

**UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**TRABAJO FIN DE GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL**



**Análisis de los factores cognitivos moduladores del consumo de cannabis en una muestra de adolescentes.**

**AUTOR:** GARCÍA AMORÓS, JUAN ANTONIO.

**Nº expediente.** 649

**TUTOR.** LLORET IRLES, DANIEL

**COTUTOR.**

**Departamento de Psicología de la Salud. Área de Psicología Social**

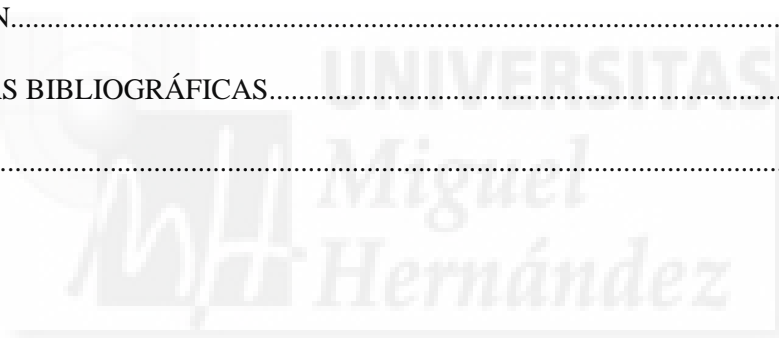
**Curso académico 2017 - 2018**

**Convocatoria de junio**



## ÍNDICE

1. RESUMEN/ABSTRACT.....	página 4
2. INTRODUCCIÓN.....	página 5
2.1. Hipótesis y objetivos.....	página 7
3. MATERIAL Y MÉTODOS.....	página 9
3.1 Participantes.....	página 9
3.2 Variables/instrumentos.....	página 9
3.3 Procedimiento.....	página 10
3.4 Análisis de los datos.....	página 10
4. RESULTADOS.....	página 11
5. DISCURSIÓN.....	página 14
6. CONCLUSIÓN.....	página 15
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	página 16
8. ANEXOS.....	página 18



## **RESUMEN:**

**Introducción:** La adolescencia es un periodo de transición que implica el deseo de probar cosas nuevas o correr mayores riesgos. Los jóvenes están expuestos a situaciones que favorecen a los primeros consumos. El objetivo presente de este estudio es cuestionar los factores cognitivos y su influencia en el consumo de cannabis. Se prevé que una mayor puntuación de los factores cognitivos se correlacionara con un menor consumo de cannabis.

**Material y método:** Se trata de un estudio transversal descriptivo con 369 estudiantes de 3º y 4º curso de Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O) de tres Centros de Educación Secundaria de Santa Pola. Todos los participantes rellenaron un cuestionario que incluyó consumo de cannabis y contestaron a las escalas de percepción de riesgo, actitudes, norma social y autoeficacia.

**Resultados:** El análisis muestra una relación entre los factores cognitivos y el consumo de cannabis. A su vez, se demuestra correlación significativa entre la percepción del riesgo, actitudes, norma social y autoeficacia y el consumo de cannabis. **Conclusión:** Las hipótesis planteadas quedan demostradas existiendo relación entre los factores cognitivos y el consumo de cannabis.

**Palabras clave:** consumo de cannabis, factores cognitivos, percepción del riesgo, actitudes, norma social, autoeficacia.

## **ABSTRACT:**

**Introduction:** Adolescence is a period of transition that implies the desire to try new things or to take greater risks. Young people are exposed to situations that favour the first consumption. The present objective of this study is to question the cognitive factors and their influence on cannabis use. It is anticipated that a higher score of cognitive factors will correlate with lower cannabis use.

**Material and method:** This is a cross-sectional descriptive study with 369 students of 3rd and 4th year of Compulsory Secondary Education (E.S.O) of three Secondary Education Centers of Santa Pola. All the participants filled out a questionnaire that included cannabis use and answered the scales of perception of risk, attitudes, social norm and self-efficacy.

**Results:** The analysis shows a relationship between cognitive factors and cannabis use. In turn, it demonstrates a significant correlation between the perception of risk, attitudes, social norms and self-efficacy and cannabis consumption. **Conclusion:** The suggested hypotheses are demonstrated by existing relationship between cognitive factors and cannabis use.

**Keywords:** cannabis use, cognitive factors, risk perception, attitudes, social norm, self-efficacy.

## INTRODUCCIÓN.

La adolescencia es un periodo de especial riesgo de abusos de drogas. En la adolescencia temprana, el paso de primaria a secundaria, se enfrentan a situaciones sociales y académicas nuevas y desafiantes. A menudo en este periodo, los jóvenes están expuestos a situaciones que favorecen a los primeros consumos<sup>1</sup>.

El consumo de cannabis y otras drogas en adolescentes europeos se registra mediante la encuesta ESPAD<sup>2</sup>. Sus últimos datos, publicados en 2016, concluyen que el 16% de los adolescentes de 15 años de edad han consumido cannabis al menos una vez en su vida. En el consumo más reciente, el mismo informe nos muestra que el 7 % de los adolescentes en los últimos 30 días han consumido cannabis. España es el cuarto país en prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días<sup>2</sup>. El 18.6 % de los estudiantes de secundaria anuncia haber consumido cannabis en el último mes. Las bases de datos muestran una evidencia entre consumo y edad, en mayor aumento entre los 14 y 15 años.

La encuesta sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España<sup>3</sup> revela que un 25% de los estudiantes de 14 a 18 años han consumido en los últimos 30 días y el 16,1% de ellos tenía consumo de riesgo. Un 7,8% lo han hecho al menos 10 veces en el último mes.

Sobre la edad de inicio, se sitúa en los 14,9 años, en los estudiantes españoles de Enseñanzas Secundarias, ha habiendo variación entre sexos<sup>3</sup>.

Los datos obtienen una relevancia mayor si se tiene en cuenta la continuidad del consumo, el porcentaje de jóvenes que han consumido en los últimos 30 días en relación a los que lo han probado alguna vez es de 50%. El cannabis suele ser una sustancia puente a otras sustancias con efecto más nocivo. Un inicio más temprano aumenta significativamente el riesgo de abuso de cualquier tipo de droga<sup>4</sup>.

Uno de los modelos difundidos recientemente sobre la relación entre los factores cognitivos y el consumo de drogas es la Teoría de la conducta planificada (TCP), propuesta por Ajzen<sup>5</sup>. No es fue diseñado específicamente para el consumo de drogas, no obstante se centra específicamente en la autorregulación cognitiva como un aspecto importante de la conducta humana: establece que la mejor manera de comprender y predecir las conductas de los sujetos es conociendo sus intenciones para actuar. Diversos estudios ha reportado que los componentes de la TCP entre otros son la percepción de riesgo, actitud hacia el consumo, norma social y autoeficacia<sup>6,7</sup>.

Las estimaciones negativas del consumo de cannabis han sido identificadas como Percepción del riesgo. La percepción del riesgo, es la creencia de que un consumo produzca consecuencias indeseables. Existe una abundante evidencia que sostiene que a menos percepción del riesgo por el uso de sustancias, más probable es el consumo<sup>8</sup>.

Se consta que aquellos individuos que abusan de las drogas tienen unas expectativas diferentes de los no consumidores respecto a los probables efectos derivados de su empleo<sup>9</sup>.

En el caso del cannabis la baja percepción del riesgo augura un mayor aumento del consumo. Las investigaciones sociológicas demuestran que los discursos en contra de los efectos perjudiciales de las drogas reducen la percepción de la sociedad sobre el cannabis<sup>10</sup>.

La percepción de riesgo puede provocar un retraso o la abstención del consumo de drogas, es decir, cuando los jóvenes perciben el uso de drogas como nocivo, reducen su nivel de uso<sup>11 12</sup>.

Las creencias distorsionadas conducen a una posterior percepción de bajo riesgo, y esto juega un papel vital con respecto a la intención de comportamiento, a medida que las personas toman decisiones situacionales (como si usar o no) en función de sus creencias o ideas con respecto a las consecuencias que esto tendrá (positivo o negativo)<sup>13</sup>.

Las actitudes se desarrollan razonablemente a partir del repertorio de creencias salientes relativas al objeto de actitud. Pero, las actitudes no dependen solo de las creencias, sino también de la evaluación que las personas realizan de cada una de las creencias conductuales. Es decir, dos personas pueden creer con el mismo grado que el cannabis ayuda a relajarse, pero una puede valorarlo de forma positiva, mientras que la otra valorarla de forma negativa<sup>14</sup>.

A pesar de que algunos autores tienen creencias de que el consumo de cannabis no es tan problemático como otras drogas, el cannabis tiene efectos adversos para la salud<sup>15</sup> y aumenta el riesgo de desarrollar psicopatologías<sup>16</sup>.

Entre las creencias que reducen a la percepción de riesgo y favorecen las actitudes positivas hacia el cannabis podemos mencionar, por ejemplo, ayuda a relajarte, te hace sentir bien y olvidar problemas, aumenta la creatividad y hace que te diviertas, ayuda en algunas enfermedades y es una sustancia menos adictiva que otras drogas.

Una Norma social es una percepción de carácter subjetivo referente a las presiones sociales que ejercen el medio a la hora de realizar una determinada conducta e incluye, tanto la percepción de las creencias conductuales que las personas paseen acerca de si se debe o no realizar una acción, como la motivación del individuo en satisfacer dichas expectativas<sup>17</sup>.

Es decir, presión social percibida para realizar o no realizar un comportamiento<sup>5</sup>. Refleja la influencia que el entorno inmediato a la persona ejerce sobre la conducta. Este componente se puede definir, como un juicio probabilístico de las personas importantes para dicha persona. La norma social refleja los efectos de los factores sociales y la actitud expone los efectos psicológicos individuales.

Cuando un grupo de drogas está normalizado en el grupo de referencia, este adquiere una utilidad social.

La adherencia del grupo de iguales a la cultura de la droga fomenta un escenario favorable al consumo<sup>18</sup>. Por lo que, la presión de grupo consiste en la influencia social ejercida por los iguales que anima a la experimentación o el mantenimiento del consumo de drogas. La influencia de los iguales incluye factores cognitivos, como la percepción de la conducta y las normas sobre el uso de drogas percibida en el grupo, así como factores situacionales como la presión de grupo y la importancia de la conformidad del grupo.

En la teoría de Albert Bandura<sup>19</sup>, se define que la Autoeficacia es un constructo principal para realizar una conducta, ya que la relación entre el conocimiento y la acción estarán significativamente mediados por el pensamiento de autoeficacia. Las creencias de autoeficacia, es decir, los pensamientos que tiene una persona sobre la capacidad y autorregulación para poner en marcha dicha conducta decisiva.

Únicamente la autoeficacia y la intención son considerados predictores directos de la conducta<sup>5</sup>.

La autoeficacia se trata de creencias sobre la capacidad para ejercer con éxito determinadas conductas. Estas creencias se pueden asentar en la experiencia en relación a la conducta o en información sobre la conducta a partir de familiares o amigos. Cuando mayor sea el número de recursos y oportunidades que se perciban y menos el obstáculo que se anticipe, mayor será el control de la conducta.

La autoeficacia se refiere a la confianza que tiene una persona hacia la capacidad para organizarse y ejecutar una acción coherente con su voluntad y decisión. De esta forma, bajos niveles de autoeficacia hacia la abstinencia constituye a un factor de riesgo para el consumo de drogas en adolescente y jóvenes, ya que están más expuestos a la tentación del consumo que ofrece el entorno social. Es necesario incentivar la autoeficacia con el fin de aumentar la capacidad de las personas para afrontar los riesgos que la vida le presente relacionados con el consumo de drogas.

El papel de la Terapia Ocupacional en la prevención de las adicciones.

"La Terapia Ocupacional es el uso terapéutico en las actividades de autocuidado, trabajo y juego para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede incluir la adaptación de las tareas y el entorno para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida"<sup>20</sup>.

Tiene como objetivo la ocupación humana y la rehabilitación de los trastornos provocados por la alteración. La adicción es un trastorno comportamental que se explica, por la alteración de diversas estructuras cerebrales, alterando el funcionamiento cotidiano y provocando con ello consecuencias negativas que mantienen y agravan el problema<sup>21</sup>.

La adicción a sustancias es una condición que afecta profundamente en todos los niveles de desempeño ocupacional, en la medida en que altera roles, intereses y actividades previos, e instaura pautas de conducta y hábitos nuevos, limitando la capacidad para desarrollar actividades alternativas<sup>22</sup>.

La Terapia Ocupacional tiene un amplio abanico de posibles intervenciones en las personas con problemas de adicción a drogas, tratando de restablecer, modificar o crear un nuevo sentido y significado a las ocupaciones, generando una rutina diaria satisfactoria y funcional. A través de la ocupación , podemos identificar los intereses del sujeto, el nivel de satisfacción con su vida, los contextos donde se desempeña, las actividades a las que otorga mayor importancia o a las que le dedica mayor tiempo y el grado de identificación que el sujeto posee con los roles y expectativas<sup>22</sup>.

Atendiendo a la evidencia anteriormente expuesta, esperamos que se cumplan las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1. Se espera que a menos percepción del riesgo más consumo de cannabis.

Hipótesis 2. Se espera que a más actitud hacia el consumo más consumo de cannabis.

Hipótesis 3. Se espera que a menos norma social más consumo de cannabis

Hipótesis 4. Se espera que a menos autoeficacia más consumo de cannabis.

Por lo anterior expuesto, el presente trabajo tiene como objetivo general: cuestionar Factores cognitivos y su influencia en el consumo de cannabis.

Dicho objetivo se desglosa en los siguientes objetivos específicos.

Objetivo 1: Analizar la relación entre la percepción de riesgo para no consumir y el consumo de cannabis.

Objetivo 2: Analizar la relación entre las actitudes para no consumir y el consumo de cannabis.

Objetivo 3: Analizar la relación entre la norma social para no consumir y el consumo de cannabis.

Objetivo 4: Analizar la relación entre autoeficacia para no consumir y consumo de cannabis.



## MATERIAL Y MÉTODOS.

### Participantes.

Participaron 369 estudiantes de 3º y 4º curso de Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O) de tres Centros de Educación Secundaria de Santa Pola: IES Santa Pola, IES Cap de L'Aljub y Colegio Alonai.

Los criterios de inclusión para la selección de los participantes fueron: ser estudiante de 3º o 4er curso de alguno de los centros anteriormente expuestos y tener la autorización de los padres o tutores. Los criterios de exclusión fueron;

- Nulidad de respuesta en al menos 10% de los ítems (n=5)

-Forma de respuesta incoherente o contradictoria (n=0)

Por lo tanto, la muestra final quedó formada por 364 adolescentes de 13,85 años (DT= 0,84; Rango 13 – 16) de los que el 47% eran chicos.

Tabla 1. *Frecuencia y porcentaje de la edad*

Edad	Frecuencia	Porcentaje
13 años	3	0.8
14 años	150	41
15 años	150	41
16 años	41	11.2
17 años	20	5.5
Total	364	100

### Variables e Instrumentos.

Consumo de tabaco, alcohol y cannabis. Para la valoración de la frecuencia e intensidad de consumo se emplearon los ítems (C12, C15F, C20, C25) de la Encuesta Europea de Consumo de Alcohol y otras Drogas en Población Escolar ESPAD<sup>2</sup>. Cada ítem tiene 7 opciones de respuesta que indican la frecuencia con la que los adolescentes han consumido alcohol, tabaco y cannabis en los últimos 7 y 30 días.

Percepción del Riesgo del consumo de cannabis. Se evaluó con la subescala de Percepción del Riesgo de la “Cannabis Use Intention Questionnaire” (CUIQ) de Lloret et al 2017<sup>23</sup>. Cada ítem tiene 5 opciones de respuesta (muy en desacuerdo – muy de acuerdo).  $\alpha$  de Cronbach = 0,68

Actitud hacia el consumo. Se evaluó con la subescala de Actitud hacia el consumo del CUIQ de Lloret et al 2017<sup>23</sup>. Los ítem tiene una escala de respuesta tipo Likert de 5 opciones de respuesta, el primer bloque (nada probable- muy probable) y el segundo bloque (nada importante-muy importante).Estos dos bloques se combinan de forma multiplicativa para obtener una puntuación única.  $\alpha$  de Cronbach = 0,58.

Norma Social. Se evaluó con la subescala de Norma social del CUIQ de Lloret et al 2017<sup>23</sup>. Cada ítem tiene una escala de respuesta tipo Likert de 5 opciones de respuesta, el primer bloque (muy en desacuerdo-muy de acuerdo) y el segundo bloque (nada importante- muy importante). Estos dos bloques se combinan tambien de forma multiplicativa para obtener una puntuación única.  $\alpha$  de Cronbach =0,79

Autoeficacia. Se evaluo con la subescala de Auto eficacia del CUIQ de Llorent et al 2017<sup>23</sup>. Cada ítem tiene una escala de respuesta tipo Linkert de 5 opciones de respuesta (nada capaz-totalmente capaz).  $\alpha$  de Cronbach = 0,77

### **Procedimiento.**

El acceso a la muestra se realizó en las aulas de los centros educativos. Se solicitó la aprobación de los centros para llevar a cabo la evaluación, así como, el consentimiento informado de los padres o tutores de los participantes. Los sujetos participaron de forma voluntaria en la prueba tras haber sido informados de la finalidad del estudio.

La duración de las sesiones fue de 50 minutos aproximadamente, donde se cumplimentó la prueba de forma colectiva en las correspondientes aulas de los centros participantes, bajo supervisión del investigador y del tutor.

### **Análisis de los datos.**

Para analizar la relación entre la puntuación de las escalas de percepción del riesgo, actitudes y norma social y el consumo de cannabis, teniendo en cuenta que todas las variables han sido evaluadas con escalas continuas se ha utilizado el coeficiente r de Pearson .

Para su cálculo se ha empleado el paquete estadístico SPSS versión 21

## RESULTADOS.

Tras el análisis realizado y anteriormente comentado los resultados obtenidos han sido los siguientes. Los resultados son reflejados en las tablas que se muestran posteriormente.

El análisis muestra una relación entre los factores cognitivos y el consumo de cannabis.

El primer objetivo nos planteamos analizar la relación entre la percepción de riesgo y el consumo de cannabis.

La percepción de riesgo en este caso es la creencia de que el consumo de cannabis produzca consecuencias indeseables.

Se ha encontrado correlación significativa entre la percepción de riesgo para no consumir y el consumo de cannabis en los últimos 12 meses, los últimos 30 días y los últimos 7 días.

Los resultados son representados en la tabla nº 2.

Tabla 2. Correlaciones entre consumo y percepción del riesgo

	Percepción del riesgo
Consumo en los últimos 12 meses	-,431**
Consumo en los últimos 30 días	-,421**
Consumo en los últimos 7 días	-,352**

\*\*  $p \leq 0.01$

Como segundo objetivo nos planteamos analizar la relación entre las actitudes y el consumo de cannabis.

Las actitudes se desarrollan razonablemente a partir del repertorio de creencias salientes relativas al objeto de actitud.

Podemos observar que en cuanto a las actitudes hay correlación significativa en el consumo de cannabis en los últimos 12 meses, en los y últimos 30 días y en los últimos 7 días.

Como dato destacable, la diversión presenta una correlación notablemente superior al resto.

Los resultados son representados en la tabla nº 3.

Tabla 3. Correlaciones entre actitud y consumo de cannabis

El consumo de cannabis ayuda a	Consumo en los últimos		
	12 meses	30 días	7 días
Relajarse	,359**	,318**	,290**
Sentirse bien	,339**	,316**	,299**
Creatividad	,359**	,368**	,376**
Diversión	,603**	,564**	,516**
Total	,507**	,477**	,451**

\*\* .  $P \leq 0,01$ .

En el tercer objetivo nos planteamos analizar la relación entre la norma social para no consumir y el consumo de cannabis.

Una Norma social es una percepción de carácter subjetivo referente a las presiones sociales que ejercen el medio a la hora de realizar una determinada conducta e incluye, tanto la percepción de las conductuales de si se debe o no realizar una acción, como la motivación del individuo.

Como observamos en la tabla 4 podemos decir que hay una correlación significativa entre la norma social y el consumo de cannabis en los últimos 12 meses, en los últimos 30 días y en los últimos 7 días.

También podemos ver que hay una correlación inferior entre la norma social de tu pareja y el consumo de cannabis y el resto.

Los resultados son representados en la tabla nº 4.

Tabla 4. Correlaciones entre Norma Social y consumo de cannabis

Norma Social:	Consumo en los últimos		
	12 meses	30 días	7 días
Amigos	,459**	,389**	,310**
Compañeros	,328**	,330**	,303**
Pareja	,418**	,350**	,285**
Total	,476**	,419**	,348**

\*\* .  $P \leq 0,01$ .

Y por último, en el cuarto objetivo nos planteamos analizar la relación entre la auto eficacia para no consumir y el consumo de cannabis.

La Autoeficacia es un constructo principal para realizar una conducta, ya que la relación entre el conocimiento y la acción estarán significativamente mediados por el pensamiento de autoeficacia.

Como podemos ver, hay una correlación significativa entre la autoeficacia a no consumir y el consumo de cannabis en los últimos 12 meses, 30 días y 7 días.

Como dato a resaltar, vemos que hay una correlación notablemente inferior entre la autoeficacia de divertirse sin consumir y el consumo y el resto.

Los resultados son representados en la tabla nº 5.

Tabla 5. Correlaciones entre consumo y autoeficacia.

Autoeficacia:	Consumo en los últimos		
	12 meses	30 días	7 días.
Estar a gusto sin consumir	-0,424**	-0,446**	-0,409**
Estar con amigos sin fumar	-0,475**	-0,513**	-0,461**
Evitar situaciones en las que se fume	-0,436**	-0,451**	-0,449**
Divertirme sin consumir	-0,323**	-0,329**	-0,310**
No consumir para relajarme.	-,0491**	-0,485**	-0,438**
Autoeficacia para no consumir	-0,504**	-0,521**	-0,485**

\*\*  $p \leq 0.01$

## **DISCUSIÓN.**

En el estudio se establecieron razones de correlaciones entre los factores cognitivos moduladores y el consumo de cannabis en una muestra de adolescentes de 3 y 4 de la E.S.O.

En los cálculos de las correlaciones se encontró que la percepción de riesgo es más alta en los que consumen menos cannabis.

También podemos decir que la percepción de riesgo es más notable en los que han consumido en los últimos 12 meses que en los que han consumido en los últimos 7 días.

Se puede ver que tiene mayor importancia fumar para relajarse, sentirse bien, tener más creatividad y divertirse (actitud total) en los que han consumido en los últimos 12 meses que en los que han consumido en los últimos 30 días y 7 días.

De todas las variables de actitud, la que más importancia le da para el hecho de consumir cannabis es fumar por diversión. A los consumidores más habituales, no les dan importancia a sentirse bien y a relajarse a la hora de consumir.

En el caso de la norma social total, los que consumen en los últimos 7 días creen con más firmeza que no estaría bien visto por su círculo de confianza que supiera que consumen que los que su consumo es en los últimos 12 meses.

Verían más aceptación al consumo en los amigos que en la pareja. Los datos en la norma social de los compañeros en las tres variables de consumo son similares.

Los resultados sobre normas sociales (aceptación) de la pareja sobre el consumo en los últimos 3 días son muy bajos.

Por último, el análisis nos dice que la percepción de autoeficacia a no consumir cannabis es bastante alta. A la hora de divertirse, los datos son más bajos a la hora de no consumir.

Para los que consumen en los últimos 30 días y 7 días, la autoeficacia para no consumir cannabis es más alta cuando esta con los amigos y para los que consumen en los últimos 12 meses, la autoeficacia para no consumir para relajarnos es más alta.

A vista de los resultados confirmados de este estudio, sería interesante implantar programas de prevención de uso de drogas en función de los factores cognitivos. Trabajos como el de Ajzen y De la Villa Moral Jiménez, Rodríguez Díaz, Sirvent Ruiz<sup>5-8</sup> apoyan la evidencia.

La principal limitaciones de este estudio deriva de la sinceridad del alumnado, porque es un tema frágil en el núcleo familiar, por lo que, puede que muchos individuos mientan por el hecho de que se enteren sus padres y sufran represalias. Aunque en la explicación del test se repite por activa y por

pasiva que es totalmente anónimo. También la edad de la muestra es muestra de rebeldía y puede que no entiendan que es un estudio para mejorarlas intervenciones.

Otras limitaciones fueron la ausencia en algunas aulas de los alumnos que iban a servirnos de muestras. Por lo que el número de muestra se pudo ver disminuida.

Y a nivel personal, la falta de experiencia tanto a ponerme delante de una clase a explicarles las normas del test, tanto a la hora de hacer un análisis así.

En el futuro, siguiendo la líneas de este estudio, se podría comparar entre género. También se podría comparar entre alumnos repetidores y alumnos no repetidores. Y por último, otras de las líneas que se pueden seguir podrían ser, entre un instituto privado y otro público, ya que uno de los tres institutos de muestra nuestra es de ámbito privado.

## **CONCLUSIONES.**

Tras la observación de los resultados obtenidos, y la información leída he llegado a varias conclusiones.

En cuanto a la relación entre la percepción del riesgo y el consumo, los resultados confirman la hipótesis 1: aquellos estudiantes con menor puntuación en percepción del riesgo, el consumo de cannabis es mayor, por lo que queda demostrada nuestra hipótesis.

Por otra parte, en cuanto a la relación entre la actitud hacia el consumo y el consumo, los resultados confirman la hipótesis 2: los estudiantes con mayores actitudes hacia el consumo, el consumo de cannabis es también mayor, por lo que queda demostrada nuestra hipótesis.

O que se refiere a la relación entre la norma social y el consumo, los resultados confirman la hipótesis 3: aquellos estudiantes con menor norma social, el consumo de cannabis será mayor, por lo que demuestra nuestra hipótesis.

Por último, en cuanto a la relación entre la autoeficacia y el consumo, los resultados confirman la hipótesis 4: aquellos estudiantes con menos autoeficacia para no consumir, el consumo de cannabis, por lo que nuestra hipótesis queda demostrada.

Para concluir y con lo visto en este estudio, el aumento de la percepción del riesgo, la norma social y la autoeficacia en los adolescente, podrá contribuir a la disminución del consumo de cannabis en los adolescentes. Por eso es de vital importancia realizar este tipo de estudios para percibir los factores cognitivos de los adolescentes y poder mejorar los programas de prevención de drogas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Las drogas, el cerebro y el comportamiento. La ciencia de la adicción. National Institutes of Health. 2014. Pub. 15-5605 (S).
2. ESPAD Group (2016) ESPAD Report. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) and the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD). 2015.
3. Observatorio Español de Drogas y Toxicomanía encuesta estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Secundaria (ESTUDES) 2012-2013. Delegación del gobierno para el plan sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad. 2014.
4. Ellickson PL, Tucker JS, Klein DJ, Saner H. Antecedents and outcomes of marijuana use initiation during adolescence. *Preventive Medicine*. 2004; 39, 976 – 984. Doi: 10.1016/j.ypmed.2004.04.013.
5. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 1991; 50, 179-211. Doi: 10.1016/0749-5978(91)90020-T.
6. Armitage C J, Conner M, Loach J, Willetts D. Different perceptions of control: Applying an extended theory of planned behavior to legal and illegal drug use. *Basic and Applied Social Psychology*. 1999; 21, 301-316.
7. McMillan B, Conner M. Drug use and cognitions about drug use amongst students: Changes over the university career. *Journal of Youth and Adolescence*. 2002; 31, 221-229.
8. De la Villa Moral Jiménez M, Rodríguez Díaz FJ, Sirvent Ruiz C. Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*. 2006; 18 (1), 52-58.
9. Novacek J, Raskin, R, Hogan R. Why do adolescent use drugs? Age, sex and user differences. *Journal of Youth and Adolescence*. 1991; 20, 475-492.
10. Espejo Tort B, Cortés Tomás M, Giménez Costa JA, Martín del Río B, Gómez Iñíguex C. Perfiles de consumo intensivo de alcohol en jóvenes. *InfoCOP Online*. 2012 Recuperado el 18.07.2012 de [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=3925](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3925)
11. Hall W, Weier M. Assessing the public health impacts of legalizing recreational Cannabis use in the USA. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*. 2015; 97(6), 607–615. <https://doi.org/10.1002/cpt.110>.
12. Schuermeyer J, Salomonsen-Sautel S, Price RK, Balan S, Thurstone C, Min S-J, Sakai J T. Temporal trends in marijuana attitudes, availability and use in Colorado compared to non-medical marijuana states: 2003–11. *Drug and Alcohol Dependence*. 2014; 140, 145–155. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.04.016>.



13. Becoña-Iglesias E. Bases científicas para la prevención de las drogodependencias. Madrid: Ministerio del Interior, Delegación de Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, Secretaría General Técnica; 2002.
14. Morales E, Ariza C, Nebot M, Pérez A, Sánchez F. Consumo de cannabis en los estudiantes de secundaria de Barcelona: inicio en el consumo, efectos experimentados y expectativas. *Gaceta Sanitaria*. 2008; 22,321-9.
15. Menghrajani P, Klaue K, Dubois-Arber F, Michaud PA. Swiss adolescents' and adults' perceptions of cannabis use: a qualitative study. *Health Education Research*. 2005; 20, 476-484.
16. Morales-Manrique C C, Bueno-Cañigral FJ, Aleixandre-Benavent R, Valderrama-Zurián JC. Creencias y motivos asociados al consumo de cannabis en población escolarizada de la ciudad de Valencia, España. *Trastornos Adictivos*. 2011; 13, 151-159.
17. Ballester C. Hábitos de conducta y enfermedad cardiovascular. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2007; 7(1), 59-70.
18. Kandel DB, Kessler RC, Margulies RA. Antecedents of Adolescent Initiation into Stages of Drug Use: A Developmental Analysis. 1987; 7:13-40.
19. Bandura A. *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. 1986.
20. AOTA. Occupational Therapy Code of Ethics (en línea). 2005 (ref de 23 de mayo de 2006) Disponible en Web: <http://www.aota.org/general/docs/ethicscode05.pdf>.
21. Rojo G. *Terapia Ocupacional en el tratamiento de las adicciones*. Instituto de Adicciones, Ayuntamiento de Madrid. *Trastornos Adictivos*, 2008; 10 (2):88-97.
22. Lisette Farias V, Veronica Guerra I, Tamara Cifuentes A, Susana Rozas C. Consumo problemático de drogas y terapia ocupacional: componentes ocupacionales evaluados durante el proceso de tratamiento y rehabilitación. *Revista Chilena de Terapia ocupacional [revista en internet]\**. Diciembre 2010. [Acceso 3 Marzo 2012]; 10: [45-6]. Disponible en: <http://www.revista.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/10559/10637>.
23. Llorent D, Morell-Gomis R, Laguía A, Moriano JA. Diseño y validación de una escala de intervención de consumo de cannabis (CUIQ) para adolescentes. *Adicciones*. 2018; 30 (1):54-65.

## ANEXOS

### Anexo 1. La Encuesta Europea de Consumo de Alcohol y otras Drogas en Población Escolar ESPAD.

11.- ¿Con qué frecuencia has consumido las siguientes drogas? <b>ESPAD</b>	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o más
11.1 Alcohol	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
a) durante los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) durante los últimos 30 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) durante los últimos 7 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.2 Tabaco	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
a) durante los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) durante los últimos 30 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) durante los últimos 7 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.3 Marihuana o hachís...	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
a) durante los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) durante los últimos 30 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) durante los últimos 7 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Anexo 2. "Cannabis Use Intention Questionnaire" (CUIQ). Percepción del riesgo.

17. <b>CUIQ. PERCEPCION RIESGO</b> <i>Cuánto piensas que la gente arriesga dañándose a sí mismos (físicamente o de otras formas), si ellos consumen marihuana o hachís ...</i>	No hay riesgo	Ligero riesgo	Riesgo moderado	Bastante riesgo	Gran riesgo
17.1 Una o dos veces durante la vida	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
17.2 Ocasionalmente (una o dos veces al mes)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
17.3 Regularmente (una o dos veces al día)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

18. <b>CUIQ. PERCEPCION RIESGO</b> <i>Crees que fumar marihuana o hachís aumenta la probabilidad de que ocurran:</i>	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso/ No lo sé	De acuerdo	Muy de acuerdo
18.1 Accidentes de tráfico	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
18.2 Delitos violentos	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
18.3 Problemas familiares	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

**18.CUIQ. PERCEPCION RIESGO** *Crees que fumar marihuana o hachís aumenta la probabilidad de que ocurran:*

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso/ No lo sé	De acuerdo	Muy de acuerdo
18.4 Problemas para relacionarse con otros	1	2	3	4	5
18.5 Problemas económicos	1	2	3	4	5
18. 6 Problemas académicos	1	2	3	4	5
18. 7Problemas de salud	1	2	3	4	5

Anexo 3. “Cannabis Use Intention Questionnaire” (CUIQ). Actitudes.

**19.1 CUIQ. ACTITUD.** *A continuación, señala hasta qué punto consideras probable que el consumo de marihuana o hachís produzca los siguientes efectos:*

	Nada probable	Poco probable	menos probable	Bastante probable	Muy probable
19.1.a Ayuda a relajarte.	1	2	3	4	5
19.1. b Te hace sentir bien.	1	2	3	4	5
19.1.c Te permite tener más creatividad.	1	2	3	4	5
19.1. d Hace que te diviertas (colocarte).	1	2	3	4	5

**19.2 CUIQ. ACTITUD** *Ahora, por favor, indícanos hasta qué punto son importantes para ti cada uno los siguientes aspectos:*

	Nada importante	Poco importante	menos importante	Bastante importante	Muy importante
19.2.a Relajarte.	1	2	3	4	5
19.2.b Sentirte bien.	1	2	3	4	5
19.2.c Tener más creatividad e imaginación.	1	2	3	4	5
19.2.d Divertirte consumiendo (colocarte).	1	2	3	4	5

Anexo 4. “Cannabis Use Intention Questionnaire” (CUIQ). Norma social.

**20.1 CUIQ. Norma Social**

*Por favor, ahora piensa en las personas más cercanas a ti. ¿En qué grado se mostrarían de acuerdo si consumes marihuana o hachís?*

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo
Mis amigos íntimos	1	2	3	4	5
Mis compañeros	1	2	3	4	5
Mi novia/o o persona que me gusta	1	2	3	4	5

20.2 *CUIQ. Norma Social*

Y ¿cómo valoras la opinión de estas personas en referencia a marihuana o hachís? La considero...

	Nada importante	Poco importante	Un poco importante	Bastante importante	Muy importante
La opinión de mis amigos íntimos	1	2	3	4	5
La opinión de mis compañeros	1	2	3	4	5
Mi novia/o o persona que me gusta	1	2	3	4	5

Anexo 5. “Cannabis Use Intention Questionnaire” (CUIQ).Autoeficacia.

21. *CUIQ . AUTOEFICACIA* ¿En qué grado crees que serías capaz de realizar cada una de las siguientes conductas?

	Nada capaz	Algo capaz	Un poco capaz	Bastante capaz	Totalmente capaz
21.1 Estar a gusto sin consumir porros.	1	2	3	4	5
Estar con amigos sin fumar porros.	1	2	3	4	5
Evitar situaciones en las que se fuman porros	1	2	3	4	5
Divertirme sin consumir marihuana o hachís	1	2	3	4	5
No consumir porros para relajarme.	1	2	3	4	5