales establecidas en cada estado particular respecto al consumo, producción y venta de las diferentes sustancias. Así, en la mayor parte de los países occidentales las drogas se clasifican según la normativa legal, del siguiente modo (OMS, 2005):

- Drogas o sustancias lícitas: se ocupan libremente de acuerdo a los deseos de cada consumidor. Por ejemplo, las bebidas alcohólicas y el tabaco.
- Drogas que se utilizan principalmente como medicamento: generalmente se obtienen mediante prescripción médica. En Occidente, su uso va ligado al tratamiento de trastornos del ánimo, trastornos del sueño, enfermedades dolorosas o con el fin de lograr mayor lucidez o concentración (nootrópicos). Por ejemplo, los fármacos, estimulantes menores y la metadona.
- Drogas o sustancias ilícitas: varían de acuerdo a la legislación de cada país. Son aquellas cuyo comercio se considera ilegal, como los derivados cannabis, la heroína y la cocaína. Existen convenciones internacionales que han establecido como prohibido el uso no médico de coriáceos, cannabis, alucinógenos, cocaína y muchos otros estimulantes, al igual que de los hipnóticos y sedantes. Además, los países o jurisdicciones locales han añadido sus propias sustancias prohibidas como por ejemplo bebidas alcohólicas o inhalantes.

Por otro lado, las drogas que se utilizan como fármacos se clasifican según el objetivo con el que se utilicen o la patología que combatan (Lorenzo, P.; Ladero, J.M.; Lizasoain, I. y Leza, J.C., 2003):

- Drogas analgésicas: reducen o inhiben el dolor.
- Drogas anestésicas: producen anestesia generalizada o local. Pueden producir molestias de garganta, náuseas o vómitos, mareos, cefaleas o muerte.

- Drogas sedantes-hipnóticas: su función es la de inducción al sueño. Pueden producir insomnio, ansiedad, confusión, desorientación, depresión respiratoria, pérdida de equilibrio, disminución del juicio o muerte.
- Drogas antidepresivas: producen un alivio en los síntomas de la depresión, la distimia, la ansiedad y en general todos los trastornos del estado de ánimo y la fobia a lo social.
- Drogas antiparkinsonianas: tratan los síntomas de la enfermedad de Parkinson. Producen efectos adversos como hipotensión, arritmias, náuseas, pérdida del cabello, ansiedad, alucinaciones, somnolencia, problemas respiratorios, desorientación, confusión y psicosis.
- Drogas ansiolíticas: se utilizan para el tratamiento de la ansiedad y sus desórdenes. Son considerados tranquilizantes menores. Pueden producir taquicardia, pesadillas o pérdida de la consciencia.
- Drogas anoréxicas: suprimen o reducen el apetito. Suelen utilizarse para reducir peso.
- Drogas euforizantes: inducen a sentimientos de euforia. Los efectos pueden incluir relajación, control del estrés, felicidad o placer.

Drogas nootrópicas: incrementan las funciones mentales, como la cognición, la memoria, la atención o aumentan la motivación o la concentración. Son referidos generalmente como psicoestimulantes.

2.1.4 El cannabis

El cannabis, también conocido como marihuana (entre otros nombres), es originario de Asia Central y del Sur. De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas, se trata de la sustancia ilícita más utilizada en el mundo. La regulación legal del cannabis es diferente en cada país y existen tanto detractores como defensores de su despenalización (Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española, 2014).

El cannabis es una especie herbácea con propiedades psicoactivas. Aunque la principal sustancia psicoactiva del cannabis es el tetrahidrocannabinol (THC), la planta contiene en total cerca de 60 cannabinoides (Sewell, Poling y Sofuoglu, 2009).

Adicionalmente, el THC, lo mismo que otras drogas ilícitas, actúa sobre el sistema nervioso de recompensa (mesocorticolímbico) a través del aumento de liberación de dopamina en el núcleo accumbens (Sewell, Poling y Sofuoglu, 2009).

El cannabis contiene más de 500 compuestos químicos diferentes, entre ellos al menos 113 cannabinoides aparte del THC, tales como el cannabidiol (CBD), el cannabinol (CBN) o la tetrahidrocannabivarina (THCV), que tienen efectos distintos a los del THC, y también actúan en el sistema nervioso (Aizpurua-Olaizola; Soydaner; Öztürk; Schibano; Simsir; Navarro; Etxebarria y Usobiaga (2016).

El consumo de cannabis produce determinados efectos neuropsicológicos, pero afectará de forma diferente en función de los individuos debido a la tolerancia adquirida, diferentes formas de fumar y variaciones de la presentación de la sustancia, lo que produce diferentes absorciones del THC. Esta sustancia afecta principalmente a tareas automáticas (que no requieran control consciente), justamente al contrario que el alcohol. Mediante diversos estudios cognitivos se confirma que la marihuana afecta a la atención, vigilancia, percepción del tiempo y velocidad, repercutiendo en la coordinación motora, en el área visual y principalmente en actividades que requieran atención dividida (Sewell y otros, 2009).

El consumo de cannabis también afecta al estado emocional de los sujetos. En un estudio con simulador (Richer y Bergeron, 2009) observaron que el consumo está vinculado con emocionalidad negativa, así como con búsqueda de sensaciones e impulsividad. Además, como señalan Sewell y otros. (2009), produce una sobreestimación del riesgo percibido, haciendo que los individuos pongan en marcha una serie de conductas de seguridad (abrocharse el cinturón, ir más despacio, guardar más distancia de seguridad, etc.), lo que contribuye a que la conducción sea más segura que bajo el consumo de alcohol, bajo el que se infravalora el riesgo (aumento de la velocidad, no se guardan distancias de seguridad, no se abrocha el cinturón de seguridad...).

2.1.4.1 Efectos que produce

Con respecto a la aparición de trastornos mentales, tales como depresión y ansiedad, los consumidores diarios tienen 5 veces más posibilidades de desarrollarlos que los no-consumidores, mientras que aquellos que son consumidores semanales tienen cerca del doble de posibilidades que los no-consumidores (Patton; Coffrey; Carlin; Degenhardt; Lynskey y Hall, 2002).

Según el National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2016), el consumo de cannabis puede producir efectos a corto y largo plazo:

- ◆ A corto plazo: Cuando una persona fuma la marihuana, el THC pasa rápidamente de los pulmones al torrente sanguíneo. La sangre transporta este químico al cerebro y a otros órganos en el cuerpo. El cuerpo se demora más en absorber el THC cuando la persona come o bebe alimentos con él. En ese caso, los efectos se pueden empezar a sentir entre 30 minutos a una hora después de ingerirlos.

El THC actúa en receptores de células del cerebro específicos que típicamente reaccionan a químicos naturales en el cerebro que se parecen al THC. Estos químicos naturales son parte del desarrollo y del funcionamiento normal del cerebro.

La marihuana produce una reacción excesiva en las partes del cerebro que tienen grandes cantidades de estos receptores. Esta reacción causa el sentirse "dopado". Otros efectos incluyen: percepciones alteradas (por ejemplo, ver colores más brillantes), tener una percepción alterada del tiempo, cambios en el sentido de ánimo, falta de coordinación motriz, dificultad al pensar y resolver problemas y problemas con la memoria.

- ◆ A largo plazo: La marihuana también afecta el desarrollo cerebral. Cuando las personas empiezan a consumir la marihuana durante la adolescencia, la droga puede reducir las facultades mentales para pensar, memorizar y aprender y afectar cómo el cerebro construye ciertas conexiones necesarias para llevar a cabo estas funciones. Los efectos de la marihuana en estas funciones pueden durar mucho tiempo e incluso pueden ser permanentes.

2.1.4.2 Riesgos y consecuencias del consumo de cannabis.

El consumo de la marihuana puede tener una amplia gama de efectos en la salud física y mental (NIDA, 2016):

- Los problemas de respiración. El humo de la marihuana irrita los pulmones, y los fumadores frecuentes de la marihuana pueden tener los mismos problemas respiratorios que experimentan los fumadores de tabaco. Estos problemas incluyen tos y producción crónica de flema, más frecuencia de enfermedades respiratorias y un mayor riesgo de infecciones pulmonares. Hasta el momento, los investigadores no saben si los fumadores de la marihuana tienen un riesgo más alto de contraer cáncer de pulmón.
- La frecuencia cardíaca elevada. La marihuana eleva la frecuencia cardíaca hasta 3 horas después de haberla fumado. Este efecto puede incrementar el riesgo de un ataque al corazón. Las personas de edad avanzada o aquellos con problemas cardíacos pueden tener un riesgo aún más alto.
- Los problemas con el desarrollo del bebé durante y después del embarazo. El consumo de la marihuana durante el embarazo está relacionado con un riesgo más alto de problemas de conducta y problemas con el desarrollo cerebral del bebé. Si una mujer embarazada usa la marihuana, la droga puede afectar el desarrollo de ciertas partes del cerebro del feto. Entre las deficiencias que pueden ser causadas al bebé están el tener dificultad para prestar atención, problemas con la memoria y con la habilidad de resolver problemas. Además, algunas investigaciones han encontrado cantidades moderadas del THC en la leche materna de madres que están amamantando. Los efectos que esto puede tener en el desarrollo del cerebro del bebé todavía no se conocen.

◆ Efectos en la salud mental (NIDA, 2016):

El consumo a largo plazo de la marihuana en algunas personas está relacionado con enfermedades mentales como: alucinaciones temporales, sensaciones e imágenes que parecen reales pero no lo son, paranoia temporal, sentir desconfianza extrema de otras personas sin ninguna razón, empeoramiento de los síntomas en personas con

esquizofrenia (un trastorno mental grave con síntomas tales como alucinaciones, paranoia y pensamiento desorganizado).

El consumo de la marihuana también ha sido conectado a otros problemas de la salud mental, como la depresión, la ansiedad y los pensamientos suicidas entre los adolescentes. Sin embargo, los resultados de las investigaciones varían.

Por otro lado, según el doctor Fernando Caudevilla (2015), el consumo de cannabis puede provocar consecuencia en el sistema cardiovascular: hipotensión ortostática: cuadro de mareo de inicio brusco, acompañado de sudoración y taquicardia que puede llegar a la pérdida completa del conocimiento (síncope). Se conoce de forma coloquial como chungo, amarillo, chino, blanca, pálida, pájara, blancao....

La sequedad de boca es un efecto adverso muy frecuente, sobre todo con determinadas variedades de cannabis. Excepto en afectados por algunas enfermedades (xerostomía o síndrome de Sjögren) es un efecto leve y de poca trascendencia que puede aliviarse con chicles o bebiendo líquido (Caudevilla, 2015).

El enrojecimiento de las conjuntivas (parte blanca del ojo) es otra circunstancia muy común después de utilizar cannabis y es uno de los pocos signos externos que pueden indicar consumo reciente (aunque no es específico y puede aparecer en otras circunstancias: conjuntivitis, irritación ocular...) (Caudevilla, 2015).

2.1.4.3 Epidemiología del consumo

El consumo de drogas representa en el momento actual uno de los problemas con más relevancia a los que se enfrentan muchos países del mundo, no sólo por la enorme magnitud del problema sino también por la gravedad y complejidad de las consecuencias personales y sociales derivadas del mismo (Alguacil, 2000).

El cannabis es la droga ilegal más consumida en los jóvenes. Uno de cada cinco estudiantes de entre 14 y 18 años consumo cannabis según los datos de la última encuesta Escolar del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD, 2000). La cifra supone un aumento del 9% en relación con la cifra registrada en 1998.

Esta situación toma especial relevancia cuando se tiene en consideración que la adolescencia se caracteriza por ser un período evolutivo de la infancia a la madurez donde se producen una cantidad de cambios corporales, afectivos, cognitivos y de valores que junto con un mayor deseo por obtener experiencias novedosas e intensas, por ampliar las redes sociales, la búsqueda de autonomía y de una identidad más definitorias, con sus propios límites, representa un período vital de especial riesgo para el uso/abuso de drogas. Es en esta etapa en la que se realizan los primeros acercamientos a las sustancias adictivas, que se mantienen durante años dando lugar a determinados patrones de consumo que se consolidan en la vida adulta (Graña; Muñoz y Delgado, 2000).

El cannabis es la sustancia ilegal con mayor prevalencia en España, y la tercera sustancia psicoactiva de mayor consumo (para el tramo temporal de consumo en alguna vez en la vida). En Canarias, 1 de cada 3 personas ha consumido cannabis en alguna ocasión (33,8%) encontrando cierta estabilidad en este ámbito con respecto al año 2011. Este porcentaje de consumo es levemente superior al registrado para el total nacional, que se sitúa en el 30,4%, si bien en el año 2011, el diferencial que separaba la prevalencia nacional y la autonómica era más abultado (EDADES, 2013).

2.2 LA ADOLESCENCIA.

Según el NIDA (2012), los niños y los adolescentes empiezan a fumar marihuana por muchas razones, entre las más comunes, la curiosidad y el deseo de formar parte de un grupo social. Algunos tienen un grupo de amigos que consume drogas y los presionan a hacer lo mismo (lo que en inglés se llama “*peer pressure*”). Los jóvenes que ya fuman cigarrillos o beben alcohol también corren un mayor riesgo de fumar marihuana. De igual manera, los niños y los adolescentes que tienen trastornos mentales sin tratar (como el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, trastornos de la conducta o ansiedad) o que han sufrido de abuso físico o sexual, corren un riesgo más elevado de consumir marihuana y otras drogas, y de comenzar a una edad más temprana.

Durante las últimas décadas se ha avanzado considerablemente en la investigación sobre la etiología del abuso de sustancias en la adolescencia, proponiéndose múltiples explicaciones teóricas (Becoña, 1999). El modelo de creencias

de salud de Becker (1974) resalta la importancia de los déficits en los procesos de toma de decisiones. La teoría del aprendizaje social de Bandura (1977) recalca la influencia negativa de los compañeros y de los adultos significativos que actúan como modelos consumidores.

También, el NIDA (2012) indica que para algunos jóvenes, el consumo de drogas comienza como un medio para hacer frente a la ansiedad, la ira, la depresión o el aburrimiento, entre otros. Sin embargo, el consumo de drogas es sólo una manera de evadir los problemas y los retos de crecer. Las investigaciones también sugieren que el consumo de alcohol y drogas por otros miembros de la familia es otro factor importante en determinar si los niños o adolescentes comienzan a consumir drogas. Esto implica que los padres, abuelos y hermanos mayores son los modelos de conducta que los niños tienden a imitar. Es así que todos los aspectos del medio ambiente del adolescente –su casa, escuela y barrio– pueden ayudar a determinar si probará las drogas.

Las investigaciones han mostrado que los períodos claves de riesgo para el abuso de drogas son durante las transiciones mayores en la vida de los niños. La primera transición importante para un niño es cuando deja la seguridad de la familia y va a la escuela por primera vez. Después cuando pasa de la primaria a la escuela media, a menudo experimenta nuevas situaciones académicas y sociales, como aprender a llevarse con un grupo más grande de compañeros. Es en esta etapa –la adolescencia temprana– que hay más probabilidad de que los niños se enfrenten por primera vez a las drogas (NIDA, 2014).

Cuando entran a la secundaria, los adolescentes confrontan más desafíos sociales, emocionales y académicos. Al mismo tiempo, pueden estar expuestos a más drogas, a abusadores de drogas, y a actividades sociales que involucran drogas. Estos desafíos pueden aumentar el riesgo de que abusen del alcohol, del tabaco, y de otras sustancias (NIDA, 2014).

Cuando los adultos jóvenes dejan sus hogares para ir a la universidad o para trabajar y se encuentran solos por primera vez, su riesgo para el abuso de drogas y del alcohol es muy alto. Por lo tanto, también son necesarias las intervenciones para los adultos jóvenes (NIDA, 2014).

2.2.1 Concepto de adolescencia

La adolescencia actual aparece como una categoría estirada cronológicamente hacia ambos extremos. Hacia la infancia porque, como consecuencia de las mejoras en el nivel de vida y de la alimentación, la maduración fisiológica hormonal tiende a adelantarse; y hacia la juventud como consecuencia del estiramiento del período de preparación y formación, y por las escasas oportunidades que encuentran los jóvenes para insertarse socialmente en el mundo adulto. Esta demora en el proceso de emancipación puede provocar, en algunos adolescentes, una prolongación de las crisis por las que atraviesan, sobre todo en el proceso de establecimiento de una identidad adulta (que requiere capacidad de autonomía y proyectos personales), y en sus relaciones con el mundo adulto, representado fundamentalmente por la familia y la escuela (Antona, 2001).

La adolescencia es una de las fases de la vida más fascinantes y quizás más complejas, una época en que la gente joven asume nuevas responsabilidades y experimenta una nueva sensación de independencia. Los jóvenes buscan su identidad, aprenden a poner en práctica valores aprendidos en su primera infancia y a desarrollar habilidades que les permitirán convertirse en adultos atentos y responsables. Cuando los adolescentes reciben el apoyo y el aliento de los adultos, se desarrollan de formas inimaginables, convirtiéndose en miembros plenos de sus familias y comunidades y dispuestos a contribuir. Llenos de energía, curiosidad y de un espíritu que no se extingue fácilmente, los jóvenes tienen en sus manos la capacidad de cambiar los modelos de conducta sociales negativos y romper con el ciclo de la violencia y la discriminación que se transmite de generación en generación. Con su creatividad, energía y entusiasmo, los jóvenes pueden cambiar el mundo de forma impresionante, logrando que sea un lugar mejor, no sólo para ellos mismos sino también para todos (Unicef, 2002).

2.2.2 Etapas de la adolescencia

La adolescencia se divide en etapas que el adolescente atravesará con gran rapidez e inevitablemente (Piaget, 1985):

- Pre adolescencia (de 9-11 años): En esta etapa cualquier experiencia ya sea pensamientos y actividades sin ninguna connotación erótica o sexual se

transforman en estímulos sexuales y tienen función de descarga. Los hombres dirigen su atención a la genitalidad propia, mientras que las mujeres centran su atención en el género opuesto. Hay características también de descargas emocionales, los hombres son hostiles con las mujeres, y ellas en cambio muestran sus capacidades y habilidades masculinas al extremo.

- Adolescencia Temprana (de 12-14 años): La característica principal en esta etapa es el inicio del alejamiento de los objetos primarios de amor (madre-padre) y la búsqueda de nuevos objetos, se establecen nuevas relaciones. El interés se centra en la genitalidad, la adopción de valores, reglas y leyes adquieren cierta independencia de la autoridad parental. El autocontrol amenaza con romperse.
- Adolescencia (de 16-18 años): Aquí, el hallazgo en la mayoría de los casos es un objeto heterosexual, y se abandonan las posiciones bisexuales y narcisistas, característica del desarrollo psicológico de la adolescencia. Ocurren 2 procesos afectivos, el duelo y el enamoramiento, el duelo tiene que ver con la aceptación del alejamiento de los objetos primarios ósea padre-madre, hasta la liberación, y en el proceso del enamoramiento, está el acercamiento a nuevos objetos de amor. La recurrente pregunta del adolescente de ¿Quién soy?, cambia al final de esta etapa por “Este soy yo”.
- Adolescencia tardía (de 19-21 años): Aquí las principales metas del individuo son lograr una identidad del Yo e incrementar la capacidad para la intimidad, se presenta una actitud crítica frente al mundo externo y a los adultos en general, no querer ser como a quienes rechaza y elige un cambio ideal. El mundo interno que ha desarrollado a partir de su infancia servirá de puente para reconectarse con un mundo externo que es nuevo para él a consecuencia de su cambio de estado.
- Pos adolescencia (de 21-24 años): Esta fase es la precondition para el logro de la madurez psicológica, a quienes están en esta etapa se les conoce como adultos jóvenes, las relaciones personales se tornan permanentes, así como la selección del medio donde se quiere interactuar. Se mantiene el énfasis en los valores, los cuales se consolidan de acuerdo con las experiencias pasadas y la planeación del futuro. Es una fase intermedia con la futura etapa de la edad adulta.

La adolescencia, como periodo del desarrollo del ser humano abarca por lo general el periodo comprendido de los 11 a 20 años, en el cual él sujeto alcanza la madurez biológica y sexual; y se busca alcanzar la madurez emocional y social (Papalia y otros, 2001); a su vez la persona asume responsabilidades en la sociedad y conductas propias del grupo que le rodea (Aberastury y Knobel, 1997).

Grinder (1982), sostuvo que de las experiencias de los otros y de su valor, el adolescente infiere un concepto de su propia importancia y status ante los demás. La imagen obtenida del propio cuerpo es producto del aprecio ante el propio desarrollo físico, de la estima proporcionada por los pares respecto a las cualidades físicas y de cómo perciben éstos los estándares de la sociedad.

2.2.3 Relación entre las drogas y la adolescencia

No existe una regla matemática infalible para saber, a simple vista, si un joven consume o no. Cuando lleva un tiempo haciéndolo suele resultar más fácil de detectar, pero al principio no siempre lo es. Pero detectar si los hijos consumen no debe de ningún modo convertirse en una obsesión, aunque lo contrario tampoco parece deseable. Insistimos pues en que el primer problema que pueden tener los adolescentes es de uso y abuso de alcohol y tabaco. Y luego, de cannabis. Son varios los factores que pueden llevar a que aumente la probabilidad de que se produzca la conducta de fumar porros. Vamos a comentarlos: La percepción de que ese comportamiento es normativo, es habitual o usual dentro del grupo de iguales; eso lleva al joven a pensar que es algo bien visto por el grupo, es decir, que no es malo y, además, que si él no lo hace puede sentir que no pertenece plenamente al grupo. En estas edades, en las que se acaba de consolidar la autoestima del joven, la opinión del grupo es muy importante para él (Calafat, A.; Fernández, C.; Juan, M. y Becoña, E., 2004).

Por otra parte, existe la percepción normativa del resto de la sociedad, no sólo del grupo. Si el joven fuma y padres, vecinos, policía, y cuantos le rodean, no le dicen nada, la impresión que se lleva es 'no pasa nada, puedo fumar, que aquí nadie me dice nada'; y, asociado a la permisividad, se encuentra su percepción de las expectativas negativas y positivas, como consecuencia de sus actos. Las expectativas negativas son aquellas que tienen que ver con los riesgos que el joven cree que entraña el consumir; por un lado, tendríamos las internas, los riesgos físicos, lo que él cree que le puede pasar

si fuma y, por otro, las externas, la posibilidad de que, por ejemplo, le impongan una multa o un castigo (Calafat, A.; Fernández, C.; Juan, M. y Becoña, E., 2004).

Por último, estarían las expectativas positivas, es decir, las cosas buenas que el joven espera obtener con el consumo: relajarse, reírse, sentirse integrado en el grupo de amigos, evadirse de los problemas, etc. (Calafat, A.; Fernández, C.; Juan, M. y Becoña, E., 2004).

Según los datos que maneja el Ministerio de Sanidad en su Informe de la Comisión Clínica del Plan Nacional sobre Drogas; el cannabis es la droga ilegal que más se consume en el mundo. Lo mismo sucede en España, donde es también la más extendida y la que se consume a una edad más temprana. Según los últimos estudios, el consumo de esta sustancia ha aumentado considerablemente en los últimos años en nuestro país. Este incremento ha sido especialmente considerable en el caso de los jóvenes de entre 15 y 18 años (Carrión, 2012).

La edad de inicio en el consumo del cannabis es un factor determinante en la evolución de los efectos de esta droga sobre la salud. Los resultados de los distintos estudios permiten afirmar que la adolescencia es un periodo crucial (Carrión, 2012).

Los problemas y trastornos se acentúan cuando el consumo se inicia antes de los 15-16 años, probablemente a causa de que el cannabis produce cambios neurobiológicos durante determinados períodos del desarrollo del cerebro. En los adolescentes, este inicio temprano puede traducirse en un peor rendimiento escolar, aumento del absentismo, abandono prematuro de los estudios y una mayor conflictividad. En España, los datos de la Encuesta Escolar reflejan la relación entre consumo de drogas y fracaso escolar, medido por la repetición de curso. Entre los estudiantes que presentan fracaso escolar, el consumo de drogas, incluido el cannabis, es más elevado que en el otro grupo (Carrión, 2012).

Además, un consumo regular expone al riesgo de la dependencia. Se estima que entre un 7 y un 10% de las personas que han probado el cannabis tienen riesgo de desarrollar un trastorno de dependencia (Carrión, 2012).

2.2.4 Intervención con el menor dependiente del cannabis.

El nuevo perfil de consumidores adolescentes requiere adecuar las estrategias y los métodos de intervención para dar las respuestas adecuadas. La intervención con menores, que genéricamente se podría denominar de “Apoyo a los adolescentes con consumos problemáticos de drogas” se propone como meta conseguir el desarrollo de su personalidad en correspondencia con su etapa evolutiva y en los diferentes ámbitos en los que está inmerso, con el fin de poder establecer un proceso saludable de autonomía integrado en la sociedad. En función del perfil de riesgo del colectivo de menores a atender y de los objetivos a cubrir se distinguen dos niveles de intervención (Arbex, 2002, p.39).

Es importante no olvidar que se trata de adolescentes y por lo tanto todo lo que hacen debe interpretarse en este sentido. Cabe esperar en su comportamiento, dificultades e inquietudes propias de su momento evolutivo. Se trata de observar y escuchar a personas que se rigen por lógicas diferentes a las de los adultos. Un buen abordaje de la adolescencia debe tener siempre presente esta cuestión y tener muy en cuenta sus características evolutivas a la hora de establecer objetivos y criterios metodológicos, ya que sería un error exigirles un nivel de maduración y comportamiento propio de un adulto. Se trata básicamente de acompañar al adolescente en su proceso de crecimiento y maduración y de reorientar su itinerario si es necesario (Arbex, 2002).

El profesional que está apoyando al menor ha de ser dinámico, ya que habrá de ordenar y jerarquizar los objetivos de la intervención en función de los cambios que vaya observando. También ha de tener mucho menor protagonismo que en el modelo tradicional y que cuando interviene con otro tipo de colectivo ya que ha de saber transmitir su mensaje a la familia y al chico/a y saber quedarse al margen. (Funes, 1999).

2.3 LA FAMILIA

La familia, y en particular los padres, juegan un rol determinante en el riesgo de que los niños y adolescentes usen drogas (Becoña y otros, 2012). De hecho en los últimos años los investigadores han comprendido que los programas de salud pública

destinados a la disminución de comportamientos de riesgo en adolescentes deben ir focalizándose, cada vez más, en el rol parental (Bares, Delva, Grogan-Kaylor y Andrade, 2011). Como objeto de estudio la familia debe abordarse desde una perspectiva sistémica; por una parte la estructura (composición, cantidad de integrantes) y por otro lado, la dinámica (afecto, comunicación, participación, resolución de problemas y cumplimiento de normas) (Berbesi y otros, 2013).

2.3.1 Concepto de familia.

Desde una concepción tradicional, se puede observar que “la familia ha sido el lugar primordial donde se comparten y gestionan los riesgos sociales de sus miembros” (Carbonell y otros 2012. p.4).

En contraste con lo anterior y en un sentido aparentemente amplio pero realmente restringido desde el aspecto de los vínculos que le sirven de factor integrador, “la familia es el grupo de personas entre quienes existe un parentesco de consanguinidad por lejano que fuere” (De Pina, 2005, p. 287).

La familia es un grupo de personas formado por individuos unidos, primordialmente, por relaciones de filiación o de pareja (Roche, 2006). El Diccionario de la Lengua Española la define, entre otras cosas, como un grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas, lo que lleva implícito los conceptos de parentesco y convivencia, aunque existan otros modos, como la adopción (Real Academia Española, 2001).

2.3.2 Intervención con la familia del menor dependiente del cannabis

La familia constituye el primer nivel de socialización del individuo, debido a que es el núcleo en el que crece y se desarrolla. El papel de la familia en la educación y en la transmisión de valores a sus hijos es fundamental para la maduración personal. La familia constituye el referente en la conducta para los menores. Por este motivo, la familia debe implicarse en los programas preventivos dirigidos a los menores, ya que juegan un papel primordial en el inicio y el mantenimiento de la conducta en relación al uso de drogas (Carballo y otros, 2004).

Entendemos por intervención familiar la que se realiza con las personas que conviven con el menor, pudiendo incluir por lo tanto a padres, tíos, abuelos, hermanos mayores, etc.... en ocasiones se incorporan personas que, aunque no convivan en la unidad familiar básica, tienen de hecho una influencia importante sobre el menor. La familia y el entorno más próximo del menor son de vital importancia pues es donde tiene lugar el inicio de su integración a la sociedad y su autonomía personal. Es el primer contexto socializador donde el adolescente empieza a adquirir identidad propia, donde se encuentran las figuras de modelaje de las que el niño/a y el adolescente van a aprender las pautas básicas de socialización (Arbex, 2002).

2.3.3 Influencia de la familia en el consumo del menor dependiente del cannabis

Las relaciones de los padres con los adolescentes y la existencia o no de conflictos, están muy condicionadas, no determinadas, por los estilos educativos empleados dentro del contexto familiar (Montañés; Bartolomé; Montañés y Parra, 2008).

Los adolescentes educados por padres democráticos son los que reciben una influencia más positiva de la familia: desarrollan mejores habilidades sociales, son más autónomos y responsables, puntúan mejor en autoestima, tienen una mejor planificación del futuro, trabajan por recompensas a largo plazo, adquieren una moral autónoma, tienen límites y reglas pero también apoyos, y mayor probabilidad de evitar comportamientos de riesgo como tomar drogas o actividades sexuales precoces. Los adolescentes educados por padres autoritarios se caracterizan por lo contrario: pocas habilidades sociales y comunicativas, obediencia y conformidad, poca iniciativa, baja autoestima, moral heterónoma, planificación impuesta y necesidad de refuerzos a corto plazo para el trabajo. Los adolescentes educados por padres indulgentes a veces son menos maduros, más irresponsables, tienen buenas habilidades sociales con los iguales, alta autoestima, nula planificación y trabajo y mayor riesgo de abuso de drogas. Los adolescentes educados por padres negligentes gozan de escasas habilidades sociales, nula planificación, baja autoestima, estrés psicológico y problemas de conducta (Montañés; Bartolomé; Montañés y Parra, 2008).

El ámbito familiar agrupa a un importante grupo de estos factores de riesgo y protección, y por ello, se ha convertido en un campo de aplicación prioritario para la prevención. Efectivamente, existen pruebas crecientes de que la familia juega un papel relevante tanto en la prevención como en el tratamiento del consumo de drogas en jóvenes, bien mediante la reducción del riesgo, bien mediante el incremento de la protección o la resiliencia (Velleman, Templeton, y Copello, 2005). Estas pruebas vienen por dos caminos.

Por un lado, los estudios correlacionales de los factores de riesgo, tanto transversales (Secades, Fernández, Vallejo, y Martín, 2005) como longitudinales (Arteaga, Chen, y Reynolds, 2010; Fallu, Janosz, Brière, Descheneaux, Vitaro, y Tremblay, 2010), han mostrado el relevante papel que juegan las variables familiares en la probabilidad de que aparezcan conductas de consumo o abuso de drogas en los adolescentes.

Por otra parte, las investigaciones sobre la efectividad de las intervenciones familiares suelen corroborar la relevancia de las intervenciones familiares para reducir o retrasar el consumo de drogas en los jóvenes, sobre todo cuando tienen un formato comprensivo y tocan múltiples factores de riesgo y protección, con la intensidad acorde a la gravedad de cada caso (Kumpfer, Alvarado, y Whiteside, 2003).

En el consumo adolescente de drogas se ha comprobado que uno de los predictores más poderosos de consumo es el mantener vínculos más estrechos con los amigos que con la familia, amigos que consumen drogas, que hablan mucho sobre ellas y que muestran actitudes favorables o permisivas hacia las mismas. El papel de la familia, sin embargo, no parece que sea un factor determinante del consumo de drogas por el adolescente. Se ha encontrado correlación, pero no en todos los estudios, entre el consumo adolescente de drogas y ciertas características familiares como el nivel social alto, la conflictividad familiar (padres separados, familia monoparental...), la permisividad familiar, la falta de apoyo familiar y el abuso físico (Calafat, 1999).

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- Conocer las características socio-familiares de los adolescentes dependientes al cannabis.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer el nivel socio-económico familiar.
- Conocer el nivel de estudios de los padres e implicación de los hijos en los mismos.
- Comprobar si el consumo de cannabis se relaciona con el absentismo escolar.
- Conocer las relaciones en el entorno convivencial del/de la menor.
- Conocer las relaciones en el entorno social de los/as adolescentes.
- Conocer antecedentes de consumo en amigos y familia.

4. MÉTODO

A continuación, se presenta la metodología utilizada para llevar a cabo esta investigación cuantitativa y descriptiva y presentar los resultados de la misma, así como las variables, ámbito geográfico, técnicas de recogida y análisis de datos.

4.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES

Se trata de una investigación descriptiva y cuantitativa, pues su objetivo consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción de las actividades, objetos, procesos y personas. Pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan estas.

4.2 VARIABLES

Edad, municipio de residencia, curso académico, convivencia, situación laboral, nivel de estudios, asistencia a clase, notas, repetir curso, paga semanal, frecuencia fiestas, consumo, información consumo, expectativas, relaciones entre la familia, hermanos/as, nivel económico familiar, pautas educativas, participación de los padres en la infancia, normas en casa y conflictos familiares.

4.3 POBLACIÓN, PERIODO TEMPORAL Y ÁMBITO GEOGRÁFICO

La encuesta ha sido realizada a 92 alumnos/as del IES Santa Ana, ubicado en el municipio de Candelaria, con cursos escolares comprendidos entre segundo y cuarto curso de la Educación Secundaria Obligatoria (ESO) y Formación Profesional Básica (FPB), todos ellos menores de edad. Se han desarrollado en dos días entre las horas de clase contando con el apoyo del personal docente que ha permitido que fuera posible.

4.4 TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS

Para la recogida de los datos necesarios para el tema de investigación, se ha llevado a cabo una encuesta en formato papel que se ha distribuido entre los diferentes participantes de manera presencial para comprobar, así, la correcta obtención de los datos requeridos en la misma.

4.5 TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS.

Las técnicas utilizadas para el análisis de los datos obtenidos de la encuesta realizada han sido:

- Google Drive: para el correspondiente vaciado de las respuestas contestadas por los participantes.
- Microsoft Excel: para la organización en tablas de los resultados obtenidos teniendo en cuenta las diferentes variables fundamentales para la resolución de esta investigación.

5. RESULTADOS

Tabla 1: Menores encuestados, consumidores y no consumidores de cannabis, según edad.

Edad						
EDAD	CONSUMIDORES		NO CONSUMIDORES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
13 años	1	3,7	5	7,7	6	6,5
14 años	5	18,5	18	27,7	23	25,0
15 años	7	25,9	25	38,5	32	34,8
16 años	9	33,3	12	18,5	21	22,8
17 años	5	18,5	5	7,7	10	10,9
Total	27	100	65	100	92	100

La encuesta ha sido realizada a 92 jóvenes de entre 13 y 17 años, de los cuáles 27 han probado o son consumidores habituales de cannabis, frente a 65 que nunca lo han probado. De los menores consumidores, la mayoría tiene 15 y 16 años, mientras que de los no consumidores las edades con mayor proporción son 14 y 15 años.

Tabla 2: Menores encuestados, consumidores y no consumidores de cannabis, según municipio de residencia.

Municipio de residencia						
Municipio de residencia	CONSUMIDORES		NO CONSUMIDORES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Arafo	4	14,8	0	0,0	4	4,3
Candelaria	19	70,4	58	89,2	77	83,7
Fasnia	1	3,7	-	-	1	1,1
Güímar	1	3,7	4	6,2	5	5,4
Santa Cruz	2	7,4	3	4,6	5	5,4
	27	100	65	100	92	100

Los municipios de residencia de los alumnos encuestados son: Candelaria (77 menores), Arafo (4 menores), Fasnia (1 menor), Güímar (5 menores) y Santa Cruz (5 menores). El dato más relevante sobre esta variable ha sido en Arafo, ya que de los 4 menores encuestados, todos son consumidores de cannabis. Por otro lado, en Candelaria hemos encontrado 19 menores consumidores (70'4%), en Santa Cruz ha habido dos resultados afirmativos al consumo y, por último, un joven en Güímar. Por último, añadir que el único menor encuestado de la zona de Fasnia es consumidor.

Tabla 3: Menores encuestados, consumidores y no consumidores de cannabis, según curso académico.

Curso						
CURSO	CONSUMIDORES		NO CONSUMIDORES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
2º ESO	6	22,2	15	23,1	21	22,83 %
3º ESO	6	22,2	29	44,6	35	38,04 %
4º ESO	11	40,7	16	24,6	27	29,35 %
FPB	4	14,8	5	7,7	9	9,78 %
	27	100	65	100	92	100,00 %

Con respecto al curso académico actual de los menores encuestados, un 23'83% de los estudiantes pertenece a 2º de la ESO, de los que un 22'2% son consumidores de cannabis. Si nos referimos a 3º de la ESO, contamos con un 38'04% de estudiantes de los cuales consumidores eran un 22'2%. Continuando con 4º de la ESO, un 40'7% de los estudiantes consumen y, por último, un 14'8% de los menores de la Formación Profesional Básica también lo hacen.

Tabla 4: Menores encuestados, consumidores y no consumidores de cannabis, según las personas con las que convive.

Personas con las que convive						
	CONSUMIDORES		NO CONSUMIDORES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Madre	2	7,4	4	5,6	6	6,5
Padre	1	3,7	-	-	1	1,1
Madre, Padre	9	33,3	11	15,5	20	21,7
Hermano/a	-	-	1	1,4	1	1,1
Madre, Hermano/a	4	14,8	2	2,8	2	2,2
Madre, Padre, Hermano/a	5	18,5	43	60,6	48	52,2
Madre, Padre, Abuelo/a	2	7,4	1	1,4	1	1,1
Abuelo/a	-	-	2	2,8	2	2,2
Madre, pareja madre	2	7,4	3	4,2	5	5,4
Madre, pareja madre, hermano/a	-	-	4	5,6	4	4,3
Padre, abuelo/a	1	3,7	-	-	1	1,1
Padre, hermano/a	1	3,7	-	-	1	1,1
	27	100	71	100	92	100

De los menores encuestados, las cifras más altas de convivencia se sitúan en los no consumidores en “padre, madre, hermano/a” (60'6%) y en los consumidores en “padre y madre” (33,3%).

Tabla 5: Menores encuestados, consumidores/as y no consumidores/as de cannabis, según la situación laboral actual de la madre.

Situación laboral actual de tu madre						
	CONSUMIDORES		NO CONSUMIDORES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Empleada	15	55,6	43	66,2	58	63,0
Desempleada	6	22,2	16	24,6	22	23,9
Pensionista	2	7,4	2	3,1	4	4,3
Fallecida	1	3,7	1	1,5	2	2,2
NS/NC	3	11,1	3	4,6	6	6,5
	27	100	65	100	92	100

En lo que respecta a la situación laboral de la madre, un 55'6% de los consumidores aseguran que sus madres están actualmente empleadas, al igual que el 66'2% de los no consumidores. Si aludimos al desempleo, un 22'2% de las madres de los consumidores no desempeñan ninguna actividad remunerada actualmente, al igual que el 24'6% de los no consumidores.

Tabla 6: Menores encuestados, consumidores y no consumidores de cannabis, según la situación laboral actual del padre.

Situación laboral actual de tu padre						
	CONSUMIDORES		NO CONSUMIDORES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Empleado	16	59,3	54	83,1	70	76,1
Desempleado	2	7,4	4	6,2	6	6,5
Pensionista	3	11,1	-	-	3	3,3
Fallecido	3	11,1	-	-	3	3,3
NS/NC	3	11,1	7	10,8	10	10,9
	27	100	65	100	92	100

En cuanto a la situación laboral de la figura paterna, podemos destacar que un 59'3% de los menores consumidores de cannabis aseguran que sus padres están actualmente empleados, tal y como indican también el 83'1% de los no consumidores. Tan solo un 7'4% de consumidores afirmaron que sus padres estaban desempleados frente a un 6'2% de los no consumidores. Un dato relevante que cabe destacar es que entre los menores que no consumen, ni han consumido cannabis nunca, no ha habido ningún resultado en el que el padre sea pensionista o haya fallecido, mientras que de los padres de los consumidores, un 11'1% son pensionistas y un 11'1% han fallecido.

Tabla 7: Menores encuestados, consumidores y no consumidores de cannabis, según el nivel máximo de estudios de la madre.

Nivel máximo de estudios de tu madre						
	CONSUMIDORES		NO CONSUMIDORES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Sin estudios	-	-	-	-	-	-
Primarios	1	3,7	5	7,7	6	6,5
Secundarios	4	14,8	12	18,5	16	17,4
Bachillerato	8	29,6	20	30,8	28	30,4
Universitarios	9	33,3	18	27,7	27	29,3
NS/NC	5	18,5	10	15,4	15	16,3
	27	100	65	100	92	100

Los menores encuestados han asegurado en mayor proporción que sus madres tienen un nivel máximo de estudios de bachillerato (30'4%) o estudios universitarios (29'3%). Cabe destacar que un 29'6% de los menores consumidores tienen madres con estudios de bachillerato y un 33'3% de estudios universitarios. Del mismo modo, un 30'8% de no consumidores aseguraron que sus madres habían cursado bachiller y un 27'7% estudios universitarios. Un dato relevante es que, de las madres de los 92 encuestados, ninguna carece de estudios y tan solo un total de 6 tienen solo estudios primarios.

Tabla 8: Menores encuestados, consumidores y no consumidores de cannabis, según el nivel máximo de estudios del padre.

Nivel máximo de estudios de tu padre						
	CONSUMIDORES		NO CONSUMIDORES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Sin estudios	1	3,7	-	-	1	1,1
Primarios	3	11,1	3	4,6	6	6,5
Secundarios	5	18,5	9	13,8	14	15,2
Bachillerato	10	37,0	20	30,8	30	32,6
Universitarios	4	14,8	16	24,6	20	21,7
NS/NC	4	14,8	17	26,2	21	22,8
	27	100	65	100	92	100

Con respecto al nivel de estudios de la figura paterna, tanto los consumidores como los no consumidores han coincidido en mayor proporción en que sus padres han finalizado los estudios de bachillerato (67'8%). Si nos fijamos en el segundo dato más relevante, un 18'5% de los consumidores aseguraron que sus padres tenían estudios

secundarios frente a un segundo puesto en estudios universitarios por parte de los no consumidores (24'6%)

Tabla 9: Menores encuestados, consumidores y no consumidores de cannabis, según la asistencia a clase.

Normalmente, ¿asistes a clase con regularidad?						
	CONSUMIDORES		NO CONSUMIDORES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
SI	27	100	64	98,5	91	98,9
NO	-	-	-	-	-	-
NS/NC	-	-	1	1,5	1	1,1
	27	100	1	100	92	100

Si aludimos a la variable de asistencia a clase, sorprende conocer que el 100% de los menores encuestados, independientemente de consumir o no cannabis, aseguran acudir con regularidad.

Tabla 10: Menores encuestados, consumidores y no consumidores de cannabis, según el motivo por el que faltan.

Cuando faltas, ¿cuál es el motivo principal?						
	CONSUMIDORES		NO CONSUMIDORES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Consulta médica o enfermedad	22	81,5	57	87,7	79	85,9
No tengo ganas de ir	2	7,4	3	4,6	5	5,4
Día que falta mucha gente	1	3,7	-	-	1	1,1
Asuntos familiares	1	3,7	-	-	1	1,1
NS/NC	1	3,7	5	7,7	6	6,5
	27	100	65	100	92	100

Con referencia al motivo de ausencia principal, un 81'5% de los consumidores aseguraron que, en caso de tener que faltar a clase, la causa es consulta médica o enfermedad, frente a un 87'7% de los no consumidores. En 12% justificaron su falta con que no tenían ganas de ir, de los cuales un 7'4% son consumidores y el 4,6% restante no lo son.

Tabla 11: Menores encuestados, consumidores y no consumidores de cannabis, según las notas que sacan habitualmente.

¿Qué notas sacas habitualmente?						
	CONSUMIDORES		NO CONSUMIDORES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Suspense	2	7,4	1	1,5	3	3,3
Aprobado	5	18,5	13	20,0	18	19,6
Bien	9	33,3	23	35,4	32	34,8
Notable	10	37,0	18	27,7	28	30,4
Sobresaliente	1	3,7	8	12,3	9	9,8
NS/NC	-	-	2	3,1	2	2,2
	27	100	65	100	92	100

Respecto a las notas que suelen sacar habitualmente, tanto consumidores como no consumidores han situado sus datos más relevantes entre un bien y un notable. De ellos, un 33'3% de los consumidores optaron al bien frente a un 37% que obtuvo un notable. Si consideramos a los no consumidores, un 35'4% de ellos suele obtener un bien mientras que un 27'7% alcanza el sobresaliente. Los suspensos son un 7'4% entre los consumidores y un 1'5% de los no consumidores; algo parecido ocurre en los sobresalientes, ya que en los no consumidores son el 12'3% y en los consumidores el 3'7%.

Tabla 12: Menores encuestados, consumidores y no consumidores de cannabis, según si han repetido alguna vez.

¿Has repetido curso alguna vez?						
	CONSUMIDORES		NO CONSUMIDORES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
No	18	66,7	49	75,4	67	72,8
Sí, una vez	5	18,5	11	16,9	16	17,4
Sí, dos veces o más	4	14,8	5	7,7	9	9,8
	27	100	65	100	92	100

En los no consumidores no han repetido el 75'4% y en los consumidores el 66'7%.

Tabla 13: Menores encuestados, consumidores y no consumidores de cannabis, según el dinero del que disponen semanalmente.

¿de cuánto dinero dispones a la semana para tus gastos personales?						
	CONSUMIDORES		NO CONSUMIDORES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
No dispongo de dinero	5	18,5	14	21,5	19	20,7
Entre 10€ y 20€	10	37,0	15	23,1	25	27,2
Menos de 10€	5	18,5	22	33,8	27	29,3
Más de 20€	4	14,8	9	13,8	13	14,1
NS/NC	3	11,1	5	7,7	8	8,7
	27	100	65	100	92	100

Entre los consumidores parece existir una mayor disponibilidad de dinero. Así, los que disponen entre 10 y 20€ y más de 10€ suman el 51'5%. en el caso de los no consumidores, estos suponen un 36'9%. los consumidores tienen mayor disponibilidad de dinero.

Tabla 14: Menores encuestados, consumidores y no consumidores de cannabis, según si salen o no de fiesta con frecuencia.

¿Sales de fiesta con frecuencia?						
	CONSUMIDORES		NO CONSUMIDORES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Si	11	40,7	12	18,5	23	25,0
No	16	59,3	52	80,0	68	73,9
NS/NC	-	-	1	1,5	1	1,1
	27	100	65	100	92	100

El 73'9% de los menores encuestados indican que no salen con frecuencia de fiesta. Se observan diferencias entre los consumidores y los no consumidores, ya que estos últimos salen de fiesta en menor porcentaje (18'5%). en los consumidores salen con frecuencia de fiesta en un 40'7%.

Tabla 15: Menores encuestados, consumidores y no consumidores de cannabis, según la hora a la que vuelven cuando salen.

Cuando sales de fiesta, ¿a qué hora sueles volver?						
	CONSUMIDORES		NO CONSUMIDORES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
No salgo	8	29,6	34	52,3	42	45,7
Entre las 12 y la 1	3	11,1	9	13,8	12	13,0
Entre la 1 y las 2	2	7,4	5	7,7	7	7,6
Después de las 2	7	25,9	6	9,2	13	14,1
NS/NC	7	25,9	11	16,9	18	19,6
	27	100	65	100	92	100

De los menores encuestados en relación a la hora de regreso a casa cuando salen de fiesta, señala que del total un 45'7% indica no salir de fiesta. En el caso de los consumidores el 29'6% no sale de fiesta y este aumenta hasta el 52'3% en el caso de los no consumidores.

Tabla 16: Menores encuestados según si han consumido o no cannabis alguna vez en la vida.

¿Has consumido cannabis alguna vez en la vida?						
	CONSUMIDORES		NO CONSUMIDORES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Si	24	88,9	-	-	24	26,1
No	-	-	65	100	65	70,7
Soy consumidor habitual	3	11,1	-	-	3	3,3
NS/NC	-	-	-	-	-	0,0
	27	100	65	100	92	100

De los 92 menores encuestados para esta investigación, 24 han consumido alguna vez en la vida, 3 son consumidores habituales y 65 no han consumido nunca.

Tabla 17: Menores encuestados según a la edad a la que probaron el cannabis.

¿A qué edad lo probaste?						
	CONSUMIDORES		NO CONSUMIDORES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Nunca lo he probado	-	-	64	98,5	64	69,6
Entre los 10 y los 13	10	37,0	-	-	10	10,9
Entre los 14 y 17	17	63,0	-	-	17	18,5
NS/NC	-	-	1	1,5	1	1,1
	27	100	65	100	92	100

Dejando al margen a los 65 encuestados que no consumen y centrándonos en los 27 que sí, determinamos que la edad predominante a la que probaron el cannabis fue entre los 14 y 17 años, tal y como aseguraron el 63%. El resto (37%) lo probaron entre los 10 y los 13 años.

Tabla 18: Menores encuestados, consumidores y no consumidores de cannabis, según si algún miembro de su núcleo familiar consume cannabis.

¿Algún miembro de tu núcleo familiar consume cannabis?						
	CONSUMIDORES		NO CONSUMIDORES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Padre	1	3,7	1	1,5	2	2,2
Hermanos	2	7,4	1	1,5	3	3,3
Primo	2	7,4	-	-	2	2,2
Abuelo/a	-	-	1	1,5	1	1,1
Tío/a	-	-	1	1,5	1	1,1
Ningún miembro	13	48,1	29	44,6	42	45,7
NS/NC	9	33,3	32	49,2	41	44,6
	27	100	65	100	92	100

Entre los consumidores, el 18% tienen algún miembro de la familia consumidor de cannabis y entre los no consumidores representa un 6%.

Tabla 19: Menores encuestados, consumidores y no consumidores de cannabis, según el motivo que creen que lleva a consumir cannabis.

¿Cuál crees que es el motivo más común que lleva a una persona a consumir cannabis?						
	CONSUMIDORES		NO CONSUMIDORES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Curiosidad	11	40,7	14	21,5	25	27,2
Problemas	5	18,5	23	35,4	28	30,4
Amistades	7	25,9	25	38,5	32	34,8
Hacerse el guay	-	-	1	1,5	1	1,1
Ansiedad	-	-	1	1,5	1	1,1
NS/NC	4	14,8	1	1,5	5	5,4
	27	100	65	100	92	100

Los motivos por lo que los encuestados creen que se llega a consumir cannabis destaca las amistades (34'8%) seguido de los problemas (30'4%) y curiosidad (27'2%). En el caso de los consumidores los motivos se reparten de forma diferente, así en primer lugar está la curiosidad (40'7%), después las amistades (25'9%) y los problemas (18'5%). en los consumidores, primero las amistades (38'5%), después los problemas (35'4%) y por último la curiosidad (21'5%).

Tabla 20: Menores encuestados, consumidores y no consumidores de cannabis, según si conocen a alguien que consuma de forma habitual.

¿Conoces a alguien que consuma cannabis de forma habitual?						
	CONSUMIDORES		NO CONSUMIDORES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Si	24	88,9	35	53,8	59	64,1
No	3	11,1	29	44,6	32	34,8
NS/NC	-	-	1	1,5	1	1,1
	27	100	65	100	92	100

Los consumidores conocen a más personas que consuman (88'9%) y los no consumidores conocen menos (53'8%).

Tabla 21: Menores encuestados, consumidores y no consumidores de cannabis, según si consideran fácil dejar el consumo de cannabis.

¿Crees que es posible dejar de consumir cannabis fácilmente?						
	CONSUMIDORES		NO CONSUMIDORES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Si	13	48,1	17	26,2	30	32,6
No	14	51,9	37	56,9	51	55,4
NS/NC	-	-	11	16,9	11	12,0
	27	100	65	100	92	100

Los consumidores consideran en un 48'1% que dejar de consumir cannabis es fácil, frente a los no consumidores que en un 56'9% no creen que lo sea.

Tabla 22: Menores encuestados, consumidores y no consumidores de cannabis, según si les han hablado de las consecuencias de consumir cannabis en casa.

¿Te han hablado en casa sobre las consecuencias de consumir drogas?						
	CONSUMIDORES		NO CONSUMIDORES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Si	27	100	54	83,1	81	88,0
No	-	-	8	12,3	8	8,7
NS/NC	-	-	3	4,6	3	3,3
	27	100	65	100	92	100

Al 88% le han hablado de las consecuencias: el 100% de los consumidores y el 83'1% de los no consumidores.

Tabla 23: Menores encuestados, consumidores y no consumidores de cannabis, según si les han hablado de las consecuencias de consumir cannabis en el centro escolar.

¿Y en tu centro escolar?						
	CONSUMIDORES		NO CONSUMIDORES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Si	25	92,6	61	93,8	86	93,5
No	1	3,7	2	3,1	3	3,3
NS/NC	1	3,7	2	3,1	3	3,3
	27	100	65	100	92	100

Un 92'6% de los consumidores encuestados ha asegurado haber recibido información sobre las consecuencias de consumo de cannabis en su centro escolar, al igual que el 93'8% de los no consumidores. Por ello, concluimos que, por lo general, la mayoría de encuestados ha recibido información al respecto.

Tabla 24: Menores encuestados, consumidores y no consumidores de cannabis, según si aceptarían consumir cannabis para ser aceptados en un grupo.

¿Aceptarías consumir cannabis para ser aceptado/a en un grupo?						
	CONSUMIDORES		NO CONSUMIDORES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Si	1	3,7	2	3,1	3	3,3
No	23	85,2	61	93,8	84	91,3
NS/NC	3	11,1	2	3,1	5	5,4
	27	100	65	100	92	100

Favorablemente, los datos han reflejado que un 91'3% dice que no aceptarían consumir cannabis para ser aceptados en un grupo, frente a un 3'3% que sí lo haría.

Tabla 25: Menores encuestados, consumidores y no consumidores de cannabis, según si creen que el consumo de cannabis fomenta el absentismo escolar.

¿Crees que consumir cannabis fomenta el absentismo escolar?						
	CONSUMIDORES		NO CONSUMIDORES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Si influye	12	44,4	47	72,3	59	64,1
No influye	13	48,1	9	13,8	22	23,9
NS/NC	2	7,4	9	13,8	11	12,0
	27	100	65	100	92	100

Los menores consumidores de cannabis concluyeron en un 44'4% que el consumo fomenta el absentismo escolar, frente a un 48'1% que consideró que no influye. Por otro lado, el 72'3% de los no consumidores cree que sí influye frente a un 13'8 que pensaba que no.

Tabla 26: Menores encuestados, consumidores y no consumidores de cannabis, según las expectativas que tienen los padres sobre ellos.

¿Cómo son las expectativas que tienen tus padres de ti?						
	CONSUMIDORES		NO CONSUMIDORES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Bajas	-	-	-	-	-	-
Muy bajas	-	-	-	-	-	-
Medias	5	18,5	9	13,8	14	15,2
Altas	12	44,4	29	44,6	41	44,6
Muy altas	10	37,0	21	32,3	31	33,7
NS/NC	-	-	6	9,2	6	6,5
	27	100	65	100	92	100

En relación a las expectativas que tienen los padres sobre los alumnos encuestados y desde la visión de los segundos, un 44'4% de los consumidores y un 44'6% de los no consumidores coincidieron en que son altas, seguidos de un 37% (consumidores) que aseguraron que son muy altas, al igual que el 32'3% de los no consumidores.

Tabla 27: Menores encuestados, consumidores y no consumidores de cannabis, según la relación entre los miembros del núcleo familiar.

¿Cómo es la relación entre los miembros de tu núcleo familiar?						
	CONSUMIDORES		NO CONSUMIDORES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Buena	11	40,7	26	40	37	40,2
Muy buena	15	55,6	38	58,5	53	57,6
Mala	1	3,7	-	-	1	1,1
Muy mala	-	-	-	-	-	-
NS/NC	-	-	1	1,5	1	1,1
	27	100	65	100	92	100

La mayoría de los resultados han indicado que las relaciones entre los miembros de los núcleos familiares de los encuestados es muy buena (55'6% de los consumidores y 58'5% de los no consumidores). Seguido de este dato, un 40'7% de consumidores aseguró que es buena, tal y como lo hicieron el 40% de los no consumidores.

Tabla 28: Menores encuestados, consumidores y no consumidores de cannabis, según los hermanos que tiene.

¿Cuántos/as hermanos/as tienes?						
	CONSUMIDORES		NO CONSUMIDORES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Uno	11	40,7	34	52,3	45	48,9
Dos	1	3,7	15	23,1	16	17,4
Tres	5	18,5	1	1,5	6	6,5
Más de tres	2	7,4	-	-	2	2,2
No tengo hermanos	8	29,6	14	21,5	22	23,9
NS/NC	-	-	1	1,5	1	1,1
	27	100	65	100	92	100

Resulta curioso que el 48'9% encuestados aludieron tener un solo hermano (un 40'7% consumidores y un 52'3% no consumidores). Con respecto a los consumidores, el siguiente dato que predomina es que no tienen hermanos (29'6%), frente a los no consumidores que aseguraron tener dos hermanos (23'1%).

Tabla 29: Menores encuestados, consumidores y no consumidores de cannabis, según el nivel económico familiar actual.

¿Cuál es el nivel económico familiar actualmente?						
	CONSUMIDORES		NO CONSUMIDORES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Bajo	2	7,4	4	6,2	6	6,5
Muy bajo	1	3,7	-	-	1	1,1
Medio	15	55,6	40	61,5	55	59,8
Alto	6	22,2	17	26,2	23	25,0
Muy alto	3	11,1	1	1,5	4	4,3
NS/NC	-	-	3	4,6	3	3,3
	27	100	65	100	92	100

El nivel económico familiar actual predominante es el medio, según el 55'6% de los consumidores y el 61'5% de los no consumidores. A estos datos le sigue un nivel económico alto en un 22'2% de los casos de consumo y un 26'2% en los de no consumo. Solo un 7'4% de consumidores y un 6'2% aseguraron tener un nivel económico bajo, frente a un 11'1% de consumidores y 1'5% de no consumidores con nivel muy alto.

Tabla 30: Menores encuestados, consumidores y no consumidores de cannabis, según si existen pautas educativas en la familia.

¿Existen pautas educativas en tu familia?						
	CONSUMIDORES		NO CONSUMIDORES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Si	20	74,1	53	81,5	73	79,3
No	3	11,1	6	9,2	9	9,8
NS/NC	4	14,8	6	9,2	10	10,9
	27	100	65	100	92	100

El 79'3% de los encuestados indican que en su familia existen pautas educativas y un 9'8% señalan que "no". En el caso de los consumidores, el porcentaje de "sí" existen es de 74'1% y "no" 11'1%. Para los no consumidores el porcentaje de "sí" existen pautas educativas es un poco más elevado (81'5%) y menor el de "no" (9'2%).

Tabla 31: Menores encuestados, consumidores y no consumidores de cannabis, según si sus padres participaban en su vida infantil.

Cuando eras pequeño/a, ¿tus padres participaban en tu vida infantil?						
	CONSUMIDORES		NO CONSUMIDORES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Si	26	96,3	60	92,3	86	93,5
No	1	3,7	2	3,1	3	3,3
NS/NC	-	-	3	4,6	3	3,3
	27	100	65	100	92	100

Un 92'5% de los encuestados aseguró que sus padres participaban en su vida infantil, de los cuales un 96'3% son consumidores, habiendo por tanto un único consumidor con el cual sus padres no se implicaban. En el caso de los no consumidores, solo el 3'1% de ellos contestaron que no, por lo que en general todos han disfrutado de la presencia e implicación de sus padres en sus vidas.

Tabla 32: Menores encuestados, consumidores y no consumidores de cannabis, según si hay normas fijadas en casa.

En tu casa, ¿hay normas fijadas?						
	CONSUMIDORES		NO CONSUMIDORES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Si	23	85,2	51	78,5	74	80,4
No	4	14,8	9	13,8	13	14,1
NS/NC	-	-	5	7,7	5	5,4
	27	100	65	100	92	100

En la mayoría de los casos encontramos que sí hay normas fijadas en casa, concretamente un 80'4% de los encuestados de los cuales un 85'2% son consumidores. Una minoría de 14'8% de consumidores aseguró no tener normas en casa frente a un 13'8% de los no consumidores.

Tabla 33: Menores encuestados, consumidores y no consumidores de cannabis, según si se producen conflictos familiares habitualmente.

¿Se producen conflictos familiares habitualmente?						
	CONSUMIDORES		NO CONSUMIDORES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Si	3	11,1	7	10,8	10	10,9
No	23	85,2	54	83,1	77	83,7
NS/NC	1	3,7	4	6,2	5	5,4
	27	100	65	100	92	100

En un 83'7% de los casos no existen conflictos familiares habitualmente, de los cuales un 85'2% se corresponden con encuestados consumidores. Tan solo un 10'9% aseguraron que sí se producen conflictos (11'1% consumidores y 10'8% no consumidores).

Tabla 34: Menores encuestados, consumidores y no consumidores de cannabis, según si son persona solitarias o amigables.

¿Eres una persona solitaria o amigable?						
	CONSUMIDORES		NO CONSUMIDORES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Solitaria	1	3,7	9	13,8	10	10,9
Amigable	25	92,6	55	84,6	80	87,0
NS/NC	1	3,7	1	1,5	2	2,2
	27	100	65	100	92	100

En la mayoría de los casos, los encuestados se consideran personas amigables (92'6% consumidores y 84'6% no consumidores), por lo que contamos con un 3'7% de consumidores y un 13'8% de no consumidores que se calificaron de solitarios.

Tabla 35: Menores encuestados, consumidores y no consumidores de cannabis, según si consideran que la adquisición de drogas es fácil.

¿Consideras que la adquisición de drogas es algo fácil actualmente?						
	CONSUMIDORES		NO CONSUMIDORES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Si	24	88,9	50	76,9	74	80,4
No	3	11,1	10	15,4	13	14,1
NS/NC	-	-	5	7,7	5	5,4
	27	100	65	100	92	100

En el caso de los consumidores, un 88'9% aseguraron que la adquisición de drogas es algo fácil, al igual que lo hicieron el 76'9% de los no consumidores. Por tanto, podemos decir que un 14'1% de los encuestados consideró que no es fácil conseguir drogas, de los cuales un 11'1% son consumidores.

Tabla 36: Menores encuestados, consumidores y no consumidores de cannabis, según si les han informado lo suficiente sobre las drogas.

¿Te han informado lo suficiente sobre las drogas?						
	CONSUMIDORES		NO CONSUMIDORES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Si, perfectamente	16	59,3	35	53,8	51	55,4
Si, lo suficiente	7	25,9	23	35,4	30	32,6
Solo a medias	4	14,8	4	6,2	8	8,7
No, estoy mal informado/a	-	-	1	1,5	1	1,1
NS/NC	-	-	2	3,1	2	2,2
	27	100	65	100	92	100

Un 55'4% de los encuestados (59'3% consumidores y 53'8% no consumidores) aseguraron estar perfectamente informados sobre las drogas, seguidos de un 32'6% (25'9% consumidores y 35'4% no consumidores) que consideran saber lo suficiente. Tan solo un 8'7% de los casos (de los cuales un 14'8% son consumidores) creyeron estar informados solo a medias y un único resultado reflejó no estar informado (no consumidor).

Tabla 37: Menores encuestados, consumidores y no consumidores de cannabis, según las vías de aprendizaje sobre el tema de las drogas.

¿Cuáles han sido tus vías de aprendizaje sobre el tema de las drogas?						
	CONSUMIDORES		NO CONSUMIDORES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Centro educativo	19	51,4	59	36,4	78	39,2
En casa	3	8,1	71	43,8	74	37,2
En la calle	9	24,3	17	10,5	26	13,1
Internet	5	13,5	14	8,6	19	9,5
Otro (especificar)	1	2,7	-	-	1	0,5
NS/NC	-	-	1	0,6	1	0,5
	37	100	162	100	199	100

En primer lugar, con respecto a las vías de aprendizaje sobre el tema de las drogas, existen discrepancias entre consumidores y no consumidores. Los primeros reflejaron principalmente el centro educativo (51'4%), mientras que los segundos señalan haber aprendido en casa (un 43'8%). En segundo lugar, un 24'3% de los consumidores aludieron haber aprendido en la calle, mientras que los no consumidores sitúan en el segundo puesto al centro educativo en un 36'4% de los casos.

6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Según el NIDA (2012), los niños y adolescentes empiezan a fumar marihuana por muchas razones, entre las más comunes la curiosidad y el deseo de formar parte de un grupo. Algunos tienen amigos que consumen drogas y los presionan a hacer lo mismo. Los jóvenes que ya fuman cigarrillos o beben alcohol también corren un mayor riesgo de fumar marihuana.

Esta investigación se relaciona con la teoría del NIDA (2012) en cuanto a las razones de consumo, ya que hemos podido contrastar que un 40'7% de los consumidores encuestados consideró que el motivo que lleva a consumir es la curiosidad, frente a un 25'9% que responsabilizó a las amistades. Cabe destacar que, en contraste a lo mencionado, un 85'2% de los consumidores aseguró que no aceptaría fumar cannabis para ser aceptado en un grupo.

Con respecto al consumo en amistades, un 88'9% de los encuestados consumidores de cannabis conoce a alguien que consuma de forma habitual, aunque en la mayoría de los casos aseguran que ningún miembro de su familia consume. Por otro lado, el NIDA (2012) expuso que los jóvenes bebedores de alcohol corren más riesgo, lo que podemos rebatir pues un 59'3% de consumidores no sale de fiesta con frecuencia.

Además, Bandura (1977) recalcó en su teoría de aprendizaje social la influencia negativa de los compañeros y de los adultos significativos que actúan como modelos consumidores. Aludiendo a las amistades contamos con que muchos de los consumidores conocen a otras personas consumidoras habituales, pero no ocurre lo mismo en el caso de las familias.

Las investigaciones del NIDA (2014) han mostrado que los periodos clave de riesgo para el abuso de drogas son durante las transiciones mayores en la vida de los niños. En la etapa de la adolescencia cuando hay más probabilidad de que los niños se enfrenten por primera vez a las drogas. Esta teoría está estrechamente relacionada con la presente investigación, ya que los resultados han demostrado que el 63% de los consumidores lo probaron entre los 14 y 17 años frente a un 37% que lo hizo entre los 10 y 13.

La familia y, en particular, los padres, juegan un rol determinante en el riesgo de que los niños y adolescentes usen drogas (Becoña y otros, 2012). De hecho en los últimos años los investigadores han comprendido que los programas de salud pública destinados a la disminución de comportamiento de riesgo en adolescentes deben ir focalizándose, cada vez más, en el rol parental (Bares, Delva, Grogan-Kaylor y Andrade, 2011). Como objeto de estudio la familia debe abordarse desde una perspectiva sistémica, por una parte la estructura (composición, cantidad de integrantes) y por otro lado, la dinámica (afecto, comunicación, participación, resolución de problemas y cumplimiento de normas) (Berbesí y otros, 2013).

En el consumo adolescente de drogas se ha comprobado que uno de los predictores más poderosos de consumo es el mantener vínculos más estrechos con los amigos que con la familia, amigos que consumen drogas, que hablan mucho sobre ellas y que muestran actitudes favorables o permisivas hacia las mismas. El papel de la familia, sin embargo, no parece que sea un factor determinante del consumo de drogas por el adolescente. Se ha encontrado correlación, pero no en todos los estudios, entre el consumo adolescente de drogas y ciertas características familiares como el nivel social alto, la conflictividad familiar (padres separados, familia monoparental...), la permisividad familiar, la falta de apoyo familiar y el abuso físico (Calafat, 1999).

Con respecto a la teoría de Bares, Delva, Grogan-Kaylor y Andrade (2011), podemos destacar que de 27 casos de consumo en esta investigación, en 13 de los casos ningún miembro de la familia consume y al 100% de ellos les han hablado en casa sobre las consecuencias de consumir cannabis, por lo que quizás sea el momento de empezar a derribar los mitos tradicionales existentes hasta el momento.

Por otro lado, contamos con que los menores dependientes del cannabis viven en un 33'3% de los casos con su padre y su madre y aseguran que la relación es buena (40'7%) o muy buena (55'6%), por lo que aparentemente la composición del núcleo familiar no es el motivo que conduce a los jóvenes al consumo. Además, en la mayoría de los casos el nivel económico familiar actual es medio o alto, existen pautas educativas en la familia y normas fijadas en casa, expectativas altas o muy altas por parte de los padres hacia sus hijos y en un 96'3% de los casos los padres se han

implicado y participado en la vida infantil de sus hijos, por lo que tampoco sería esta la causa de dichas conductas.

El ámbito familiar agrupa a un importante grupo de factores de riesgo y protección, y por ello se ha convertido en un campo de aplicación prioritario para la prevención. Efectivamente, existen pruebas crecientes de que la familia juega un papel relevante tanto en la prevención como en el tratamiento del consumo de drogas en jóvenes, bien mediante reducción del riesgo o mediante el incremento de la protección o resiliencia (Velleman, Templeton y Copello, 2005).

Frente a la anterior mención, es importante destacar que los adolescentes consumidores consideran mayormente estar perfectamente informado sobre las drogas y aseguran haber recibido información sobre ellas en casa. Por lo tanto, vemos que los padres han intentado de alguna manera prevenir la situación de consumo y, probablemente, desconozcan los hábitos de sus hijos.

El consumo de cannabis crece ligeramente en España ya que hasta el 7,3% de la población, unos 2,2 millones de personas de 15 a 64 años, afirma haberlo fumado en el último mes, en comparación con el 6,6% en 2013. Además, un 2,1% dice consumirlo a diario.

Así, de los últimos datos de la Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES) del Ministerio de Sanidad, a partir de 22.541 encuestas realizadas entre diciembre de 2015 y abril de 2016, que también muestra una estabilización del consumo de hipnosedantes (que había crecido en la última década) y del de tabaco, mientras que baja ligeramente el de alcohol.

Podemos concluir que, pese a los mitos que han rodeado durante años el entorno del consumo, muchos de ellos ya han pasado a la historia. Un bajo nivel de estudios de los padres, un mal nivel económico, absentismo escolar, la desinformación o el desempleo de los miembros del núcleo familiar han ido ligados al inicio de consumo en adolescentes, pero tras esta investigación hemos determinado que los jóvenes consumidores de cannabis viven por lo general con sus padres, obtienen buenas notas, tienen un nivel económico medio-alto, no faltan a clase salvo consulta médica o

enfermedad, están perfectamente informados desde sus casas y centro educativo y sus padres están empleados.

Poco a poco hemos descubierto que a medida que pasan los años, el consumo de cannabis se ha ido viendo por la sociedad como algo normalizado, que ya no entiende de factores tradicionales para iniciarse sino que incluso en contextos adecuados se produce el consumo.

Con lo presentado anteriormente, podemos asegurar que los menores encuestados que consumen cannabis tienen entre 15 y 16 años, viven con su madre y su padre, ambos empleados y cuyos estudios finalizados son universitarios y Bachillerato respectivamente. Por otro lado, contamos con que los menores consumidores asisten a clase con regularidad, cuando faltan lo hacen por consulta médica o enfermedad y sacan notas entre bien y notable, no habiendo repetido nunca.

Cabe destacar que estos adolescentes reciben entre 10 y 20€ semanales para sus gastos personales, pero aseguran no salir de fiesta con frecuencia, por lo que impacta que personas entre 13 y 17 años dispongan de esas cantidades. La mayoría probó el cannabis por primera vez entre los 14 y los 17 años y afirman que ningún miembro de su familia consume, aludiendo a la curiosidad como el motivo principal por el que lo han probado.

Casi todos aseguran estar perfectamente informados sobre las drogas en casa y, principalmente, en el centro educativo, pero pese a ello consumen aunque afirman que no lo harían nunca por aceptación; aunque garantizan que la adquisición de drogas es algo fácil en la actualidad. Los conflictos familiares no son algo habitual en el perfil de los menores consumidores de cannabis, quienes se consideran amigables en su mayoría.

Las expectativas de los padres son altas y las relaciones en el núcleo familiares muy buenas. La mayoría aseguró tener solo un hermano y un nivel económico medio, existiendo pautas educativas en la familia y normas en casa. Además, todos aseguraron que sus padres tuvieron implicación en sus vidas infantiles.

El patrón de consumo de cánnabis entre los adolescentes y jóvenes responde mayoritariamente a las siguientes pautas: al igual que ocurre con el alcohol, el consumo

se realiza habitualmente en grupo y en contextos de tipo recreativo (los fines de semana), el contacto con el cánnabis se produce en edades muy tempranas, en torno a los 15 años en el caso de los adolescentes, aunque mayoritariamente los adolescentes y jóvenes consumen de forma experimental u ocasional estas sustancias, un porcentaje creciente de ellos mantiene un contacto más o menos continuado y prolongado con el cánnabis; el hecho de que los adolescentes prueben el cánnabis tiene más importancia de lo que en ocasiones cabe pensar, puesto que existe una alta probabilidad de que estos consumos experimentales se repitan, hasta convertirse en habituales.

Un aspecto relevante de las relaciones que los jóvenes mantienen con el cánnabis es el bajo nivel de riesgo que atribuyen a su consumo. La creencia que mantienen muchos adolescentes y jóvenes de que el consumo de cánnabis no supone riesgos para su salud, facilita, sin duda, el uso de esta sustancia, por más que se trate de una opinión carente de fundamento. El consumo continuado de hachís o marihuana produce problemas respiratorios y cardiovasculares graves, dificultades en el aprendizaje, alteraciones psicológicas y problemas de dependencia.

La actitud tolerante de los jóvenes frente al cánnabis es reforzada de alguna manera por los adultos. De hecho, aunque la práctica totalidad de los adolescentes perciben que sus padres mantienen una actitud de prohibición absoluta respecto al consumo de drogas ilícitas por parte de sus hijos, esta posición es menos acusada en el caso del cánnabis.

La propia psicología de los adolescentes hace que en estas edades se sientan deseos por descubrir cosas nuevas, de tener nuevas experiencias y sensaciones, de abrir los ojos a un mundo que ofrece muchas posibilidades que permanecían ocultas mientras se ha sido niño.

El que los consumos suelen realizarse en grupo, siguiendo un ritual en el que el porro pasa de mano en mano, sirve para fortalecer la identidad del grupo, el sentido de aceptación y pertenencia de cada uno de sus componentes en el mismo. Simbólicamente se lanza la idea de que, en la medida en que se comparten las mismas cosas, se está más unido a los demás miembros del grupo.

La evasión de los problemas es una razón importante que explica el porqué algunos jóvenes consumen hachís o marihuana. Muchos jóvenes que comienzan consumiendo por curiosidad o cuando salen de fiesta, al final acaban haciéndolo cada vez que tienen que enfrentarse a algún problema o situación que les produce alguna tensión (un examen, una discusión con los padres, etc.). De este modo, los consumos comienzan a hacerse habituales y pueden degenerar en situaciones de dependencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aberastury, A. y Knobel, M. (1997). *La adolescencia normal*. México: Paidós.
- Aizpurua-Olaizola, O.; Soydaner, U.; Öztürk, E.; Schibano, D.; Simsir, Y.; Navarro, P.; Etzebarria, N.; Usobiaga, A. (2016). *Evolution of the Cannabinoid and Terpene Content during the Growth of Cannabis sativa Plants from Different Cremotypes*. Oxford: The American Chemical Society and American Society of Pharmacognosy.
- Alguacil, L.F. (2000). *Actualidad y perspectivas en el estudio experimental de las drogodependencias*. Madrid: Facultad de CC. Experimentales y Técnicas.
- Antona, A., (2001). *Promoción de la Salud y prevención de Enfermedades Sexuales*. Madrid: Revista de Estudios de Juventud.
- Arbex, C. (2002). *Guía de intervención: menores y consumo de drogas*. Madrid: Obtenido de <http://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-43058/menoresyconsumos.pdf>
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Nueva Jersey: Prentice Hall.
- Bares, C.; Delva, J.; Grogan-Kaylor, A. y Andrade, F. (2011). *Family and parenting characteristics associated with marijuana use by Chilean adolescents*. EEUU: US National Library of Medicine National Institutes of Health.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E.; Martínez, U.; Calafat, A.; Fernández-Hermida, J.; Juan, M.; Sumnall, H. y Gabrhelik, R. (2012). *Parental permissiveness, contro, and affect and drug use among adolescents*. Madrid: Psicothema.
- Berbesí, D.; García, M., Segura, A. y Posada, R. (2013). *Evaluación de la dinámica familiar en familias de niños con diagnóstico de asma*. Colombia: Revista Colombiana de Psiquiatría.

- Calafat A. (1999). *Matriz de predictores del consumo de drogas durante la adolescencia*. Oviedo: Psicothema.
- Carballo, J.L.; García, O.; Secades, R.; Fernández, J.R.; García, E.; Errasti, J.J. y Al-Halabi, S. (2004). *Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en la adolescencia*. Oviedo:Psicothema.
- Carbonell, J.; Carbonell, M. y González, N. (2012). *Las Familias en el siglo XXI: Una mirada desde el Derecho*. México:Elvia Lucía Flores Ávalos.
- Carrión, J. (2012). *Adolescentes y cannabis*. Madrid: Obtenido de <http://www.reeditor.com/m/?p=columna&id=6854>
- Castillo, A. J. (2011). *La intervención educativa en las adicciones*. Sevilla: Wanceulen Editorial Deportiva.
- Cuadevilla, F. (2015). *Portal multimedia sobre cannabis y otras sustancias*. Madrid: Obtenido de <http://www.cannabis.es/web/features/articulos/45-riesgos-para-la-salud-del-consumo-de-cannabis-1>
- De Pina Vara, R. (2005). *Diccionario de Derecho*. México: Porrúa.
- EDADES (2013). *Encuesta sobre Alcohol y Drogas en Canarias*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Funes, J. (1999). *Adolescentes y Jóvenes en situación de conflicto social*. Cádiz: JUMA.
- Graña, J.L.; Muñoz, M.J. y Delgado, S. (2000). *Investigación sobre el consumo de drogas en adolescentes de Majadahonda: Factores de riesgo y protección*. Majadahonda: Ayuntamiento de Madrid.
- Grinder, E. (1982). *Adolescencia*. México: Limusa.
- Kramer, J. y Cameron, D. (1975). *Manual sobre dependencia de las drogas*. Ginebra: OMS.

- Kumpfer, K. L., Alvarado, R. y Whiteside, H. O. (2003). *Family-Based Interventions for Substance Use and Misuse Prevention*. Washington: Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos.
- Lorenzo, P.; Ladero, J.; Leza, J. y Lizasoain, I. (2009). *Drogodependencias*. Madrid: Panamericana.
- Lorenzo, P.; Ladero, J.M.; Lizasoain, I. y Leza, J.C. (2003). *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación*. Madrid: Panamericana.
- Montañés, M., Bartolomé, R., Montañés, J. y Parra, M. (2008). *Influencia del contexto familiar en las conductas adolescentes*. Edinburg: Revista de la Facultad de Educación de Albacete.
- NIDA (2012). *La marihuana: lo que los padres deben saber*. Obtenido de *National Institute on Drug Abuse*: https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/nida_mj_parentssp.pdf
- NIDA. (2016). *¿Qué es la marihuana?*. Obtenido de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-marihuana>
- NIDA (2014). *Cómo prevenir el uso de drogas*. EEUU: NIH.
- OMS (1964). *Serie de informes técnicos*. Ginebra: Servei de Publicacions.
- OMS (1969). *World Health Organization..* Obtenido de http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- OMS (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- OMS (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Osuna, J. M. (2005). *Drogas, ¿un fenómeno en evolución?* Madrid: Revista de estudios locales.

- Papalia, D. (2001). *Psicología*. México: McGraw-Hill.
- Patton, G.C.; Coffey, C.; Carlin, J.B.; Degenhardt, L.; Lynskey, M. y Hall, W. (2002). *Cannabis Use and Mental Health in Young People: Cohort Study*. EEUU: British Medical Journal.
- Piaget, J. (1985). *De la lógica del niño a la lógica del adolescente*. Barcelona: Paidós.
- Plan Nacional sobre Drogas (2000). *Memoria 2000*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.
- Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española (2014). *Diccionario de la lengua española*. Madrid: Espasa.
- Richer, I. y Bergeron, J. (2009). *Driving under the influence of cannabis: Links with dangerous driving, psychological predictors, and accident involvement*. Washington: Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos.
- Secades, R., Fernández, J. R., Vallejo, G., y Martín, E. (2005). *Family risk factors for adolescent drug misuse in Spain*. London: Journal of Child and Adolescent Drug Abuse.
- Sewell, R.A., Poling, J., Sofuoglu, M. (2009). *The effect of cannabis compared with alcohol on driving*. EEUU: The American Journal on Addictions.
- UNICEF (2002). *La adolescencia: una etapa vital*. New York: Fondo de Naciones Unidas Para la Infancia.
- Velleman, D. B.; Templeton, L. J. y Copello, A. G. (2005). *The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: A comprehensive review of family interventions, with a focus on young people*. EEUU: Drug and Alcohol Review.
- Vergara, J. (2014). *Tipos de consumidores de drogas*. Obtenido de <https://prezi.com/xmvcyl2cdhd4/tipos-de-consumidores-de-drogas/>

- Calafat, A.; Fernández, C.; Juan, M. y Becoña, E. (2004). *La diversión sin drogas: utopía y realidad*. Palma de Mallorca: IREFREA.
- Roche, R. (2006). *Psicología de la pareja y de la familia: análisis y optimización*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Real Academia Española (2001). *Familia*. Madrid: Diccionario de la Lengua Española.
- Arteaga, I.; Chen, C.C. y Reynolds, A.J. (2010). *Childhood predictors of adult substance abuse*. Los Ángeles: Children and Youtuh Services Review.

ANEXOS

1. ANEXO 1: Encuesta de la investigación.

Mi nombre es Lara González Taima y soy alumna del Grado en Trabajo Social de la Universidad de La Laguna, en la Facultad de Ciencias Políticas, Sociales y de la Comunicación.

Estoy realizando mi Trabajo de Fin de Grado, que lleva por título “Características sociofamiliares de los menores dependientes del cannabis”, por lo que tus respuestas en esta encuesta serán de gran utilidad para mi investigación.

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN.

1) Edad _____

2) Municipio de residencia _____

3) Curso académico que realizas actualmente:

1. 1º ESO.

2. 2º ESO.

3. 3º ESO.

4. 4º ESO.

5. Otro (especificar): _____

6. No sabe/ No contesta.

4) Actualmente, ¿con cuáles de las siguientes personas convives o compartes la casa? Pon una “x” en las casillas que se ajustan a tu situación personal. puedes marcar una o varias.

1. Madre.

2. Padre.

- ☐ 3. Hermano/a
- ☐ 4. Abuelo/a
- ☐ 5. Otro. Especificar _____
- ☐ 6. No sabe/ No contesta.

5) Situación laboral actual de tu madre:

- ☐ 1. Empleada.
- ☐ 2. Desempleada.
- ☐ 3. Fallecida.
- ☐ 4. Pensionista.
- ☐ 5. No sabe/ No contesta.

6) Situación laboral actual de tu padre:

- ☐ 1. Empleado.
- ☐ 2. Desempleado.
- ☐ 3. Fallecido.
- ☐ 4. Pensionista.
- ☐ 5. No sabe/ No contesta.

7) Nivel máximo de estudios de tu madre:

- ☐ 1. Estudios primarios.
- ☐ 2. Estudios secundarios (ESO).
- ☐ 3. Bachillerato.
- ☐ 4. Estudios universitarios.

5. Sin estudios.

6. No sabe/ No contesta.

8) Nivel máximo de estudios de tu padre:

1. Estudios primarios.

2. Estudios secundarios (ESO).

3. Bachillerato.

4. Estudios universitarios.

5. Sin estudios.

6. No sabe/ No contesta.

9) Normalmente, ¿asistes a clase con regularidad?

1. Sí.

2. No.

3. No sabe/ No contesta.

10) Cuando faltas, ¿cuál es el motivo principal?

1. Consulta médica o enfermedad.

2. No tengo ganas de ir.

3. Otros motivos. Especificar _____

4. No sabe/ No contesta.

11) ¿Qué notas sacas habitualmente?

1. Suspenso.

2. Aprobado (5).

- 3. Bien (6).
- 4. Notable (7 u 8).
- 5. Sobresaliente (9 o 10).
- 6. No sabe/ No contesta.

12) ¿Has repetido curso alguna vez?

- 1. Sí, una vez.
- 2. Sí, dos veces o más.
- 3. No.
- 4. No sabe/ No contesta.

13) Actualmente, ¿de cuánto dinero dispones a la semana para tus gastos personales?

- 1. No dispongo de dinero.
- 2. Menos de 10€.
- 3. Entre 10 y 20€ a la semana.
- 4. Más de 20€.
- 5. No sabe/ No contesta.

14) ¿Sales de fiesta con frecuencia?

- 1. Sí.
- 2. No.
- 3. No sabe/ No contesta.

Si has respondido que sí en la 14, responde la 15. Si no, pasa a las pregunta 16.

15) Cuando sales de fiesta, ¿a qué hora sueles volver?

- 1. Entre las 12 y la 1.
- 2. Entre la 1 y las 2.
- 3. Después de las 2.
- 4. No sabe/ No contesta.

16) ¿Has consumido cannabis alguna vez en la vida?

- 1. Sí.
- 2. No.
- 3. Soy consumidor/a habitual.
- 4. No sabe/ No contesta.

17) ¿A qué edad lo probaste?

- 1. Entre los 10 y los 13 años.
- 2. Entre los 14 y los 17 años.
- 3. Nunca lo he probado.
- 4. No sabe/ No contesta.

18) ¿Algún miembro de tu núcleo familiar consume cannabis? Especificar.

- 1. Padre.
- 2. Madre.
- 3. Hermano/a.
- 4. Otro (especificar): _____

5. No sabe/ No contesta.

19) ¿Cuál crees que es el motivo más común que lleva a una persona a consumir cannabis?

1. Curiosidad.

2. Problemas.

3. Amistades.

4. Otro (especificar): _____

5. No sabe/ No contesta.

20) ¿Conoces a alguien que consuma cannabis de forma habitual?

1. Sí.

2. No.

3. No sabe/ No contesta.

21) ¿Crees que es posible dejar de consumir cannabis fácilmente?

1. Sí.

2. No.

3. No sabe/ No contesta.

22) ¿Te han hablado en casa sobre las consecuencias de consumir drogas?

1. Sí.

2. No.

3. No sabe/ No contesta.

23) ¿Y en tu centro escolar?

- 1. Sí.
- 2. No.
- 3. No sabe/ No contesta.

24) ¿Aceptarías consumir cannabis para ser aceptado/a en un grupo?

- 1. Sí.
- 2. No.
- 3. No sabe/ No contesta.

25) ¿Crees que consumir cannabis fomenta el absentismo escolar?

- 1. Sí influye.
- 2. No influye.
- 3. No sabe/ No contesta.

26) ¿Cómo son las expectativas que tienen tus padres de ti?

- 1. Bajas.
- 2. Muy bajas.
- 3. Medias.
- 4. Altas.
- 5. Muy altas.
- 6. No sabe/ No contesta.

27) ¿Cómo es la relación entre los miembros de tu núcleo familiar?

- 1. Buena.
- 2. Muy buena.
- 3. Mala.
- 4. Muy mala.
- 5. No sabe/ No contesta.

28) ¿Cuántos/as hermanos/as tienes?

- 1. Uno.
- 2. Dos.
- 3. Tres.
- 4. Más de tres.
- 5. No tengo hermanos/as.
- 6. No sabe/ No contesta.

29) ¿Cuál es el nivel económico familiar actualmente?

- 1. Bajo.
- 2. Muy bajo.
- 3. Medio.
- 4. Alto.
- 5. Muy alto.
- 6. No sabe/ No contesta.

30) ¿Existen pautas educativas en tu familia?

1. Sí.

2. No.

3. No sabe/ No contesta.

31) Cuando eras pequeño/a, ¿tus padres participaban en tu vida infantil?

1. Sí.

2. No.

3. No sabe/ No contesta.

32) En tu casa, ¿hay normas fijadas?

1. Si.

2. No.

3. No sabe/ No contesta.

33) ¿Se producen conflictos familiares habitualmente?

1. Sí.

2. No.

3. No sabe/ No contesta.

34) ¿Eres una persona solitaria o amigable?

1. Solitaria.

2. Amigable.

3. No sabe/ No contesta.

35) ¿Consideras que la adquisición de drogas es algo fácil actualmente?

- 1. Sí.
- 2. No.
- 3. No sabe/ No contesta.

36) ¿Te han informado lo suficiente sobre las drogas?

- 1. Sí, perfectamente.
- 2. Sí, lo suficiente.
- 3. Solo a medias.
- 4. No, estoy mal informado/a.
- 5. No sabe/ No contesta.

37) ¿Cuáles han sido tus vías de aprendizaje sobre el tema de las drogas? Puedes seleccionar varias respuestas.

- 1. Centro educativo.
- 2. En casa.
- 3. En la calle.
- 4. Por internet.
- 5. Otro (especificar): _____
- 6. No sabe/ No contesta.

