



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**Grado de Satisfacción Vital y su relación  
con el Consumo Problemático de Cannabis  
en población joven**

Autor: Jose Antonio Pérez Rodríguez-Malo

Tutor profesional: Rufino José Meana Peón

Tutor Metodológico: María Cortés Rodríguez

Madrid  
Mayo de 2019

Jose Antonio  
Pérez  
Rodríguez-Malo



**GRADO DE SATISFACCIÓN VITAL Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO  
PROBLEMÁTICO DE CANNABIS EN POBLACIÓN JOVEN**

## **Resumen**

El cannabis es la droga ilegal con mayor prevalencia de consumo en España, sobre todo en población joven. Partimos del marco psicoanalítico para definir las características de la dinámica adictiva y ofrecer las explicaciones más frecuentes en la literatura psicoanalítica. Resulta que la adicción está vinculada con el sufrimiento y las necesidades específicas de cada consumidor. El objetivo del presente estudio es evaluar el consumo problemático de cannabis y su relación con la satisfacción vital en una muestra de 150 sujetos jóvenes (18-35 años). Para conocer más sobre la forma de consumo problemático se estudian sus características en términos de frecuencia y cantidad consumida. También se examinan las diferencias entre hombres y mujeres en lo que respecta al consumo problemático y las características de su consumo. Los resultados indican que no existe una relación significativa entre consumo problemático y satisfacción vital. Se confirma que los hombres consumen más y de forma más problemática que las mujeres. Ofrecemos diversas explicaciones de índole psico-social y socio-cultural y concluimos con la importancia de evaluar la experiencia subjetiva del consumidor.

**Palabras clave:** cannabis, consumo problemático, satisfacción vital, dinámica adictiva.

## **Abstract**

Cannabis is the illegal drug with the highest prevalence of consumption in Spain, especially in the young population. We start from the psychoanalytic framework to define the characteristics of the addictive dynamics and offer the most frequent explanations in the psychoanalytic literature. It turns out that addiction is linked to the suffering and the specific needs of each consumer. The objective of the present study is to evaluate problematic cannabis use and its relation to life satisfaction in a sample of 150 young subjects (18-35 years old). To know more about the problematic form of consumption, its characteristics are studied in terms of frequency and quantity consumed. The differences between men and women with respect problematic use and the characteristics of their use are also examined. The results indicate that there is no significant relationship between problematic use and life satisfaction. It is confirmed that men consume more and more problematically than women. We offer various explanations of a psycho-social and socio-cultural nature and we conclude with the importance of evaluating the subjective experience of the consumer.

**Key words:** cannabis, problematic consume/use, life satisfaction, addictive dynamics.

**Índice**

Introducción,	5
Método,	13
Participantes	13
Procedimiento	13
Instrumentos	14
Resultados,	15
Discusión,	18
Referencias bibliográficas,	21

## Introducción

El consumo de drogas y sustancias ilegales en España representa, por su crecimiento en las últimas décadas y por sus repercusiones psicológicas, sociales y económicas, un elemento recurrente en la opinión pública y la gestión de nuestra sanidad.

De acuerdo con los datos estadísticos gestionados por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) en el reciente año 2017, las drogas con mayor prevalencia de consumo, en los últimos 12 meses, son el alcohol (77,6%), el tabaco (40,2%) y los hipnosedantes (12,0%), seguidos del cannabis (9,5%) y la cocaína (2,0%). Datos, que de por sí, no suponen una novedad, pues desde el año 1997 se han mantenido estables. Pero si modificamos el enfoque y atendemos al consumo de psicoactivos en los últimos 30 días la cuestión se complica; el consumo de ciertas sustancias ha disminuido levemente, como es el caso del tabaco y el alcohol, otras, como los alucinógenos o la heroína, se han mantenido estables, mientras que algunas han fluctuado a lo largo de los años alcanzando sus cotas más altas, como las anfetaminas o la cocaína. Destaca especialmente la cuestión del cannabis, cuyo consumo mensual ha subido de un 4,6% (1997) a un 7,3% (2015).

El uso del cannabis llama la atención por gozar del crecimiento más constante y evidente de entre todas las demás drogas y sustancias consumidas en España. Esta subida es relevante para ambos sexos, pero es más pronunciada en el caso de los hombres, con un 10,7%, en comparación a las mujeres, con un 3,9%. También sabemos que se consume sobre todo entre los 15-34 años (38,8%), en comparación a la franja de edad entre los 35-64 años (27,8%). Podemos afirmar, por tanto, que el consumidor más frecuente (prototípico) de cannabis en España es el hombre joven.

Estos porcentajes, recordando su valor socio-demográfico, indican la cantidad de usuarios en nuestro país y la relevancia social del tema. Tanto es así que su consumo diario en la población de entre 15-65 años ha subido de un 0,7% (1997) a un 2,1% (2015), alcanzando casi el doble de usuarios en 18 años. Es más, de entre esos usuarios un 68,6% consume 2 porros diarios, un 18,9% consume 4 porros diarios y un 12,5% más de 5 porros diarios. Estas cifras sugieren un consumo adictivo, pero para salir de dudas el OEDA aporta datos sobre el consumo problemático en relación con la escala CAST (*Cannabis Abuse Screening Test*). Del total de usuarios de cannabis en España, un 21,2% alega un consumo problemático (puntuación en el  $CAST \geq 4$ ). Se dice que es problemático porque, tanto la forma de consumo como la cantidad de porros diarios, dificultan directamente distintos aspectos de la vida del usuario: problemas familiares, laborales, económicos, de salud física y psicológicos. Cada uno de estos aspectos vitales requiere de una intervención, pero es en lo psicológico donde, nosotros como terapeutas, debemos hacer especial hincapié; el 1,8% de la población general (entre 15-64 años) realiza un consumo problemático del cannabis, lo que se estima en más de 558.549 personas en situación clínicamente relevante y de intervención terapéutica.

El DSM-IV (2002) comprende dos posibilidades de enfermar: por abuso y por dependencia. En ambos casos el consumo ha debido de prolongarse durante 12 meses o más. Concretamente en la dependencia el consumo continúa pese a la aparición de síntomas y problemas relacionados con este. La necesidad compulsiva o *craving*, la tolerancia, la abstinencia, la frustración y la disminución de la actividad cotidiana en pro del consumo, son el último escalón de un orden lógico; el consumo, séase recreativo o peligroso, da lugar al abuso (similar a la dependencia, pero sin incluir los criterios de tolerancia, abstinencia ni compulsión) y de ahí surge la definitiva drogodependencia. Conviene subrayar que en el DSM-5 (2013) el diagnóstico de abuso y de dependencia de sustancias no se separan. La gravedad de los trastornos por consumo de sustancias se basa en el número de criterios que se cumplan, estableciendo un continuo que no divide categóricamente entre abuso y dependencia. De esta forma, los criterios que antes eran únicos de la dependencia, como la abstinencia o el *craving*, pasan a formar parte de una lista única de criterios para definir el trastorno por consumo de sustancias. En adelante referiremos este tema desde la posición establecida por el DSM-IV, pues consideramos que está mejor formulada y las diferencias criteriosales no conllevan ninguna limitación. En cualquier caso, tanto el abuso como la dependencia son diagnósticos clínicos y por tanto formas de psicopatología (Meana, 2010). De hecho, conforme a los datos proporcionados por el OEDA (2017), en el año 2015 más de 15.000 personas comenzaron un tratamiento por abuso o dependencia del cannabis, siendo la segunda droga ilegal, después de la cocaína, que más admisiones causó. Con esto queda patente que el consumo de cannabis, además de su relevancia social, también destaca en el ámbito de la sanidad y la psicopatología españolas. Desde nuestras clínicas, tanto privadas como públicas, se contempla como un problema psiquiátrico sistematizado de gran importancia (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2017).

Ahora, habiendo reparado en las cifras y datos estadísticos, cuando digo “en situación clínicamente relevante”, me refiero a las repercusiones psicológicas del consumo adictivo del cannabis, las cuales constituyen, en sí mismas, un foco de alarma.

El ser humano, como animal vertebrado que es, cuenta con un sistema biológico destinado a la producción endógena y recepción de cannabinoides; estas son las sustancias predominantes en el cannabis y los responsables de la mayoría de los efectos psicoactivos de la planta. El principal receptor (CB-1) interacciona con los cannabinoides naturales de la planta, estableciendo el sustrato neuro-fisiológico que explica los efectos psicológicos del cannabis sobre el sistema nervioso central (SNC) (Gómez-Ruiz et al., 2007). Esos efectos están relacionados directamente con las funciones que cumple el sistema cannabinoide endógeno (SCE), como la regulación de la actividad y coordinación motora, la modulación de respuestas al estrés y el dolor, la regulación de procesos de memoria, aprendizaje, motivación, emociones y mecanismos de recompensa o el control del desarrollo neuronal, entre otras muchas competencias (Martin et al., 1999). Como es sabido, la forma de administración más habitual es fumar distintas cantidades de hachís o

marihuana mezclados con tabaco, lo que se conoce como “hacerse un porro”. Cuando valoramos los efectos es importante tener en cuenta la variedad de cannabis que se ha fumado, la frecuencia de uso, la personalidad del sujeto y las circunstancias que rodean el consumo (ambiente). De esta forma, podemos traducir los efectos en una escala de gravedad, pues no todas las formas de consumo son igual de peligrosas (Caudevilla y Cabrera, 2008) (Maldonado y Rodríguez de Fonseca, 2002).

Los efectos psicoactivos de la marihuana proporcionan una visión desconocida de la conciencia y el entorno. En circunstancias normales (uso recreativo) produce euforia, carcajadas, verborrea, relajación, formas de pensamiento creativo o trascendental y un incremento de la percepción por medio de la conexión mente-cuerpo. También son frecuentes el retardo psicomotor, la alteración en la percepción del tiempo y la interrupción en la memoria lineal. Si el consumo es exagerado puede alcanzarse la intoxicación aguda, y con ello una serie de efectos desagradables para el sujeto. La hipotensión, las taquicardias y los síntomas vegetativos (sudoración, palidez, náuseas) son muy frecuentes en estos casos y no suponen un problema de gravedad. Por otro lado, los síntomas de tipo psicológico son muy variados, tanto en forma como en intensidad. En casos de intoxicación leve suelen aparecer la disforia, la ansiedad y la confusión psico-motora. En casos más graves pueden darse pensamientos descontrolados de paranoia y obsesión, derivando estos en síntomas psicóticos; así surge un cuadro de psicosis tóxica inducida por cannabis (PTIC), un conjunto de síntomas de naturaleza autolimitada, pues se resuelve sin secuelas en el tiempo que el organismo tarda en metabolizar la sustancia (Caudevilla y Cabrera, 2008). No obstante, pese a que esos síntomas psicóticos desaparecen, haber padecido PTIC es un factor de riesgo importante para el posterior desarrollo de trastornos de tipo esquizofrenia y esquizotípicos (Arendt et al. 2005, citado en Caudevilla y Cabrera 2008). Por otro lado, el consumo prolongado de cannabis se asocia con un incremento en el riesgo de padecer esquizofrenia, pero la mayoría de los usuarios no desarrolla este trastorno, por lo que estaríamos hablando de frecuencias muy bajas (Zammit et al. 2002, citado en Caudevilla y Cabrera 2008). De acuerdo con el modelo de vulnerabilidad-estrés, el uso habitual de la marihuana es considerado como un factor estresante para el desarrollo de la esquizofrenia en sujetos especialmente vulnerables, pero su rol como etiología independiente en población sana está aún por demostrar (Thornicroft 1990, citado en Caudevilla y Cabrera 2008).

Dentro de la esfera del consumo crónico se han descrito alteraciones neurocognitivas muy graves y diversas: disminución del rendimiento psicomotor, empobrecimiento de la memoria a corto plazo, disminución de la atención, enlentecimiento de las funciones ejecutivas. Estas alteraciones son consecuencia de la acción de los cannabinoides sobre el SNC y en consecuencia son reversibles al cabo de varias semanas de abstinencia. Por tanto, si el sujeto se libera de la sustancia, las repercusiones de la intoxicación crónica en consumidores intensivos se vuelven residuales (Pope et al., 2001).

Resulta obvio que el consumo crónico de cannabis disminuye la calidad de vida. ¿Por qué aumenta entonces el número de consumidores problemáticos? ¿Por qué los usuarios prolongan durante tanto tiempo el consumo? ¿Qué mantiene al individuo fumando porros pese a las repercusiones negativas que le supone? El consumo problemático de cannabis, como de cualquier otra droga, es la consecuencia de dinámicas adictivas de gran complejidad. Como afirma Johnson (1999): “Tres puntos de vista sobre la adicción son recurrentes en la literatura psicoanalítica y en la literatura sobre la adicción: la adicción como una enfermedad mediada biológicamente, la adicción como una respuesta frente a la falta de capacidad para tolerar los afectos y la adicción como un objeto transicional o su equivalente” (p. 792). En adelante recurriré a la simplificación para destacar cada una de estas perspectivas.

Por lo general, el primer encuentro con las drogas es ocasional y el mismo consumo repetido conduce al deseo compulsivo de consumir. La droga adquiere un carácter de incentivo, el placer que produjo su consumo se asocia a la representación del objeto y al mismo acto de consumir. En adelante, cualquier representación de la droga y su consumo se vuelven deseables. Este es un proceso descrito por la Teoría de la Sensibilización al Incentivo, ubicando el principal sustrato neurofisiológico de la adicción en las vías mesotelencefálicas de dopamina. Este sistema neural se encarga de resaltar los estímulos asociados a la activación del mismo sistema, haciéndolos atractivos y dándoles la cualidad de deseados. Conforme se prolonga el consumo, el sistema se modifica y se vuelve cada vez más sensible a la droga y a los estímulos relacionados con ella; esta sensibilización puede darse independientemente del placer subjetivo que produzca el consumo, pues llegado cierto punto el organismo solo busca satisfacer la compulsión resultado de la estimulación neuronal (Robinson y Berridge 1993, citado en Johnson 1999). Específicamente en el caso de la marihuana, se sabe que su consumo prolongado afecta a la actividad de la corteza orbitofrontal por exceso de cannabinoides, lo que se traduce en un malfuncionamiento de las regiones prefrontales y en consecuencia un pobre proceso de toma de decisiones. La impulsividad, el aumento de la sensibilidad a recompensas inmediatas y la aversión generalizada a la demora de reforzamiento pueden contribuir a mantener un consumo crónico de la marihuana pese a las consecuencias dañinas derivadas de su uso (Vélez García et al., 2010). Esto es paradójico, pues la intoxicación producida por el consumo crónico es, en sí misma, una causa de que se prolongue dicho consumo. En cualquier caso, el correlato orgánico/biológico de la dinámica adictiva es fundamental para comprender la cualidad de verse impulsado a satisfacer el deseo por consumir, lo cual constituye la base ego-distónica de cualquier adicción.

La mediación de la biología nos permite explicar y entender las características comunes de cualquier proceso adictivo. No obstante, los consumidores de sustancias forman una gama de pacientes increíblemente diversa, una dispersión que no puede esclarecerse desde la neurofisiología. La adicción depende no solo de los sistemas neurales implicados, sino también de causas completamente personales y subjetivas. El consumo de sustancias satisface un impulso



orgánico, pero también acarrea la atribución de significado y valor simbólico al acto mismo de consumir; cada dinámica adictiva es única por las angustias y los estados emocionales que se implican en el consumo y determinan su curso. Como afirma Meana (2010): “Hay que dilucidar lo que para cada paciente significan los efectos logrados por el consumo de esa sustancia particular, porque esto será nuclear para comprender por qué se refuerza el deseo de consumir, más allá de la mera dependencia física” (p. 57). Desde esta perspectiva, la elección de una determinada sustancia no es casual, sino que responde al alivio de un determinado sufrimiento psíquico. Es la llamada Hipótesis de la Automedicación (Khantzian 1997, citado en Johnson 1999), desde la cual se entiende la adicción como una manifestación de la falta de habilidad para tolerar los afectos. Esa incapacidad es resultado de no haber internalizado la capacidad de autocuidado proveniente de los padres y ocasiona que ciertos estados afectivos intensos, como la cólera, la ansiedad o la depresión, se experimenten como intolerables. Durante la infancia las figuras de apego, por medio de las interacciones padre-hijo, permiten al infante conocer su mundo interno y desarrollar la capacidad para autorregularse (Fonagy y Target 2003, citado en Gottdiener y Suh 2017). Si las interacciones son acertadas y se ajustan a los estados del infante, éste desarrollará una capacidad de mentalización suficiente para entender su papel como agente regulador. El niño reconoce sus estados internos y aprende a modularlos en el contexto de la relación. Por el contrario, si las figuras de cuidado desatienden las necesidades del niño (regular sus afectos) o sus respuestas están desajustadas, se impide la mentalización y con ello la internalización del autocuidado (Fonagy y Target 2003, citado en Gottdiener y Suh 2017). En ese caso, los problemas para la regulación afectiva predisponen a la gente para desarrollar una drogadicción, ya que los psicoactivos les permiten ejercer control sobre sus experiencias afectivas (Gottdiener y Suh, 2017). Como comenté más arriba, los psicoactivos proporcionan una visión diferente de la propia conciencia y del entorno; los efectos derivados de fumar un porro pueden aliviar los sentimientos de vacío y aislamiento por medio de la experiencia subjetiva de diferenciación.

Entre esos estados intolerables destaca la impotencia resultante de la incapacidad para la actuación y la indefensión ante acontecimientos externos. Esa impotencia despierta una vulnerabilidad narcisística opresiva, lo que activa, por medio de la rabia narcisista, la conducta adictiva. El consumo sirve para restaurar un sentimiento de poder que alivia el trauma psíquico producido por la impotencia. De igual manera, la impotencia puede ser resultado del trauma psíquico de sentirse abrumado por un estado afectivo problemático (Dodes 1996, citado en Johnson 1999). En definitiva, conforme se prolonga el consumo y el sujeto experimenta alivio, la droga se carga de significados que refuerzan y personalizan el deseo de consumir, dotándola del control sobre el placer-displacer.

En ese proceso de personalización el adicto puede atribuir a la droga una naturaleza objetual de carácter transicional. En relación con esto, Johnson (1999) dice: “Una adicción es una

actividad ostensiblemente placentera que causa daño repetido debido a que la persona involuntariamente e inintencionadamente adquiere una falta de habilidad para regular la actividad y tiene una urgencia persistente de realizarla. Un sistema psicológico al que podemos referirnos como ‘negación’, se crea alrededor de la conducta de riesgo. La negación permite al individuo adicto continuar esta actividad a pesar de sus efectos perjudiciales” (p. 798). En esta definición de adicción, expuesta desde un modelo objetual, la negación tiene la función de proteger la relación misma con la droga. Desde esta perspectiva, los consumidores de sustancias tienen necesidades de dependencia que no pueden satisfacer, activando, en la línea de lo que comenté más arriba, un estado afectivo intolerable. Esta necesidad de un objeto permanente se alimenta mediante conductas compulsivas, como es el consumo adictivo de porros. No obstante, a diferencia de lo que sostiene la Hipótesis de la Automedicación, la elección de la actividad compulsiva depende del entorno y sus condiciones variables, y no de su idoneidad para aliviar un tipo de sufrimiento psíquico.

Estas tres perspectivas difieren en varios aspectos, pero comparten un punto de gran importancia: rechazan que la adicción esté impulsada exclusivamente por un deseo de placer (Johnson, 1999).

Para la Teoría de la Sensibilización al Incentivo el circuito mesotelencefálico, causante del deseo compulsivo, es ajeno al placer que pueda producir la adicción. La incapacidad endémica para tolerar los afectos resulta en la huida reiterada hacia los estados alterados inducidos por la droga. Y según el modelo de la adicción como objeto transicional, la necesidad de dependencia se suple con la práctica de conductas adictivas. Estas tres perspectivas son explicaciones complementarias y permutables, pues dependiendo del momento cada dinámica puede aparecer como un factor motivacional destacable. De cualquier manera, las tres coinciden en que la dinámica adictiva está principal e inconscientemente motivada por la evitación del displacer. Esta es una conclusión generalizada entre todas las teorías psicodinámicas que tratan el desarrollo y mantenimiento de las drogodependencias (Levin y Weiss 1994, Yasilove 1997, citados en Gottdiener y Suh 2017)

Combinando estos tres enfoques suprimimos la necesidad de encontrar una única solución para el tratamiento de las adicciones. En cambio, podemos articular una explicación original para cada paciente y su adicción de acuerdo con su historia y momento particular. De esta forma, el clínico puede realizar una intervención empática en base a las conductas compulsivas de la adicción, haciendo conscientes las asociaciones y comportamientos que mantienen al paciente en un consumo problemático (Johnson, 1999). Para comprender las dinámicas adictivas es necesario integrar el conocimiento de varias teorías, modelos y métodos de tratamiento. Construir un puente entre la teoría psicoanalítica y el resto de las psicologías permite profundizar en la investigación sobre las adicciones y desarrollar intervenciones más exitosas.

Este propósito integrador es el pretendido por el Enfoque Modular Transformacional (EMoT). Desde esta perspectiva psicoanalítica se combinan los descubrimientos y teorías de varias disciplinas para configurar una terapia más activa y flexible. Junto a la modificación de los contenidos inconscientes, por medio de su incorporación a la consciencia, están la reestructuración cognitiva, las técnicas activas y el énfasis en una memoria procedimental y en un importante sustrato orgánico (Bleichmar, 2010). Su mayor virtud es la vinculación compleja de multitud de sistemas, los cuales están regulados por leyes y dimensiones que les son propias. Destacan especialmente los sistemas motivacionales, estructuras psíquicas en constante interacción y resignificación de sus contenidos. De la mano de Meana (2012) podemos reconocer: “El Sistema del Apego, con sus deseos y necesidades de cariño y cercanía al otro; el Sistema de la Hetero/Autoconservación; el Sistema de la Sexualidad/Sensualidad, analizando cómo se presentan sus deseos específicos en la intersubjetividad y poniendo el acento en el papel que los otros significativos juegan en su constitución concreta en cada sujeto; el Sistema del Narcisismo, vehiculando las necesidades de valoración y reconocimiento; y el Sistema de la Regulación Psicobiológica en la búsqueda del control de la ansiedad y la consecución de los sentimientos de vitalidad. Cada uno de ellos aparece con un origen diferenciado, necesidades y deseos propios, con ciertos objetos que los satisfacen, y con angustias que le son específicas ante las que se levantarán defensas también específicas” (p. 36).

Al aplicar el EMoT al estudio de las dinámicas adictivas aparecen conclusiones similares a las tres perspectivas que comenté anteriormente. Se entiende que el deseo compulsivo por consumir es similar en todos los drogadictos, independientemente de la droga consumida y del factor motivacional que fomente el consumo. Además, ese deseo se constituye por el consumo reiterado en el tiempo, dotando a la droga de un carácter placentero (Ingelmo et al., 2000). Esto mismo, si se recuerda, es lo que afirma la Teoría de la Sensibilización al Incentivo, estableciendo las bases del nivel psicopatológico común de las adicciones. Las intervenciones centradas en la desintoxicación pretenden actuar sobre este nivel; se utilizan fármacos y técnicas que modifican las condiciones creadas por la droga para controlar el deseo compulsivo. Ese deseo nace de la cualidad que tiene la droga para aliviar el sufrimiento y hacer desaparecer las representaciones displacenteras, sean éstas las que sean. La experiencia placentera con cada tipo de droga es placentera porque satisface una necesidad concreta, íntima y personal. La droga se erige como una cura al cubrir una necesidad del sujeto consumidor particular, séase evadir ideas u obsesiones, mitigar un dolor físico o emocional o proporcionar energía (Escohotado 1998, citado en Meana 2010). Cada uno de esos déficits particulares pertenece a un sistema motivacional determinado, por lo que ciertas drogas pueden estar al servicio de ciertos sistemas. El contenido será diferente para cada usuario en función del sistema motivacional que domine el consumo, pero los cambios biológicos siempre provocarán un estado de placer, el cual, por cierto, estará relacionado con el sufrimiento inicial. A partir de ahí y por asociación, la droga empieza a utilizarse para mitigar

cualquier tipo de dolor o angustia, resultando en la generalización de su uso y en el comienzo de la adicción. Como dice Ingelmo et al. (2000): “La experiencia con la droga parece tener una propiedad básica: un sufrimiento específico, derivado de las perturbaciones en un sistema motivacional concreto, se calma mediante el consumo de una droga, surgiendo en su lugar un estado de placer relacionado temáticamente con el sufrimiento inicial y, por tanto, relacionado con el sistema motivacional concreto que generó el consumo. [...] esta relación específica entre el sufrimiento previo y el placer provocado por la droga se pierde muy rápidamente, apareciendo, en un segundo momento, la utilización del consumo de la droga como medio para aliviar cualquier sufrimiento y para conseguir cualquier placer” (apartado 2º). Ya mencioné que los sistemas motivacionales están en constante correspondencia, de ahí el fenómeno de difusión desde la motivación que impulso originalmente el consumo hacia el resto de los sistemas (Bleichmar 1999, citado en Ingelmo et al. 2000).

Por tanto, el consumo adictivo de sustancias, de cannabis en el caso que nos ocupa, no depende en exclusiva de un único tipo de sufrimiento psíquico. Cualquiera de los sistemas motivacionales antes citados, con sus angustias y deseos particulares, pueden regir la dinámica adictiva. Este es el nivel específico de la drogadicción, cuyas intervenciones están destinadas a la modificación de las causas y sufrimientos que han llevado al consumo y lo prolongan en el tiempo. Esta distinción entre nivel común y específico es fundamental, pues como afirma Ingelmo et al. (2000): “[...] permite considerar el deseo de consumir drogas, por una parte, como un síntoma en el sentido más psicoanalítico del término (desde el nivel específico) y, por otra, como un problema primario o, al menos, como un problema en sí mismo, como una forma compulsiva bajo la cual se vive el deseo (desde el nivel común), y, por tanto, plantearse el abordaje terapéutico del mismo desde la perspectiva de estos dos niveles” (apartado 1º). Si se pretende llevar a cabo una psicoterapia específica, es indudable que el terapeuta debe concretar las penas y ansiedades del paciente, y con ello las necesidades y deseos que le han llevado a la adicción. La drogadicción es una enfermedad, pero también un síntoma; la terapia debe centrarse en el paciente adicto, pero también en la persona que fue antes de iniciarse en el consumo problemático.

De acuerdo con lo anterior, la realización de ciertas motivaciones y deseos sería un factor protector contra la drogadicción, mientras que su omisión supondría un factor de riesgo. Por ejemplo, se ha encontrado que la satisfacción de las necesidades de éxito, respeto y autovaloración previenen del consumo problemático de cannabis (Rodríguez-Kuri y Pérez-Islas 2002, García-Aurrecoechea y Gracia 2004, citados García-Aurrecoechea et al. 2006).

Con todo esto, la satisfacción vital, entendida como la valoración global que la persona hace sobre su vida, los logros alcanzados y las necesidades cubiertas, aparece como un factor de gran importancia en la definición de la drogodependencia. De ahí el principal propósito de este estudio: evaluar el nivel de satisfacción vital de no-consumidores y consumidores problemáticos de cannabis, estudiando sus diferencias en un continuo que comprende diversos niveles de

gravedad. Sabemos que en el caso de los adolescentes, los no-consumidores presentan un nivel de satisfacción vital más elevado que los consumidores (Masferrer, Font-Mayolas y Gras Pérez, 2012), pero, como expliqué al principio, el rango de edad con mayor prevalencia de consumo en España está entre los 18-34 años, y ese será nuestro *target* poblacional. Eso sí, podemos suponer un resultado similar, tal que: los no-consumidores presentarán un nivel de satisfacción vital más elevado que los consumidores, de forma que a mayor gravedad del consumo menor satisfacción vital. También sabemos que para la población joven el uso de la marihuana satisface necesidades de integración, individuación y diferenciación, contrarios a los sentimientos de vacío y aislamiento (Arellano, et al., 2003). Influidos por esta afirmación y por la Hipótesis de la Automedicación, evaluaremos la satisfacción vital de la muestra en diferentes áreas vitales, suponiendo que habrá un menor nivel de satisfacción en las áreas que sean congruentes con los sentimientos y necesidades asociados al consumo problemático de cannabis (estimulación, pertenencia, realización). Por último, evaluaremos las relaciones entre el consumo problemático, el género, la frecuencia de uso y la cantidad consumida (medida en porros). Los datos de prevalencia aseguran que en España los varones consumen más cannabis y de forma más problemática que las mujeres (OEDA, 2017); para comprobar este dato relacionaremos el género, el grado de consumo problemático, la frecuencia de uso y la cantidad consumida. De igual manera, para evaluar la relación entre consumo problemático, frecuencia de uso y cantidad consumida bastará con comparar la medida de las tres variables, para lo que pronosticamos una doble relación positiva: a mayor frecuencia de uso, mayor gravedad del consumo; a mayor cantidad consumida, mayor gravedad del consumo.

## **Método**

### **Participantes**

Participaron en este estudio 150 personas de ambos géneros con un rango de edad comprendido entre los 18-34 años y escogidos mediante muestreo estratificado no aleatorizado (por cuotas). Entre los participantes hubo no consumidores, consumidores no-problemáticos y consumidores problemáticos, distribuyéndose estos últimos en un rango ordinal de gravedad. Para determinar si se daba o no este tipo de consumo, se hizo uso de la escala CAST-f (*Cannabis Abuse Screening Test*) (Cuenca-Royo et al., 2012). No se consideraron sujetos con deterioro cognitivo.

### **Procedimiento**

A los sujetos que acepten participar voluntariamente se les comunicarán los objetivos de la investigación para la obtención de su consentimiento informado. Las diferentes escalas serán aplicadas vía online a través de la aplicación “EncuestaOnline”, con una duración aproximada de 20-30 minutos por participante.

## Instrumentos

Con la intención de evaluar la frecuencia de uso y la cantidad de consumo de cannabis en los últimos 10 días, se plantean dos preguntas previas a la presentación de las escalas.

- “En los últimos 10 días, ¿cuántas veces has consumido marihuana? Responde aproximadamente”: 0 veces; 1-3 veces; 3-5 veces; 5-8 veces; más de 8 veces.
- “En los últimos 10 días, ¿cuántos porros crees haber consumido? Responde aproximadamente”: ninguno; 1-5; 5-10; 10-15; más de 15.

Escala CAST-f (Cannabis Abuse Screening Test): una modificación realizada por A. M. Cuenca-Royo, A. Sanchez-Niubo, M. Torrens, J. M. Suelves y A. Domingo-Salvany (2012) de la original escala CAST (Cannabis Abuse Screening Test) creada por S. Legleye, L. Karila, F. Beck y M. Reynaud (2007). Se trata de un cuestionario formado por 6 ítems con un sistema de respuesta tipo Likert que va de 0 a 4 puntos, donde 0 equivale a “nunca” y 4 a “muy a menudo”. Evalúa la frecuencia con la que han ocurrido los siguientes eventos en los últimos 12 meses: uso recreativo (1.- “¿Has fumado cannabis antes del mediodía?”; 2.- “¿Has fumado cannabis cuando estabas solo?”), problemas de memoria (3.- “¿Has tenido problemas de memoria al fumar cannabis?”), si le animan a reducir o dejar de consumir cannabis (4.- “¿Te han dicho los amigos o miembros de tu familia que deberías reducir el consumo de cannabis?”), los intentos fallidos para dejarlo (5.- “¿Has tratado de reducir o dejar de consumir cannabis sin conseguirlo?”), y los problemas relacionados con el consumo de cannabis (6.- “¿Has tenido problemas debido a tu consumo de cannabis (disputa, pelea, accidente, mal resultado escolar, etc. )?”). La puntuación es la suma de la puntuación en cada ítem, proporcionando un rango que va de 0 a 24 y permitiendo establecer una escala de gravedad conforme al aumento progresivo de la puntuación. Es una escala corta, fácil de administrar y de propiedades psicométricas corroboradas (Alpha de Cronbach de .84) para evaluar la severidad de la dependencia del cannabis en jóvenes y jóvenes-adultos (Cuenca-Royo et al. 2012 y Fernández-Artamendi et al. 2012, citados en Cuenca-Royo 2013). Conviene subrayar que, aunque toma como base los criterios de abuso de sustancias del DSM-IV para la redacción de sus ítems, la forma de plantear los resultados es congruente con el continuo de gravedad propuesto en el DSM-5. Para nuestra muestra se confirmó una alta fiabilidad y consistencia interna, con un Alpha de Cronbach de .858.

Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS): creada originalmente por E. Diener, R. Emmons, R. J. Larsen y S. Griffin (1985) y posteriormente validada al castellano por F. L. Atienza, D. Pons, I. Balaguer y M. L. García-Merita (2000). Se trata de un cuestionario formado por 5 ítems con un sistema de respuesta tipo Likert que va de 1 a 5, donde 1 equivale a “muy en desacuerdo” y 5 a “muy de acuerdo”. Evalúa el Índice de Satisfacción Vital de acuerdo con la puntuación obtenida por la suma de la puntuación en cada ítem: 1.- “En la mayoría de los aspectos

mi vida es como yo quiero que sea”; 2.- “Las circunstancias de mi vida son muy buenas”; 3.- “Estoy satisfecho con mi vida”; 4.- “Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes; 5.- “Si pudiera vivir mi vida otra vez no cambiaría casi nada”. Es una escala breve, fácil de administrar y de propiedades psicométricas corroboradas, con una muy buena consistencia interna (Alpha de Cronbach de .84) y una validez satisfactoria (Atienza et al., 2000). Para nuestra muestra se confirmó una alta fiabilidad y consistencia interna, con un Alpha de Cronbach de .844.

Escala de Satisfacción con Áreas de la Vida (SLDS): creada por F. Baker y J. Intagliata (1982). Se trata de un cuestionario formado por 14 ítems con un sistema de respuesta tipo Likert que va de 1 a 7, siendo el 1 la “máxima insatisfacción” y el 7 la “máxima satisfacción”. Evalúa la satisfacción vital subjetiva en 14 dominios diferentes, todos ellos relativos a necesidades de estimulación, pertenencia y realización, de acuerdo con la puntuación obtenida en cada ítem. En esos dominios están incluidos: lugar de residencia, vecindario, alimentación, ropa utilizada, salud, amigos, familia, relaciones con terceros, compañeros de residencia, ocupación/trabajo/programación diaria, tiempo libre y de ocio, formas de diversión, servicios y facilidades de la zona y situación económica. Es una escala fácil de administrar, validada al castellano y con buenas propiedades psicométricas, con una consistencia interna muy alta (Alpha de Cronbach de .84) y una validez satisfactoria (Carlson et al., 2009). Para nuestra muestra se confirmó una alta fiabilidad y consistencia interna, con un Alpha de Cronbach de .814.

## Resultados

La muestra quedó constituida por 130 participantes, repartidos en 59 hombres y 71 mujeres comprendidos entre los 18 y 34 años de edad. A su vez, de acuerdo con la división establecida por el resultado total de la escala CAST-f y el criterio de experto del OEDA, la muestra quedó conformada por 68 no-consumidores y 62 consumidores problemáticos. Es conveniente recordar que aquellos sujetos con una puntuación total igual o superior a 4 fueron considerados consumidores problemáticos. Ninguno de los participantes fue eliminado para el análisis.

Se realizó una prueba *t* con las puntuaciones totales de satisfacción vital de la SWLS para evaluar si existía o no una diferencia significativa entre el grupo de no-consumidores y consumidores problemáticos. Con un nivel de significación superior a .05, la prueba *t* no fue significativa,  $t(128) = .629$ ,  $p = .530$ . Así, para los no-consumidores hubo una  $M = 18.57$  en satisfacción vital, y para los consumidores problemáticos una  $M = 18.16$ . Por tanto, no hay una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos para el índice general de satisfacción vital.

Al hilo de este primer objetivo, se recurrió a la *r* de Pearson para evaluar la relación entre el nivel de consumo problemático, determinado por la puntuación total de la escala CAST-f, y el índice general de satisfacción vital. Con un nivel de significación inferior a .05, la correlación

resultó significativa,  $r(128) = -.209, p = .017$ . A priori, siendo la correlación negativa, a mayor nivel de consumo problemático, menor satisfacción vital general. Sin embargo, la  $R^2$ , entendida como tamaño del efecto, fue inferior a .10, por lo que dicho efecto no fue significativo para nuestra muestra.

También se realizó una prueba  $t$  con las puntuaciones totales de satisfacción vital de la SLDS para evaluar si existía o no una diferencia significativa entre el grupo de no-consumidores y consumidores problemáticos en los dominios relacionados con la estimulación, la pertenencia y la realización. Con un nivel de significación superior a .05, la prueba  $t$  no fue significativa,  $t(128) = .470, p = .639$ . Así, para los no-consumidores hubo una  $M = 74.85$  en satisfacción vital, y para los consumidores problemáticos una  $M = 74.03$ . Por tanto, no hay una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos con respecto a la satisfacción vital en aquellas áreas de la vida relativas a las necesidades de estimulación, pertenencia y realización.

Para comparar el nivel de consumo problemático entre hombres y mujeres se utilizó la prueba  $t$ . Con un nivel de significación inferior a .05, la prueba  $t$  fue significativa,  $t(52.013) = 2.494, p = .016$ . El tamaño del efecto  $d$  fue .520, indicando un efecto moderado. Así, para los hombres hubo una  $M = 9.73$  en nivel de consumo problemático, y para las mujeres una  $M = 7.73$ . Por tanto, hay una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos para el nivel de consumo problemático, siendo moderadamente mayor en el caso de los hombres.

Para conocer más sobre las diferencias entre hombres y mujeres en su forma de consumo, utilizamos la prueba  $X^2$  de Pearson para evaluar la frecuencia y cantidad consumida en ambos grupos. En el caso de la frecuencia, con un nivel de significación menor a .05, la prueba  $X^2$  fue significativa,  $X^2(4, N = 62) = 21.652, p < .01$ . En el caso de la cantidad, con un nivel de significación menor a .05, la prueba  $X^2$  también fue significativa,  $X^2(4, N = 62) = 17.898, p = .001$ . Por tanto, existe una distribución proporcional diferente y estadísticamente significativa para el género en función de la frecuencia y la cantidad consumida. Tanto para la frecuencia como para la cantidad, el grupo de los hombres obtuvo mayores puntuaciones. En el caso de la frecuencia, como aparece reflejado en la Tabla 1, el 15% de los hombres ha consumido entre 5 y 8 veces y un 37.5% más de 8 veces en los últimos diez días. Mientras que ninguna mujer ha consumido entre 5 y 8 veces y tan solo un 4.5% ha consumido más de 8 veces en los últimos 10 días. Respecto a la cantidad consumida, como se refleja en la Tabla 2, el 17.5% de los hombres ha consumido entre 10 y 15 (porros) y un 27.5% más de 15 en los últimos diez días. Mientras que un 4.5% de las mujeres ha consumido entre 10 y 15 y ninguna más de 15 en los últimos 10 días.



Tabla 1

*Frecuencia de consumo en función del género.*

			Frecuencia					
			0 veces	1 – 3 veces	3 – 5 veces	5 – 8 veces	más de 8 veces	Total
Género	Hombre	Recuento	2	12	5	6	15	40
		% dentro de Género	5,0%	30,0%	12,5%	15,0%	37,5%	100,0%
	Mujer	Recuento	7	5	9	0	1	22
		% dentro de Género	31,8%	22,7%	40,9%	0,0%	4,5%	100,0%
Total	Recuento		9	17	14	6	16	62
	% dentro de Género		14,5%	27,4%	22,6%	9,7%	25,8%	100,0%

Tabla 2

*Cantidad consumida en función del género.*

			Cantidad					
			ninguno	1 - 5	5 - 10	10 - 15	más de 15	Total
Género	Hombre	Recuento	1	15	6	7	11	40
		% dentro de Género	2,5%	37,5%	15,0%	17,5%	27,5%	100,0%
	Mujer	Recuento	7	11	3	1	0	22
		% dentro de Género	31,8%	50,0%	13,6%	4,5%	0,0%	100,0%
Total	Recuento		8	26	9	8	11	62
	% dentro de Género		12,9%	41,9%	14,5%	12,9%	17,7%	100,0%

Por último, quisimos estudiar la relación entre el nivel de consumo problemático y la forma de dicho consumo, es decir, la frecuencia y la cantidad consumida.

Para evaluar la relación entre la frecuencia de consumo y el nivel de consumo problemático, utilizamos la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis. Con un nivel de significación inferior a .05, la prueba  $H$  resultó significativa,  $H(4) = 10.260, p = .036$ . Por tanto, hay una diferencia estadísticamente significativa en el nivel de consumo problemático en función

de la frecuencia de consumo. En concreto, como reflejan las pruebas post-hoc, hay una diferencia significativa entre los que han consumido de 1 a 3 veces y los que han consumido más de 8 veces en los últimos diez días, con un mayor nivel de consumo problemático para estos últimos.

Para evaluar la relación entre la cantidad consumida y el nivel de consumo problemático, también utilizamos la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis. Con un nivel de significación inferior a .05, la prueba  $H$  resultó significativa,  $H(4) = 15.716$ ,  $p = .003$ . Por tanto, hay una diferencia estadísticamente significativa en el nivel de consumo problemático en función de la cantidad consumida. En concreto, como de nuevo indican las pruebas post-hoc, hay una diferencia significativa entre los que han consumido de 1 a 5 (porros) y los que han consumido más de 15 en los últimos diez días, estos últimos con un mayor nivel de consumo problemático.

### Discusión

El objetivo de la presente investigación fue evaluar la relación entre el consumo problemático de cannabis y la satisfacción vital. En base a la revisión de la literatura de investigación, se plantea que los consumidores problemáticos mostrarían una menor satisfacción vital general, en comparación con los no-consumidores. Relacionado con esto, nos interesó saber también la relación entre el nivel de consumo problemático y el índice de satisfacción vital general. Además, motivados por los datos de prevalencia, quisimos estudiar las diferencias en el consumo entre hombres y mujeres y las características generales de la forma de consumo problemático, en términos de frecuencia y cantidad consumida. Es conveniente recordar que nuestra definición de consumo problemático se basa directamente en el constructo elaborado por S. Legleye, L. Karila, F. Beck y M. Reynaud (2007) para la elaboración de la original escala CAST. Nuestras conclusiones, por tanto, están sujetas y responden a dicho constructo.

Los resultados sustentaron varias conclusiones relevantes. La primera de ellas, y contraria a nuestra hipótesis principal, es que no hay diferencias significativas entre no-consumidores y consumidores problemáticos en lo que respecta a su satisfacción vital general. Sí existe una correlación negativa entre el nivel de consumo problemático y la satisfacción vital general; es decir, que cuanto mayor sea el nivel de consumo problemático, menor será la satisfacción vital general. No obstante, esta correlación no tiene un tamaño del efecto significativo en nuestra muestra; es decir, que el consumo problemático de cannabis tiene un efecto mínimo sobre la satisfacción vital general.

Parece que los consumidores problemáticos sí presentan una menor satisfacción vital general, pero la diferencia con respecto a los no-consumidores es mínima. Los resultados, por tanto, no corroboraron lo revisado en la literatura, pues si bien se halló una correlación negativa entre el nivel de consumo y la satisfacción vital, en ningún caso resultó significativa. Es verdad que los estudios previos trataron el tema en población adolescente (Cliffors, et al., 1991) (Smucker, et al., 2006), pero nos preguntamos por el sentido de la relación hallada. En primer

lugar, es posible que la satisfacción vital dependa de factores diferentes en la adolescencia y la edad adulta, y que, al mismo tiempo, alguno de esos factores pueda tener diferente influencia en la percepción global. De hecho, la edad, con las condiciones asociadas a cada periodo etario, es el elemento socio-demográfico con mayor peso en la predicción de la satisfacción vital (Orozco Dopico, 2014) (Ramírez Pérez y Lee Maturana, 2012). Por otro lado, puede que el consumo problemático de cannabis se asocie con la insatisfacción en un área vital específica, pero ésta no repercute sobre la satisfacción vital general. En esta línea, nuestros resultados indican que no hay una relación significativa entre el consumo problemático y la insatisfacción en los dominios vitales asociados a las necesidades de estimulación, pertenencia y realización. No obstante, en la literatura sí encontramos estas necesidades específicas asociadas al consumo de cannabis, además de la necesidad de seguridad (García-Aurrecochea et al., 2006). La desintegración familiar o la separación parental temprana son un ejemplo de esos factores (Schlossarek et al., 2016).

Con todo, nuestros resultados encuentran sentido dentro del paradigma psicodinámico de las adicciones. La droga satisface una necesidad particular en el sujeto, una necesidad surgida de un sufrimiento específico y que se resuelve en el estado placentero inducido por la misma droga (Ingelmo et al., 2000). La dinámica adictiva, con su sufrimiento específico, necesidad particular y forma de consumo, está inconscientemente motivada por la evitación del displacer (Gottdiener y Suh, 2017). La adicción se origina en el inconsciente y se perpetúa de acuerdo a la negación, manteniendo fuera de la consciencia el sufrimiento latente y el curso de la dinámica adictiva (Johnson, 1999). Así, puede que el individuo no advierta su insatisfacción ni la relación de esta con su consumo problemático. Para que el individuo tome consciencia de su adicción, es necesario que descubra las asociaciones entre su conducta y sus necesidades (Johnson, 1999) y dilucide el valor simbólico de su experiencia de consumo (Meana, 2010).

En otro orden de ideas. Los datos de prevalencia recogidos por el OEDA (2017) apoyan la idea generalizada de que en España los varones consumen más cannabis y de forma más problemática que las mujeres. Nuestros resultados reafirmaron esto mismo, tanto para el nivel de consumo problemático, como para la frecuencia de consumo y la cantidad consumida. Para el nivel de consumo problemático hay diferencias significativas entre hombres y mujeres, teniendo los hombres un consumo problemático moderadamente mayor que las mujeres. Para la frecuencia y la cantidad ocurre lo mismo; los hombres consumen con mayor frecuencia que las mujeres y en cantidades muy superiores. Las diferencias halladas sugieren varias explicaciones posibles. Las mujeres jóvenes perciben un riesgo mayor que los hombres para todas las sustancias ilegales, y una de las variables que más influye en la decisión de consumir estas sustancias es la percepción de riesgo asociado (Becoña, 2000). Específicamente para el consumo de cannabis, las mujeres perciben su consumo como mucho más peligroso que los hombres (Herruzo et al., 2016). Desde una perspectiva socio-cultural, que las mujeres consuman menos y de forma menos problemática que los hombres puede estar relacionado con la fundamentación del género. Ciertas sustancias,

como el cannabis, se definen como masculinas; en consecuencia, se asocia su consumo al género masculino y se disocia del género femenino (Farapi S.L., 2009).

Con la idea de indagar en las características del consumo problemático, nos interesamos por la relación entre el nivel de dicho consumo y su forma, es decir, con qué frecuencia se consume y en qué cantidad. Los resultados respaldaron nuestras hipótesis, pero solo parcialmente. Si bien hay diferencias en el nivel de consumo problemático en función de la frecuencia de consumo y la cantidad consumida, solo son significativas entre los grupos más polarizados, es decir, entre aquellos que consumen más y con mayor frecuencia y los que menos. Esto sugiere, como a priori nos advierte la lógica, que cuanto más se consuma mayor será la gravedad del consumo. Pero parece que, llegado cierto punto, da igual que aumente la frecuencia y cantidad consumida, pues la gravedad del consumo problemático no aumenta. Teniendo esto en cuenta, es posible que la frecuencia y la cantidad consumida no sean factores clave en la determinación del consumo problemático, sino las consecuencias asociadas a dicho consumo. Cada consumidor experimentaría su problemática de acuerdo a las vivencias subjetivas asociadas al consumo y su relación con el medio. Ya explicamos algunos de los factores biológicos y sociales que articulan la adicción, pero estos no definen su esencia. La afeción percibida sobre la funcionalidad, las oscilaciones en el estado de ánimo, la forma de entender el ocio, el entorno familiar o la situación laboral son solo algunos de los elementos que podrían estar implicados (De la Villa, Rodríguez y Ovejero, 2010) (Schlossarek et al., 2016). Todo un conjunto de variables intrapsíquicas, fisiológicas y socio-contextuales que definen el curso de la dinámica adictiva y la respuesta caracterológica del sujeto consumidor (Kernberg 1975, citado en Johnson 1999).

Por último, cabe destacar las limitaciones de este estudio. El muestreo por cuotas, al asegurar un nivel de representatividad aceptable para el rasgo seleccionado, ocasiona que otros rasgos de la muestra puedan estar representados sesgadamente. Además, la aplicación de las escalas vía online implica el desconocimiento de las características que conforman la muestra. Esto abre la posibilidad de que exista un sesgo de selección y nuestros resultados aparezcan subestimados; como ejemplo, no sabemos si parte de nuestra muestra cuenta con un nivel educativo alto, un factor de protección muy importante contra el consumo de sustancias (Patrick et al., 2012)

Para futuras investigaciones, con la intención de controlar el nivel socio-económico, sería importante dividir la muestra por su nivel de renta y escolaridad. También, de acuerdo a los postulados psicodinámicos aquí descritos, planteamos que en el futuro se evalúe la experiencia subjetiva del consumidor por medio de una entrevista clínica; creemos que así puede definirse la satisfacción vital del consumidor al mismo tiempo que se articulan las características particulares de su consumo.

**Referencias bibliográficas**

- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Arellano, M.J., González, R., Orsola, D. y Pavletic, F. (2003). Cannabis: Imágenes, Sujetos, Discursos y Contextos. *Análisis Discursivo. Última década*, 19 (11), 125-151.
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I. y García-Merita, M. L. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 12 (2), 331-336.
- Baker, F. e Intagliata, J. (1982). Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation and Program Planning*, 5, 69-79.
- Becoña, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 77, 25-32.
- Bleichmar, H. (2010). ¿Son Todas las Psicoterapias Analíticas Iguales? *Clínica Contemporánea*, 1 (1), 5-17.
- Carlson, J., Ochoa, S., Haro, J. M., Escartín, G., Ahuir, M., Gutierrez-Zotes, A., Salamero, M., Valero, J., Cañizares, S., Bernardo, M., Cañete, J. y Gallo, P. (2009). Adaptation and validation of the quality-of-life scale: Satisfaction with Life Domains Scale by Baker and Intagliata. *Comprehensive psychiatry*, 50 (1), 76-80.
- Caudevilla Gálligo, F. y Cabrera Majada, A. (2008). Efectos Psicológicos del Cannabis. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 15 (5), 282-290.
- Clifford, P., Edmundson, E., Koch, W. y Dodd, B. (1991). Drug use and life satisfaction among college students. *The International Journal of the Addictions*, 26 (1), 45-53.
- Cuenca-Royo, A. M., Sanchez-Niubo, A., Forero, C. G., Torrens, M., Suelves, J. M. y Domingo-Salvany, A. (2012). Psychometric properties of the CAST and SDS scales in young adult cannabis users. *Addictive Behaviors*, 37, 709-715.
- Cuenca-Royo, A. M., Sanchez-Niubo, A., Torrens, M., Suelves, J. M. y Domingo-Salvany, A. (2013). La entrevista Cannabis Abuse Screening Test (CAST) para el diagnóstico de trastornos psiquiátricos en jóvenes consumidores de cannabis. *Adicciones*, 25, 87-88.

- De la Villa Moral, M., Rodríguez, F.J. y Ovejero, A. (2010). Correlatos psicosociales del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes españoles. *Salud Pública de México*, 52, 406-415.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). (2017). Estrategia Nacional sobre Adicciones. Recuperado de [http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209\\_ESTRATEGIA\\_N.ADICCIONES\\_2017-2024\\_aprobada\\_CM.pdf](http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_ESTRATEGIA_N.ADICCIONES_2017-2024_aprobada_CM.pdf)
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Farapi S.L. (2009). *Drogas y Género*. Recuperado de [https://www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/3\\_drogas\\_y\\_genero-1.pdf](https://www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/3_drogas_y_genero-1.pdf)
- García-Aurrecochea, R., Díaz-Guerrero, R., Reyes-Lagunes, I., Medina-Mora, M. E., Andrade-Palos, P. y Reidl Martínez, L. M. (2006). Indicadores psicosociales de motivación del consumo de marihuana y/o cocaína. *Adicciones*, 18 (4), 387-398.
- Gómez-Ruiz, M., Hernández, M., De Miguel, R. y Ramos, J.A. (2007). An overview on the biochemistry of the cannabinoid system. *Mol Neurobiol*, 36, 3-14.
- Gottdiener, W.H. y Suh, J.J. (2017). Substance Use Disorders. En P. Luyten, L. C. Mayes, P. Fonagy, M. Target y S. J. Blatt (Eds.) *Handbook of psychodynamic approaches to psychopathology* (pp. 216-233). London: Guilford Press.
- Herruzo, C., Lucena, V., Ruiz-Olivares, R., Raya, A. y Pino, M.J. (2016). Diferencias en función del sexo en la percepción del riesgo asociado al consumo de drogas en jóvenes. *Acción Psicológica*, 13 (1), 79-90.
- Ingelmo, J., Ramos, M<sup>a</sup>. I., Méndez, J.A. y González, E. (2000). El enfoque Modular-Transformacional de la psicopatología: su aplicación al problema de la dependencia de drogas. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista Internacional de Psicoanálisis*, 5. Recuperado de <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000116>
- Johnson, Brian (1999). Three Perspectives on Addiction. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 47 (3), 791-815.
- Legleye, S., Karila, L., Beck, F. y Reynaud, M. (2007). Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *Journal of Substance Use*, 12, 233-242.

- Maldonado, R. y Rodríguez de Fonseca, F. (2002). Cannabinoid addiction: behavioral models and neural correlates. *Journal of Neuroscience*, 22, 3326-31.
- Martin, B.R., Mechoulam, R. y Razdan, R.K. (1999). Discovery and characterization of endogenous cannabinoids. *Life Sci*, 65, 573-595.
- Masferrer, L., Font-Mayolas, S. y Gras Pérez, M.E. (2012). Satisfacción con la vida y consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 102, 47-53.
- Meana Peón, R.J. (2010). Drogas y enfermedad mental. *Crítica*, 967, 56-59.
- Meana Peón, R.J., Méndez Ruiz, J.A. y Alarcón Pulpillo, A. (2012). Terapia Psicoanalítica. Estrategia para la Formación Práctica Universitaria y la Investigación Clínica. *Clínica Contemporánea*, 3 (1), 35-61.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). (2017). Estadísticas. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Recuperado de <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2017OEDA-ESTADISTICAS.pdf>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). (2017). Informe. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Recuperado de <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2017OEDA-INFORME.pdf>
- Orozco Dopico, F.J. (2014). *Hacia una mejor comprensión de la satisfacción vital percibida: una revisión de la literatura sobre los factores asociados a la satisfacción vital de los inmigrantes*. (Trabajo de Fin de Máster no publicado). Universitat Jaume I, Comunidad Valenciana.
- Patrick, M.E., Wightman, P., Schoeni, R.F. y Schulenberg, J.E. (2012). Socioeconomic status and substance use among young adults: a comparison across constructs and drugs. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73 (5), 772-782.
- Pope, H.G., Grober, A.J., Hudson, J.I., Huestis, M.A. y Yurgelun-Todd, D. (2001). Neuropsychological performance in long term cannabis users. *Arch Gen Psychiatry*, 58, 909-915.
- Ramírez Pérez, M. y Lee Maturana, S.L. (2012). Factores asociados a la satisfacción vital en adultos mayores de 60 años. *Polis. Revista Latinoamericana*, 11 (33), 407-428.

Schlossarek, S., Kempkensteffen, J., Reimer, J. y Verthein, U. (2016). Psychosocial Determinants of Cannabis Dependence: A Systematic Review of the Literature. *European Addiction Research*, 22, 131-144.

Smucker, S., Earleywine, M. y Wilcox, R. (2006). Cannabis motivation, and life satisfaction in an internet sample. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 1 (2), 1-9.

Vélez García, A. E., Borja Jiménez, K. C. y Ostrosky-Solís, F. (2010). Efectos del consumo de marihuana sobre la toma de decisión. *Revista Mexicana de Psicología*, 27 (2), 309-315.