

Consumo combinado de tabaco y cannabis: una revisión de los factores de riesgo familiares

Combined use of tobacco and cannabis: a review of family risk factors

Manuel Isorna Folgar*, Otger Amatller**

* Universidad de Vigo. Ayuntamiento de Catoira

** Coordinador Área de Prevención de la Fundación Salud y Comunidad

Grupo EVICT. Grupo de trabajo para el estudio y abordaje de políticas de control del policonsumo de cannabis y tabaco en España. Comité Nacional para la prevención del tabaquismo (CNPT). Plan Nacional sobre Drogas (PNSD).

Recibido: 17/12/2016 · Aceptado: 09/06/2017

Resumen

El objetivo de esta revisión ha sido la búsqueda e identificación de variables y/o características del funcionamiento familiar que inciden en el consumo de tabaco y cannabis de los miembros más jóvenes de la familia. A pesar de que existen diversas teorías y modelos que explican el consumo de tabaco y cannabis (de forma separada o conjuntamente) por parte de los más jóvenes, los factores de riesgo familiares juegan un papel determinante en el consumo de ambas sustancias. La discriminación entre los adolescentes que consumen más o menos tabaco y cannabis viene dada en función de una educación familiar sin normas bien establecidas, de la existencia de consumo de ambas sustancias por sus progenitores, deficiente interacción con los padres (especialmente con la madre), exigua identificación con los padres y escasa cohesión familiar. Además, la propia familia determina muchos de los factores biográficos de la vida del adolescente. En cuanto a la diferenciación por género, las chicas fuman más tabaco que los chicos frecuentemente para hacer frente al estrés, por el mayor nivel de conflicto con los padres e incluso como método instrumental para aumentar la autoestima. Los chicos fuman más cannabis, en la mayor parte de los casos mezclado con tabaco, por la baja percepción de peligrosidad y fácil accesibilidad. Finalmente, la mayor frecuencia de consumo de cannabis y/o cannabis con tabaco está relacionada con una también mayor frecuencia de consumo de solo tabaco, y viceversa, es decir, el consumo de cualquiera de las sustancias es un predictor significativo del patrón de consumo de la otra sustancia.

Palabras Clave

Familia, progenitores, tabaco, cannabis, drogas, factores de riesgo, policonsumo.

— Correspondencia a: _____
Dr. Manuel Isorna Folgar
e-mail: isorna.catoira@uvigo.es



Abstract

The objective of this review has been the search and identification of variables and/or characteristics of family functioning that affect the consumption of tobacco and cannabis of the younger members of the family. Although there are several theories and models that explain the consumption of tobacco and cannabis (separately or jointly) by the youngest, family risk factors play a decisive role in the consumption of both substances. Discrimination among adolescents who consume more or less tobacco and cannabis is based on a family education without well-established norms, the existence of consumption of both substances by their parents, poor interaction with parents (especially with the mother), Low identification with parents and poor family cohesion. In addition, the family determines many of the biographical factors of adolescent life. As for gender differentiation, girls smoke more tobacco than boys often to cope with stress, the greater level of conflict with parents and even as an instrumental method to increase self-esteem. Boys smoke more cannabis, in most cases mixed with tobacco, for the perception of low danger and easy accessibility. Finally, the higher frequency of cannabis use is related to a higher frequency of tobacco use, and vice versa, ie, the consumption of any of the substances is a significant predictor of the consumption pattern of the other substance.

Key Words

family, parents, tobacco, cannabis, drugs, risk factors, polyconsumption.

INTRODUCCIÓN

Aunque el consumo de drogas ha existido a lo largo de la historia en las últimas décadas ha tomado una nueva dimensión. Hoy es clara la relación directa entre consumo abusivo de drogas por parte de la población general y el nivel de desarrollo del país. Estos consumos ya nada tienen que ver con actos rituales o religiosos de los chamanes o curanderos tan recurridos en otros momentos históricos; las drogas se han convertido en un elemento más de consumo. Dicho cambio se ha producido debido a que el comercio internacional se ha hecho, en palabras de Westermeyer (1996), fiable, rápido y económico en las últimas décadas. A ello hay que añadir la “miniatu-

rización” de las sustancias, en el sentido de que, con poca cantidad de una sustancia, que ocupa poco espacio y es fácil de transportar, puede proporcionar un gran número de dosis (ej., las miles de dosis a partir de un kilo de heroína, cocaína o el escaso peso de cada pastilla de drogas de síntesis). Además, si la sustancia es fácil de transportar (por su peso, aislamiento, duración, etc.), y puede proporcionar grandes beneficios, es claro que las estrategias de márketing, introducción y distribución van a cobrar gran relevancia (Be-coña, 2000). Esto se facilita por el valor que se le da al dinero en nuestro sistema social y a los pocos escrúpulos que tienen algunas personas en obtenerlo, sea de modo legal o ilegal. No debemos olvidar que sustancias



que hoy nos parecen cotidianas (ej., hachís, heroína, cocaína, drogas de síntesis), hace algunas décadas, no era posible conseguirlas fácilmente, aunque algunas personas las traían en sus viajes a otros países. La única excepción son las drogas legales, el tabaco y el alcohol; no obstante, en los últimos años ha ganado mucha popularidad el cannabis, ya que, al introducirlo de forma tradicional en España a través del narcotráfico, hoy se puede adquirir fácilmente a través de tiendas online o adquirir semillas para el propio autocultivo en las tiendas *grow shops* (Alonso y Becoña, 2003; Isorna y Felpeto, 2014). En el último informe publicado en 2015 por el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) se alerta sobre el incremento del consumo de cannabis sobre todo en población joven, confirmando tendencias ya intuitas en informes anteriores.

Prevalencia

El alcohol, el tabaco y el cannabis, principalmente, y las drogas de síntesis y anfetaminas, en menor medida, están presentes en el ocio de muchos jóvenes y constituyen un motivo de gran preocupación entre los diversos agentes sociales (familia, educadores, políticos) (Laespada, Iraurgi y Aróstegi, 2004). Cuando se da el uso de más de una sustancia es lo que se conoce como “policonsumo” (Collins, Ellickson y Bell, 1998). Este tipo de consumo cobra también gran importancia en la adolescencia, ya que algunas investigaciones han mostrado que puede conllevar implicaciones más serias y un consumo frecuente de drogas en el futuro (Galaif y Newcomb, 1999).

A pesar de las iniciativas en legislación y prevención, grupos importantes de adolescentes fuman tabaco y/o consumo de

cannabis; en toda Europa y EE.UU., el 18% de los adolescentes de 15-18 años fuman semanalmente o con mayor frecuencia, y el 13% cannabis regularmente (Currie, et al. 2012). En España, en 2013, las drogas con mayor prevalencia de consumo, en los últimos 12 meses, son el alcohol (78%), el tabaco (41%) y los hipnosedantes (12%), seguidos del cannabis (9%) y la cocaína (2%) (PNSD, 2015).

La edad media de inicio del consumo de cannabis se sitúa en 19 años y la prevalencia del consumo en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días se concentra entre los 15 y los 34 años, con un pico máximo entre los 15 y los 24 años. 2 de cada 10 jóvenes de 15 a 24 años consumieron cannabis en el último año (27,2% de los chicos y 14,5% de las chicas) (PNSD, 2015).

En 2013, se estima que 687.233 personas de 15 a 64 años hacen un consumo problemático/de riesgo de cannabis (CAST ≥ 4), lo que representa el 2% de la población en este rango de edad y el 25% de los que han consumido cannabis en el último año. El consumo problemático/de riesgo de cannabis está más extendido entre los hombres que entre las mujeres, independientemente del grupo de edad analizado. En la población más joven se concentra una mayor proporción de consumidores problemáticos (4,4% de 15 a 24 años y el 3,5% de 25 a 34 años). En 2013, se estima que comenzaron a consumir cannabis 168.677 personas de 15 a 64 años (tasa de incidencia de 5,3/1000 habitantes), mostrando un valor levemente superior en mujeres (mujeres 5,4/1000 y hombres 5,2/1000 habitantes) y valores más altos en edades tempranas (30,5/1000 habitantes de 15-24 años). En 2013 comenzaron a consumir cannabis (“probablemente mezclado con tabaco”) más personas que tabaco (“solo”) (168.677 vs 142.282).



En cuanto al consumo de tabaco el 73% de la población española de 15 a 64 años ha fumado alguna vez, el 41% en el último año, el 38% en el último mes y el 31% diariamente en el último mes. Desde 2007 se observa cierta estabilización (entre 30% y 31%) en el porcentaje de fumadores diarios, si bien las cifras son inferiores a las registradas antes de 2005 (entre 34% y 37%), descenso en parte relacionado con el debate social y la posterior implementación de la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. En 2013, se estima que comenzaron a fumar 142.282 de 15 a 64 años (tasa de incidencia de 4,4/1000 habitantes), mostrando un valor superior en hombres (mujeres 4,2/1000 y hombres 4,7/1000 habitantes) y valores más altos en edades tempranas, siendo la tasa de 62,3 /1000 habitantes en menores de edad (PNSD, 2015).

Repercusiones del consumo combinado de tabaco y cannabis

Ahora bien, el consumo de tabaco sigue siendo la principal causa de muerte prevenible (WHO, 2008) e inhalar frecuentemente una alta concentración de humo de cannabis, puede conducir a un aumento de la frecuencia cardíaca, de la presión arterial y deteriorar la función respiratoria (Hall y Degenhardt, 2009). Diversas publicaciones señalan del riesgo de desarrollar un cáncer pulmonar en fumadores de marihuana, es incluso más elevado que en los fumadores de tabaco. En Nueva Zelanda, donde existen los más altos porcentajes de fumadores de marihuana, y también tienen los más altos índices de cáncer del pulmón, Steven Aldington y sus colaboradores del Medical Research Institute, han

estudiado este riesgo, concluyendo que los fumadores diarios de marihuana incrementan en un 8% al año el riesgo de sufrir cáncer pulmonar, llegando a superar el riesgo de los que se fuman un paquete de cigarrillos al día durante un año (Aldington, Harwood y Cox, 2008).

A similares conclusiones han llegado también otros investigadores, y la British Lung Foundation, agregando que cuando se fuma marihuana y tabaco, el riesgo de cáncer se incrementa aún más (Taskin, 2005; Callaghan, Allebeck y Sidouchuk, 2013; Hublet et al., 2015). Aldington et al. (2007) comparó a individuos que solamente fumaban cannabis versus individuos que la combinaban con tabaco; individuos que sólo fumaban tabaco e individuos que no fumaban. Observó que los fumadores de cannabis presentaron más sibilancias, tos, opresión del pecho y síntomas de bronquitis crónica que los no-fumadores. La frecuencia de estos síntomas es comparable a la que se observa en los individuos que solamente fuman tabaco, pero cuando los sujetos fuman tanto cigarrillos de nicotina como de cannabis, entonces tienen más síntomas que cualquiera de los dos en forma independiente (tabla 1). Por otra parte, las personas que consumen ambas sustancias presentan también mayores problemas psicosociales y tasas de abandono más pobres que los usuarios de cada sustancia por separado (Ream, Benoit, Johnson y Dunlap, 2008; Peters, Budney y Carroll, 2012). A la vista de estos datos, Bramilla y Colonna (2008) concluyen que las autoridades sanitarias deben implementar regulaciones y medidas similares con la marihuana como las que se han implementado para disminuir el tabaquismo. No debemos olvidar que la mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España es de 58.573

**Tabla I.** Síntomas respiratorios

	Solo cannabis	Cannabis + tabaco	Sólo tabaco	No fumadores
Silbidos	26.7%	34.1%	30.4%	11.1%
Tos	29.3%	28.6%	40.2%	4.9%
Opresión en el pecho	49.3%	53.9%	40.0%	34.6%
Bronquitis crónica	18.7%	30.8%	13.0%	2.5%

Modificado de Aldington et al., (2007).

muerdes al año, lo que representa el 16,15% de todos los fallecimientos, siendo la EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), el cáncer de pulmón y las enfermedades cardiovasculares, son las patologías que más se relacionan con la mortalidad en fumadores (Hernández, Sáenz y González, 2010).

Además de las enfermedades físicas, el consumo de cannabis puede contribuir al incremento de trastornos mentales tanto primarios como inducidos (trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y trastornos psicóticos) y por otro lado a alteraciones en los procesos cognitivos (memoria, atención, toma de decisiones, asunción de riesgos, control de impulsos). Estas consecuencias son más graves si el consumo se realiza en la adolescencia (Gómez, Romero, Moragues, Pedraz y Morón, 2014).

En España y según los datos de EDADES 2013, en los últimos 12 meses, el 13,6% de la población de 15 a 64 años no ha consumido ninguna droga, el 44,3% consume una única sustancia y el 42,2% dos o más. Atendiendo al grupo de población que ha consumido dos sustancias en el último año, en prácticamente la totalidad de los casos, una de esas sustancias fue alcohol. En relevancia le sigue el tabaco (el 82,3% de ellos fumó tabaco), mientras que el

peso de las drogas ilegales en este colectivo es minoritario; la proporción que ha consumido alguna sustancia ilegal no sobrepasa el 5%, encontrando en la mayoría de estos casos un consumo de cannabis. Cuando el policonsumo registrado en el último año es de tres sustancias, prácticamente la totalidad que conforma este grupo presenta un consumo tanto de alcohol como de tabaco, siendo la tercera sustancia consumida por este segmento el cannabis (el 58,5% de ellos consumió marihuana o hachís en el último año). La relación entre el tabaco y el cannabis queda reflejada al observarse que el 85,3% de los que consumieron cannabis en el último año también fumaron tabaco en este periodo, cuando la proporción es notablemente más reducida entre el colectivo que ha tomado alcohol o hipnosedantes (PNSD, 2015). En la misma línea son los resultados hallados por Varela y Becoña (2015), entre los fumadores de 11 y 16 años, el 25,9% de los fumadores de tabaco informó haber consumido cannabis en alguna ocasión, en comparación con el 0,8% de los no fumadores.

Los motivos que manifiestan los más jóvenes para justificar el consumo de cannabis es la percepción de la marihuana como “natural” particularmente de la forma como ésta se cultiva y prepara para ser fumada. El hecho de que no se le adicione ningún químico promueve la impre-



sión de su “pureza” y se relaciona con la creencia de que sea inofensiva para la salud. Por ser una planta, los jóvenes tienen muchos problemas en asociar el cannabis con una droga. De la misma manera, para muchos jóvenes, la marihuana no es mala porque no produce ninguna consecuencia física visible y la idea de que la marihuana “es medicinal” también es muy fuerte entre los adolescentes y crea confusión dado su carácter ilegal. Algunos jóvenes creen además que sus propiedades medicinales son tan reconocidas, que han provocado la legalización de esta sustancia en algunos países (Isorna y Felpeto, 2014; Sierra, Pérez, Pérez y Núñez, 2005).

Teorías y Modelos

La tradicional hipótesis de la teoría de la escalada (Kandel, Yamaguchi y Chen, 1992) postula que el consumo de tabaco actúa como una droga de entrada -puerta- para el posterior consumo de cannabis; sin embargo, actualmente existe una fuerte evidencia para defender la “puerta inversa de entrada” mediante la cual fumar cannabis predice el posterior consumo de tabaco (Patton, Coffey, Carlin, Sawyer y Lynskey, 2005). Varias líneas de investigación dan peso a la asociación hipotética entre el uso de cannabis y fumar tabaco (Hindocha et al., 2015). En primer lugar, existe evidencia para sugerir que tanto la nicotina como cannabis afectan vías dopaminérgicas mesolímbicas similares que sugieren un mecanismo de superposición en la adicción (Filbey, Schacht, Myers, Chavez y Hutchison, 2009). En segundo lugar, comparten genética (Agrawal, Budney y Lynskey, 2012), factores psicológicos y temperamentales (Brook, Lee, Finch y Brown, 2010) que se han asociado con el uso de ambas drogas. Finalmente, ambas sustancias se fuman y al mismo tiempo, po-

dría ocurrir una sensibilización cruzada para ambas sustancias, así por ejemplo el tabaco mejora directamente el efecto subjetivo del cannabis (Baggio, Deline, Studer, Mohler-Kuo, Daepfen y Gmel, 2014).

Varios mecanismos pueden explicar la co-ocurrencia del consumo de tabaco y el cannabis (Hublet et al., 2015; Agrawal, Budney y Lynskey, 2012); en primer lugar, lo que se conoce como puerta de entrada (gateway), ya que el consumo de tabaco en las primeras etapas de la adolescencia actuaría como una puerta de entrada a la experimentación del cannabis y en ocasiones progresar a drogas “duras” como la cocaína (Kandel, Yamaguchi y Klein, 2006); si bien en la actualidad también se contempla la puerta de entrada inversa (Patton, Coffey, Carlin, Sawyer y Lynskey, 2005), es decir, el uso de la marihuana o cannabis puede servir como puerta de entrada para el posterior consumo de tabaco “hipótesis inversa Gateway” (“reverse gateway theory”). Si bien, hay que decir que esta teoría ha recibido bastante crítica puesto que, hay muchos consumidores de cannabis solo o mezclado con tabaco, que no han consumido otras drogas ilegales (Zalakain, 2012). En segundo lugar, los consumidores de tabaco y cannabis pueden compartir una vulnerabilidad común con base genética (predisposición) o al menos funcional, así tanto el THC como la nicotina son capaces de inducir efectos gratificantes y dependencia, existiendo una amplia distribución de los receptores cannabinoides CBI y nAChRs en el SNC. Esto hace que existan áreas donde la expresión de ambos receptores está solapada, lo cual parece facilitar la posible existencia de una interacción funcional entre estos dos sistemas. La administración conjunta de THC y nicotina incrementa los niveles de



expresión de c-fos en el NAc, núcleo central y basolateral de la amígdala, núcleo del lecho de la estría terminal y núcleo paraventricular del hipotálamo (Valjent, Mitchel, Besson, Caboche y Maldonado, 2002), lo que vendría a mostrar según estos autores la existencia de una interacción farmacológica entre el THC y la nicotina y explicaría el por qué el co-tratamiento de nicotina y THC produce una disminución de la tolerancia a los efectos farmacológicos del THC y un incremento del síndrome de abstinencia de este compuesto. En tercer lugar, una vulnerabilidad ambiental (Burkhart, 2011), basada en una baja supervisión a nivel parental, las influencias negativas de los pares, la alta disponibilidad de las sustancias y la exposición a la publicidad de los medios de comunicación. En cuarto lugar, fumando alguna de estas sustancias pueden funcionar como un disparador para utilizar la otra ya que comparten un mismo conjunto de comportamientos y rituales como son: el liado, la inhalación, la utilización del tabaco (totalmente o parcialmente) en el consumo de la marihuana y sobre todo del hachís. Cabe destacar que la mayoría de los jóvenes que consumen cannabis, realizan de forma casi simultánea el consumo de cannabis y tabaco (Belanger et al., 2011).

Tal y como sugiere Hublet et al. (2015) es necesario el estudio de la utilización conjunta de estas sustancias para capturar una imagen completa del consumo de tabaco y el cannabis. En la mayoría de los estudios (Currie et al., 2012; WHO, 2013; Hublet, De Bacquer, Valimaa, 2006) las tendencias en el consumo de tabaco y el consumo de cannabis se estudian por separado.

La familia ha sido uno de los contextos en el que los investigadores han localizado un mayor número de factores de riesgo y protección

en relación con el consumo de sustancias de los adolescentes. Así, por ejemplo, pautas de interacción familiar como la comunicación deficiente, los frecuentes conflictos, la baja cohesión, el excesivo castigo o el consumo de los propios padres, influyen directamente en el consumo de sustancias de los hijos (Butters, 2002; McGee, Williams, Poulton y Moffitt, 2000). Sin embargo, existe escasa literatura en la búsqueda de identificación de variables mediadoras que ayuden a clarificar el mecanismo a través del cual las características del funcionamiento familiar inciden en el consumo de tabaco y cannabis, siendo esta limitación la que nos ha animado a realizar este estudio.

Por todo esto, el objetivo de la presente revisión fue analizar el estado actual de la investigación en relación al consumo de tabaco y cannabis de forma conjunta y su posible relación con los factores familiares.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica informatizada de los artículos publicados entre 1990 y 2016 y referenciados en las bases de datos electrónicas: Psycodoc, BVs-Psi, Medline, PsycInfo, Scopus, Eric y las bases de datos del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), ISOC ciencias sociales y sumarios IME (biomedicina), Cochrane Library y Medline sobre las siguientes palabras clave y sus combinaciones: "familia, progenitores, tabaco, cannabis, drogas, factores de riesgo, policonsumo" y en inglés "family, parents, tobacco, cannabis, drugs, risk factors, polyconsumption". La búsqueda se circunscribió al resumen de los artículos. Se utilizaron documentos disponibles de conferencias, libros y comunicaciones a congresos. Se contactó con los autores cuando se consideró



necesario. Se recuperaron las publicaciones que aparecían en las citas bibliográficas que fueron de interés. Dado el excesivo número de artículos que contenían las palabras clave se seleccionaron 645, reduciéndose finalmente a 80 artículos para la revisión tal y como consta en la bibliografía. Los criterios empleados para su selección fueron: a) que abordaran de forma específica los factores de riesgo familiares, y b) que fueran representativos del policonsumo de tabaco y cannabis.

RESULTADOS

Factores de Riesgo

La naturaleza multicausal del uso y abuso de drogas legales en la adolescencia justifica que las intervenciones preventivas se dirijan principalmente a la modificación de los factores de riesgo y protección (Becoña, 2002; Laespada et al., 2004). Un factor de riesgo es una característica interna y/o externa al individuo cuya presencia aumenta la probabilidad o la predisposición de que se produzca un determinado fenómeno (Dumoy, 1999). Estas características personales, sociales y familiares permitirían predecir el desarrollo de la conducta de consumo de drogas y situarían a la persona en una posición de vulnerabilidad hacia ese tipo de comportamiento. Los factores de protección serían aquellos atributos individuales, condición situacional, ambiente o contexto que reducen la probabilidad de ocurrencia de un comportamiento desviado (Dumoy, 1999). Con respecto al consumo de drogas, los factores de protección reducen, inhiben o atenúan la probabilidad del uso de sustancias. En este contexto, aparece el término de “vulnerabilidad”, que se debe a la presencia de cierto número de características

de tipo genético, ambiental, biológico y psicosocial, que actuando individualmente o entre sí desencadenan la presencia de un proceso. Surge entonces el término de “riesgo” que implica la presencia de una característica o factor (o de varios) que aumenta la probabilidad de consecuencias adversas. En este sentido, como se ha explicado, el riesgo constituye una medida de probabilidad estadística de que en un futuro se produzca un acontecimiento por lo general no deseado. El término de riesgo implica que la presencia de una característica o factor aumenta la probabilidad de consecuencias adversas. La medición de esta probabilidad constituye el enfoque de riesgo (Pita, Vila y Carpena, 1997). A la hora de considerar los diferentes factores de riesgo y protección, Peñafiel (2009) explica, entre otros principios generales, que el número de factores de riesgo está directamente relacionado con la probabilidad del abuso de drogas, aunque este efecto aditivo puede atenuarse según la naturaleza, contenido y número de factores de riesgo implicados, y que la mayoría de los factores de riesgo y de factores de protección tienen múltiples dimensiones medibles y cada uno de ellos influye de forma independiente y global en el abuso de drogas. Así, por ejemplo, la probabilidad de usar cannabis si se es fumador de tabaco se multiplica por 2,2 entre la población general y por 2,8 entre la población escolar. Del mismo modo, la probabilidad de fumar tabaco si se consume cannabis se multiplicaba por 2,3 entre la población general y 1,3 entre la población escolar (Zhao y Harris, 2004). O bien, según el NHSDA (National Household Survey on Drug Abuse) la población fumadora de tabaco tiene una probabilidad 7 veces mayor de usar cannabis, y que la población fumadora de cannabis tienen una probabilidad 5 veces mayor de usar tabaco (Richter, Kaur, Resnicow, Nazir, Mosier y Ahluwalia, 2005).



La familia ha sido uno de los contextos en el que los investigadores han localizado un mayor número de factores de riesgo y protección en relación con el consumo de sustancias de los adolescentes; así el importante papel que juegan los progenitores como modelos y transmisores de valores y actitudes en la educación de los hijos ha sido puesto de manifiesto en muchas investigaciones (Secades, Fernández y Vallejo, 2005): así por ejemplo, se ha observado que las pautas de interacción familiar, como la comunicación deficiente, los frecuentes conflictos, la baja cohesión, el excesivo castigo o el consumo de los propios padres, influyen directamente en el consumo de sustancias de los hijos (Butters, 2002, Gilvarry, 2000, McGee et al., 2000) y también que la calidad de las relaciones familiares puede influir indirectamente con otras variables que se relacionan a su vez con el consumo de sustancias en adolescentes (Fagan, Brook, Rubenstone y Zhang, 2005).

Las variables familiares son muy importantes ya que las propias características positivas o negativas del funcionamiento familiar potencian o inhiben las autoevaluaciones positivas del propio adolescente en los distintos dominios relevantes de su vida (familiar, escuela, sociabilidad y apariencia física), unas autoevaluaciones que son a su vez importantes predictores directos o proximales del consumo de sustancias de los adolescentes (Jiménez, Musitu y Murgui, 2008). No debemos olvidar que la familia determina muchos de los factores biográficos del adolescente, así se ha reconocido que empezar a experimentar antes de los 15 años como un factor predictivo de consolidación futura del consumo de tabaco y de peor pronóstico para el tabaquismo adulto posterior (Ariza y Nebot, 2002). Una baja adherencia a la escuela, así como un bajo

rendimiento escolar (Elders, Perry, Eriksen y Giovino, 1994) son otros determinantes reconocidos en el inicio del consumo de tabaco y cannabis. En cuanto a la diferenciación por género, se ha señalado que las chicas fuman mucho más frecuentemente para hacer frente al estrés y esto puede contribuir a las tasas más altas que se han expuesto para el tabaquismo femenino en la adolescencia (Waldron y Lye, 1990), siendo el nivel de conflicto en la familia mayor en las chicas adolescentes que en los chicos (Motrico, Fuentes y Bersabé, 2001). En las chicas con baja autoestima y elevada ansiedad se han visto creencias y actitudes erróneas con la alimentación y de insatisfacción con su peso, todo ello en connivencia con un consumo de tabaco como adelgazante (Klesges, Elliot y Robinson, 1997). Por lo general, según se ha señalado (Tomeo, Field, Berkey, Colditz y Frazier, 1999) que la fase de contemplación está relacionada con actitudes de preocupación por el peso, mientras que la de experimentación se asocia a conductas de control del peso.

Otro aspecto que se ve afectado por el consumo de sustancias psicoactivas en general, y del tabaco y cannabis en particular, y que actúa a la vez como reforzador del mismo, es el convivir con familias disfuncionales, con padres desempleados y con episodios de abuso y de violencia intrafamiliar, cuyo estado de tensión y nivel de conflicto permanente guarda relación con la vulnerabilidad propia de los espacios de asentamiento, la privación de necesidades básicas, problemas al acceso educativo y el aumento de riesgos psicosociales en los espacios de interacción social (Dorius, Bahr, Hoffman y Lovelady, 2004).

Es importante subrayar la importancia del entorno familiar y, particularmente, del entorno escolar o del grupo de "iguales", en lo que con-



cierte a la conducta tabáquica y del consumo de cannabis (Sánchez, Moreno, Muñoz y Pérez, 2007). En otros términos, la presencia de un fumador en la familia -padre, madre, hermano-, así como la pertenencia a un grupo de fumadores del entorno extra familiar -por ejemplo, escolar-, tiene una repercusión importante sobre la conducta de fumar tanto tabaco como cannabis.

En las últimas décadas han sido varias las líneas de investigación dirigidas al estudio del consumo de drogas en general y del tabaco/cannabis en particular, intentando determinar la posible contribución de la familia tanto en el inicio como en el mantenimiento del mismo:

Estructura y composición familiar

Muchos estudios han señalado que tanto la ausencia de uno de los padres del seno familiar, no crecer con ambos padres, o tener padres divorciados, así como el hecho de que uno de los padres vuelva a casarse (Coffey, Lynskey, Wolfe y Patton, 2000), podrían conceptualizarse como factores de riesgo que permitirían predecir el consumo futuro de tabaco y cannabis por parte de los hijos, así como un incremento de los trastornos del comportamiento comórbidos con el consumo de drogas, produciéndose un incremento de un 13.5% en comportamientos disruptivos y un 11.8% comportamientos agresivos (Seijo, Fariña, Corras, Novo y Arce, 2016).

Disciplina familiar

La variable control o seguimiento paterno ha sido asociada a la etiología del abuso de drogas en la adolescencia, así, la gestión familiar poco activa y efectiva (normas, disciplina, sistema de recompensas y de control), la ausencia de implicación maternal, la ausencia

o inconsistencia de la disciplina parental (poca equidad, mucho autoritarismo, disciplina laxa-inconsistente) y bajas aspiraciones de los padres sobre la educación de sus hijos, predecían su iniciación en el uso de tabaco y cannabis (McGee et al., 2000, Kosterman, Hawkins, Guo, Catalano y Abbott, 2000).

Relaciones afectivas y comunicación

- **Afecto/Vínculo afectivo paterno filial.** La mayoría de los estudios coinciden en que las interacciones padre-hijo/a caracterizadas por la ausencia de conexión, deficiente interacción con los padres y sobre todo el rechazo de la madre (McGee et al., 2000; Brook, Kessler y Cohen, 1999) y por la sobreimplicación maternal en las actividades con los hijos (Lavielle, Sánchez, Pineda y Amancio, 2012) parecen estar relacionadas con la iniciación de los jóvenes adolescentes en el uso de drogas. De forma contraria, las relaciones familiares positivas basadas en un profundo vínculo afectivo entre padres e hijo/a correlacionan con una menor probabilidad de que la juventud presente problemas de conducta y se inicie en el consumo de sustancias (Tasic, Budjanovac y Mejovsek, 1997). Martínez y Robles (2001) hayan, como factor de protección de primer orden para el consumo de tabaco, el apego y el apoyo social.
- **Comunicación familiar.** Muchos estudios confirman de forma genérica la importancia de la comunicación paterno filial, pero, con referencia al problema concreto de las drogas, sostienen que a pesar de que la relación con los padres tiene un protagonismo



especial en la vida del joven, la que se establece con los amigos puede llegar a ser mucho más relevante (Muñoz-Rivas y Graña, 2001). En referencia al consumo de tabaco y cannabis destaca la mala relación con la madre y la exigua identificación con los padres (admiración, emulación o similitud) (Brook et al., 1999, Von Sydow, Lieb, Pfister, Hofler y Wittchen, 2002).

- **Cohesión Familiar.** Se defiende que, con respecto al consumo de tabaco y cannabis, la probabilidad de que los jóvenes manifiesten dicho comportamiento disminuye a medida que aumenta su participación en las decisiones familiares y, por el contrario, se incrementa conforme lo hace el grado de discrepancia en la familia (Inglés et al., 2007).
- **Conflicto familiar.** De forma genérica, se sostiene que la crianza de los niños en familias con alto nivel de conflicto es un factor de riesgo importante tanto para el desarrollo de trastornos de conducta en general (Bragado, Bersabé y Carrasco, 1999) como para el consumo de drogas (Martínez, Sanz y Cosgaya, 2006). Altas tasas de discordancia parental (discusiones, agresiones, así como un mal clima familiar son dos variables muy relacionadas con el consumo de tabaco y cannabis por parte de los hijos (McGee et al., 2000).

Actitudes y conductas familiares hacia el consumo de tabaco y cannabis

El uso parental de drogas se ha asociado repetidamente con la iniciación de los ado-

lescentes en el consumo de tóxicos y con la frecuencia de uso de los mismos. Esta correlación positiva se ha comprobado para la mayor parte de las drogas tanto legales como ilegales (Aubà y Villalbí, 1993; Campins, Gasch, Hereu, Rosselló y Vaqué, 1996). Así el consumo de drogas legales y cannabis por parte de padres es uno de los factores que más influye en el consumo de sus hijos de tabaco y cannabis (Morojele y Brook, 2000).

Atendiendo al factor más actitudinal del modelado parental, es importante señalar que las actitudes permisivas de éstos con respecto al consumo de sustancias son percibidas por los jóvenes como de igual o mayor importancia que el uso parental real (Muñoz-Rivas y Graña, 2001). Sin embargo, la relación no está del todo clara, así Séquier, Stoebner, Gourgou, Bonifaci y Sancho-Garnier (2002) no hallan diferencias significativas entre la relación con el medio familiar tabáquico y el hecho de fumar por parte de los hijos. Tal y como recoge Eitle (2005) es posible que la exposición a compañeros que consuman, o no, tabaco y cannabis juegue un papel mediador en la relación de la estructura familiar y el uso de sustancias por parte de sus hijos adolescentes.

DISCUSIÓN CONCLUSIONES

Los resultados confirman a las variables familiares como factores de riesgo para la transición del uso experimental del tabaco al cannabis y viceversa. Es importante destacar que en el 2013 han empezado a consumir más adolescentes y jóvenes cannabis (en la mayoría de los casos mezclado con tabaco) que tabaco solo, por lo que se debe sensibilizar a los jóvenes para que “tengan los mismos prejuicios” contra ambas sustancias, suponiendo esto una nueva implicación para



el desarrollo de los programas preventivos. Si bien, hay que reconocer que se tratan de dos sustancias distintas lo que nos lleva a cuestionar que funcionen las mismas soluciones y argumentos que se utilizaron contra el tabaco.

En relación al consumo de tabaco y cannabis, nos encontramos en estos momentos en una paradoja, por un lado, la entrada en vigor de la Ley 42/2010 ha tenido unos resultados verdaderamente positivos. La presencia del consumo de tabaco ha disminuido considerablemente tanto en la población adulta como en adolescentes. El comportamiento de las ventas de tabaco durante 2011 refleja una disminución de un 23,7% en las ventas de cigarrillos (858.709.347 cajetillas de 20 unidades, menos que en 2010) aunque la picadura, un producto más barato, podría estar actuando como "refugio" frente al progresivo aumento de los precios del tabaco, sobre todo en los más jóvenes. A pesar de su carácter reciente ya contamos con datos acerca del impacto epidemiológico de la nueva ley, que ha provocado un descenso en el número de fumadores en España. Sin embargo, en los últimos años se ha producido un aumento de fumadores de cannabis que al mismo tiempo fuman tabaco, bien de forma separada o conjunta (y no necesariamente al mismo tiempo), lo que sin duda aumenta las repercusiones negativas sobre la salud (Agrawal et al., 2012). En la actualidad, el cannabis se ha convertido en un controvertido tema de debate debido a que se reciben mensajes antagónicos. Por una parte, se informa de las posibles beneficiosas aplicaciones clínicas del cannabis y por otra parte se hace referencia a que no es una sustancia inocua (Font-Mayolas, Gras y Planes, 2006).

El cannabis no parece haberse visto afectado con la mala imagen con la que se percibe actualmente el consumo de tabaco. El debate

actual en relación al consumo de cannabis está provocando ciertas confusiones entre padres y madres ante su posición respecto al consumo de esta sustancia. El uso medicinal, la legalización en algunos países, los *Grow Shops* o la apertura de clubes sociales de cannabis, están normalizando una sustancia que genera dudas sobre cómo abordar educativamente este tema desde la familia. A este hecho, podemos añadir como cada vez son más los progenitores que han sido consumidores de cannabis en su adolescencia y que su consumo no les ha repercutido negativamente de forma significativa. Y algunos de estos aún siguen siendo consumidores en la actualidad, por lo que su abordaje educativo será muy distinto a aquellos padres que no han conocido los efectos de esta sustancia (Isorna y Amatlter, 2015).

Cannabis y tabaco se entremezclan más allá de sus efectos físicos, los significados y funcionalidades que ejercen durante la adolescencia o el posicionamiento educativo de los padres ante el consumo por parte de sus hijos e hijas parece tener una relación comparativa y directa. Así los incrementos del consumo de tabaco están asociados con los incrementos de cannabis y viceversa (Badiani, Boden, De Pirro, Fergusson, Horwood y Harold, 2015).

A la vista de estos datos, tal y como sugiere Bramilla y Colonna (2008) las autoridades sanitarias deben implementar regulaciones y medidas similares con el cannabis como las que se han implementado para disminuir el tabaquismo. No debemos olvidar que la mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España es de 58.573 muertes al año, lo que representa el 16,15% de todos los fallecimientos, siendo la EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), el cáncer de pulmón y las enfermedades cardiovasculares, las patologías que más se relacionan con la mortalidad



en fumadores (Hernández, Sáenz y González, 2010). De forma complementaria, el inicio temprano del consumo de cannabis en la adolescencia se ha asociado con un mayor riesgo de experimentar con otras sustancias (Agrawal et al., 2006) y de desarrollar un trastorno o dependencia del uso de sustancias (Perkonigg et al., 2008), lo que obliga a las familias a realizar una detección temprana.

Los resultados hallados muestran que para evitar o al menos retrasar el inicio del consumo de tabaco y cannabis en la adolescencia es fundamental la labor decidida, la implicación parental y el buen hacer de los padres, los cuales deben intentar clarificar de forma adecuada las normas, transmitir apoyo, afecto, preocupación y control. Existe una notoria necesidad de reducir los factores de vulnerabilidad familiar a través de unas relaciones equilibradas basadas en el afecto, el apoyo y unos niveles consensuados de supervisión y control. La calidad de las relaciones familiares, así como las bajas tasas de discordancia parental (discusiones, agresiones, etc.), son dos variables relacionadas indirectamente con el consumo de tabaco y cannabis por parte de los hijos (McGee et al., 2000).

Del mismo modo los resultados aportan un mayor nivel de conocimiento sobre las variables familiares implicadas en el inicio del consumo de tabaco-cannabis y posibilitan, con respecto a la prevención principalmente en el ámbito familiar, la elaboración de programas más ajustados a la realidad actual del consumo por parte de los más jóvenes. Así pues, los programas deben apoyarse en la responsabilización de los progenitores, desde los primeros años de vida de su hijo o hija, en la prevención del uso de tabaco y cannabis. En este sentido, podría ser útil el implicar a las familias tanto a través de los centros educativos como a través de los servicios sociales y centros de salud a

que conozcan detalladamente qué factores propios de la dinámica familiar pueden proteger a sus hijos de forma más adecuada del consumo de tabaco-cannabis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agrawal A.; Grant J.D.; Waldron M.; Duncan, A.E.; Scherrer, J.F.; Lynskey, ... Heath, A.C. (2006). Risk for initiation of substance use as a function of age of onset of cigarette, alcohol and cannabis use: Findings in a Midwestern female twin cohort. *Preventive Medicine*, 43, 125-128. doi: 10.1016/j.ypmed.2006.03.022.
- Agrawal, A.; Budney, A.J. y Lynskey, M. (2012). The co-occurring use and misuse of cannabis and tobacco: a review. *Addiction*, 107(7), 1221-33. doi: 10.1111/j.1360-0443.2012.03837.x
- Aldington, S.; Harwood, M. y Cox, B. (2008). Cannabis use and risk of lung cáncer: a case control study. *European Respiratory Journal*, 31(2), 280-286.
- Aldington, S.; Williams, M.; Nowitz, M.; Weatherall, M.; Pritchard, A.; McNaughton, A.; ... y Beasley, R. (2007). Effects of cannabis on pulmonary structure, function and symptoms. *Thorax*, 62(12), 1058-1063.
- Alonso, J. M. y Becoña, E. (2003). La aparición de las "Grow Shop & Smartshop" y los nuevos cambios en el consumo de drogas: un estudio en sus usuarios. *Adicciones*, 15(3), 243-254.
- Ariza, C. y Nebot, M. (2002). Factors associated with smoking progression among Spanish adolescents. *Health Education Research*, 17(6), 750-60.



- Aubà, J. y Villalbí, J. (1993). Tabaco y adolescentes: influencia del entorno personal. *Medicina Clínica*, 100, 506-509.
- Badiani, A.; Boden, J.; De Pirro, S.; Fergusson, D.; Horwood, J.; y Harold, G. (2015). Tobacco smoking and cannabis use in a longitudinal birth cohort: Evidence of reciprocal causal relationships. *Drug and Alcohol Dependence*, 150, 69-76. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.02.015>.
- Baggio, S.; Deline, S.; Studer, J.; Mohler-Kuo, M.; Daepfen, J. B. y Gmel, G. (2014). Routes of administration of cannabis used for nonmedical purposes and associations with patterns of drug use. *Journal of Adolescent Health*, 54(2), 235-240. doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.08.013.
- Becoña, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del psicólogo*, 77, 25-32.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Belanger, R.E.; Akre, C.; Kuntsche, E.; et al. (2011). Adding tobacco to cannabis-its frequency and likely implications. *Nicotine Tob Res*, 13, 746-50.
- Bragado, C. Bersabé, R. y Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*, 11(4), 939-956.
- Bramilla, C. y Colonna, M. (2008). Cannabis: The next villain on lung cancer battlefield. *European Respiratory Journal*, 31(2) 227-228.
- Brook, J. S.; Lee, J. Y.; Finch, S. J. y Brown, E. N. (2010). Course of comorbidity of tobacco and marijuana use: Psychosocial risk factors. *Nicotine & Tobacco Research*, 12(5), 474-482.
- Brook, J.; Kessler, R. y Cohen, P. (1999). The onset of marijuana use from preadolescence and early adolescence to young adulthood. *Development and psychopathology*, 11, 901-14.
- Burkhart, G. (2011). Prevención ambiental de drogas en la Unión Europea. ¿Por qué es tan impopular este tipo de prevención? *Adicciones*, 23(2), 87-100.
- Butters, J.E. (2002). Family stressors and adolescent cannabis use: A pathway to problem use. *Journal of Adolescence*, 25, 645-654.
- Callaghan, R.; Allebeck, P. y Sidouchuk, A. (2013). Marijuana use and risk of lung cancer: a 40 years cohort study. *Cancer Causes & Control*, 24(10), 1811-1820.
- Campins, M.; Gasch, J.; Hereu, P.; Rosselló, J.; y Vaqué, J. (1996). Consumo y actitudes de los adolescentes frente a sustancias adictivas: Encuesta de prevalencia. *Anales de Pediatría*, 45(5), 475-478.
- Coffey, C.; Lynskey, M.; Wolfe, R. y Patton G. (2000). Initiation and progression of cannabis use in a population-based Australian adolescent longitudinal study. *Addiction*, 95, 1679-90.
- Collins, R.L.; Ellickson, P.L. y Bell, R.M. (1998). Simultaneous polydrug use among teens: Prevalence and predictors. *Journal of Substance Abuse*, 10, 3, 233-253.
- Currie, C.; Zanotti, C.; Morgan, A.; et al. (2012). *Social Determinants of Health and Well-Being among Young People*. HBSC: International Report from the 2009/2010



- Survey. (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Dorius, C.; Bahr, S.; Hoffman, J. y Lovelady, E. (2004). Parenting practices as moderators of the relationship between peers and marijuana use. *Journal of Marriage and Family*, 66, 163-178.
- Dumoy, J. (1999). Los factores de riesgo. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 15(4), 446-52.
- Eitle, D. (2005). The moderating effects of peer substance use on the family structure-adolescent substance use association: Quantity versus quality of parenting. *Addictive Behaviors*, 30, 963-980. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.09.015>
- Elders, M.; Perry, C.; Eriksen, M. y Giovino, G. (1994). The report of the Surgeon General: preventing tobacco use among young people. *American journal of public health*, 84(4), 543-47.
- Fagan, P.; Brook, J.S.; Rubenstone, E. y Zhang, Ch. (2005). Parental occupation, education, and smoking as predictors of offspring tobacco use in adulthood: A longitudinal study. *Addictive Behaviors*, 30, 517-529.
- Filbey, F. M.; Schacht, J. P.; Myers, U. S.; Chavez, R. S. y Hutchison, K. E. (2009). Marijuana craving in the brain. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 106(31), 13016-13021. doi: 10.1073/pnas.0903863106-
- Font-Mayolas, S.; Gras, M. y Planes, M. (2006). Análisis del patrón de consumo de cannabis en estudiantes universitarios. *Adicciones*, 18(4), 337-344.
- Galaif, E. R. y Newcomb, M. D. (1999). Predictors of polydrug use among four ethnic groups: A 12-year longitudinal study. *Addictive Behaviors*, 24, 607-631.
- Gilvarry, E. (2000). Substance abuse in young people. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 55-80.
- Gómez, P.; Romero, M.; Moragues, E.; Pedraz, M. y Morón, F. (2014). Adicción a cannabis: bases neurobiológicas y consecuencias médicas. *Revista española de drogodependencias*, 39(2), 9-29.
- Hall, W. y Degenhardt, L. (2009). Adverse health effects of non-medical cannabis use. *Lancet*, 374, 1383-91.
- Hernández, I.; Sáenz, M. C. y González, R. (2010). Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en 2006. *Actas del Sistema Sanitario de Navarra*, 33, 23-33.
- Hindocha, C.; Shaban, N. D.; Freeman, T. P.; Das, R. K., Gale, G.; Schafer, G., ... y Curran, H. V. (2015). Associations between cigarette smoking and cannabis dependence: a longitudinal study of young cannabis users in the United Kingdom. *Drug and alcohol dependence*, 148, 165-171. doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.01.004
- Hublet, A.; Bendtsen, P.; de Looze, M.; Fotiou, A.; Donnelly, P.; ... (2015). Trends in the co-occurrence of tobacco and cannabis use in 15-year-olds from 2002 to 2010 in 28 countries of Europe and North America. *European Journal of Public Health*, 25(2), 73-75.
- Hublet, A.; De Bacquer, D. y Valimaa, R. (2006). Smoking trends among adolescents from 1990 to 2002 in ten European countries and Canada. *BMC Public Health*, 6, 280.



- Inglés, C. J.; Delgado, B.; Bautista, R.; Torregrosa, M. S.; Espada, J. P.; García-Fernández, J. M.; ... y García-López, L. (2007). Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes españoles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 403-420.
- Isorna, M. y Amatller, O. (2015). Entendiendo el binomio cannabis-tabaco: Factores de riesgo familiares que favorecen el consumo de tabaco y cannabis. Proyecto EVICT: Síntesis, ideas clave y propuestas de acción. Hallado el 15 de enero 2017 en http://evictproject.org/wp-content/uploads/2015/09/EVICT_Sintesis-ideas-clave-y-propuestas-de-accion.pdf
- Isorna, M. y Felpeto, M. (2014). Evidencia científica y medidas preventivas para la reducción del consumo de cannabis durante la adolescencia. *Revista Española de Drogodependencias*, 39(1) 12-30.
- Jiménez, T.; Musitu, G. y Murgui, S. (2008). Funcionamiento familiar y consumo de sustancias en adolescentes: el rol mediador de la autoestima. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 139-151.
- Kandel, D. B.; Yamaguchi, K. y Chen, K. (1992). Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: further evidence for the gateway theory. *Journal of studies on alcohol*, 53(5), 447-457.
- Kandel, D.B.; Yamaguchi, K. y Klein L.C. (2006). Testing the gateway hypothesis. *Addiction*, 101, 470-472. doi: 10.1111/j.1360-0443.2006.01426.x
- Klesges, R.; Elliot, V. y Robinson, L. (1997). Chronic dieting and the belief that smoking controls body weight in a biracial, population-based adolescent sample. *Tobacco Control*, 6(2), 89-94.
- Kosterman, R.; Hawkins, J.; Guo, J.; Catalano, R. y Abbott, R. (2000). The dynamics of alcohol and marijuana initiation: patterns and predictors of first use in adolescence. *American Journal of Public Health*, 90, 360-6.
- Laespada, T.; Iraurgi, I. y Aróstegi, E. (2004). *Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV*. Instituto Deusto de Drogodependencias (Universidad de Deusto).
- Lavielle, P.; Sánchez, P.; Pineda, V. y Amancio, O. (2012). Family characteristics impact on consumption of tobacco in adolescents. *Rev Med Hosp Gen Méx*, 75(2), 84-89.
- Martínez, A.; Sanz, M. y Cosgaya, L. (2006). Conflicto marital y consumo de drogas en los hijos. *Adicciones*, 18(1), 39-48.
- Martínez, J.M.; y Robles, L. (2001). Variables de protección ante el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Psicothema*, 13(2), 222-228.
- McGee, R.; Williams, S.; Poulton, R. y Moffitt, T. (2000). A longitudinal study of cannabis use and mental health from adolescence to early adulthood. *Addiction*, 95, 491-503.
- Morojele, N. y Brook, J. (2000). Adolescent precursors of intensity of marijuana and other illicit drug use among adult initiators. *The Journal of genetic psychology*, 162(4), 430-450.



- Motrico, E.; Fuentes, M. y Bersabé, R. (2001). Discrepancias en la percepción de los conflictos entre padres e hijos/as a lo largo de la adolescencia. *Anales de psicología*, 17(1), 1-13.
- Muñoz-Rivas, M. y Graña, J. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13(1), 87-94.
- Patton, G. C.; Coffey, C.; Carlin, J. B.; Sawyer, S. M. y Lynskey, M. (2005). Reverse gateways? Frequent cannabis use as a predictor of tobacco initiation and nicotine dependence. *Addiction*, 100(10), 1518-1525. doi: 10.1111/j.1360-0443.2005.01220.x
- Patton, G.; Coffey, C.; Carlin, J.B.; Sawyer, S. y Lynskey, M. (2005). Reverse gateways? Frequent cannabis use as a predictor of tobacco initiation and nicotine dependence. *Addiction*. 100, 1518-1525. doi: 10.1111/j.1360-0443.2005.01220.x.
- Peñafiel, E. (2009). Factores de riesgo y protección en grupos de adolescentes policonsumidores. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 9, 63-84.
- Perkonig, A.; Goodwin, R.D.; Fiedler, A.; Behrendt, S.; Beesdo, K.; Lieb, R.; Wittchen, H.U. (2008). The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life. *Addiction*, 103, 439-449. doi: 10.1111/j.1360-0443.2007.02064.x
- Peters, E.; Budney, A. y Carroll, K. (2012). Clinical correlates of co-occurring cannabis and tobacco use: a systematic review. *Addiction*, 107, 1404-17.
- Pita, S.; Vila, M.T. y Carpena, J. (1997). Determinación de factores de riesgo. *Cad. Aten Primaria*, 4, 75-78.
- Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD) (2015). INFORME 2015: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Hallado el 3 octubre 2016 en: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasIn-formacion/informesEstadisticas/pdf/INFORME_2015.pdf.
- Ream, G.; Benoit, E.; Johnson, B. y Dunlap, E. (2008). Smoking tobacco along with marijuana increases symptoms of cannabis dependence. *Drug Alcohol Depend*, 95, 199-208.
- Richter, K.; Kaur, H.; Resnicow, K.; Nazir, N.; Mosier, M.; Ahluwalia, J. (2005). Cigarette smoking among marijuana users in the United States. *Substance Abuse*, 25, 35-43.
- Sánchez, M.; Moreno, M.; Muñoz, M. y Pérez, P. (2007). Adolescencia, grupo de iguales y consumo de sustancias. Un estudio descriptivo y relacional. *Apuntes de Psicología*, 25(3), 305-324.
- Secades, R.; Fernández-Hermida, J. y Vallejo, G. (2005). Family risk factors for adolescent drug misuse in Spain. *Journal of Child and Adolescent Drug Abuse*, 14, 1-15.
- Seijo, D.; Fariña, F.; Corras, T.; Novo, M. y Arce, R. (2016) Estimating the Epidemiology and Quantifying the Damages of Parental Separation in Children and Adolescents. *Frontiers in Psychology*, 7, 1611. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01611
- Séquier, A.; Stoebner, A.; Gourgou, S.; Bonifaci, C. y Sancho-Garnier, H. (2002). Métodos educativos en la prevención del tabaquismo, en escolares del Departamento del Hérault, Francia. *Salud pública de México*, 44(1), 93-100. doi.org/10.1590/S0036-36342002000700014.



- Sierra, D.; Pérez, M.; Pérez, A. y Núñez, M. (2005). Representaciones sociales en jóvenes consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas. *Adicciones*, 17(4), 349-360. doi:<http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.365>
- Tasic, D.; Budjanovac, A. y Mejovsek, M. (1997). Parent-child communication in behaviorally disordered and «normal» adolescents. *Psicothema*, 9(3), 547-554.
- Taskin, D. (2005). Smoked marijuana as cause of lung injury. *Arch Chest*, 63, 93-100.
- Tomeo, C.; Field, A.; Berkey, C.; Colditz, G. y Frazier, A. (1999). Weight concerns, weight control behaviors and smoking initiation. *Pediatrics*, 104 (4 Pt 1), 918-24.
- Valjent, E.; Mitchell, J.; Besson, M.; Caboche, J. y Maldonado, R. (2002). Behavioural and biochemical evidence for interactions between D9-tetrahydrocannabinol and nicotine. *British Journal of Pharmacology*, 135, 564-578. Doi: 10.1038/sj.bjp.0704479.
- Varela, M.C. y Becoña, E. (2015). ¿El consumo de cigarrillos y alcohol se relaciona con el consumo de cannabis y el juego problema en adolescentes españoles? *Adicciones*, 27(1), 8-16.
- Von Sydow, K.; Lieb, R.; Pfister, H.; Hofler, M. y Wittchen, H. (2002). What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults. *Drug and alcohol dependence*, 68(1), 49-64.
- Waldron, I. y Lye, D. (1990). Relationships of teenage smoking to educational aspirations and parents' education. *Journal of substance abuse*, 2(2), 201-215.
- Westermeyer, J. (1996). Cultural factors in the control, prevention, and treatment of illicit drug use: The earthlings' psychoactive trek. En W.K. Bicker y R.J. DeGrandpre (Eds.), *Drug police and human nature. Psychological perspectives on the prevention, management, and treatment of illicit drug abuse* (pp. 99-124). Nueva York: Plenum Press.
- World Health Organization WHO (2013) Prevalence of Tobacco Use. Available at: <http://www.who.int/gho/tobacco/use/en/> (Fecha de acceso 25 Enero 2015).
- World Health Organization. (2008). WHO report on the global tobacco epidemic. The MPOWER Package, 2008. Recuperado el 12 de septiembre de 2016, de <http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower-report-full-2008>.
- Zalakain, J. (2012). Un acercamiento sociológico al uso del cannabis en Euskadi: Consumo y percepciones sociales. *Cannabis, usos, seguridad jurídica y políticas* (pp. 55-73). Vitoria-Gasteiz: Ararteko.
- Zhao, X. y Harris, M. (2004). Demand for marijuana, alcohol and tobacco: Participation, levels of consumption and cross-equation correlations. *Econ Rec*, 80(251), 394-410.